

Receta electrónica: diferencias entre comunidades autónomas que afectan al acceso a los tratamientos y a la calidad de la atención farmacéutica

Electronic prescription: differences between autonomous communities affecting access to treatment and the quality of pharmaceutical care

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0880>

I. García Alfaro^{1,2}, J.D. Carballeira Rodríguez^{1,2}

RESUMEN

Fundamento. Los sistemas de receta electrónica implantados en las distintas comunidades autónomas españolas presentan diferencias. Este trabajo trata de describir cómo afectan estas diferencias al acceso a los tratamientos y a la atención farmacéutica, y las características específicas que los facilitan.

Métodos. Se diseñó una encuesta para valorar los sistemas de receta electrónica que fue cumplimentada por los Centros de Información del Medicamento de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de todas las comunidades autónomas de España durante febrero y marzo de 2020.

Resultados. En todas las comunidades autónomas se registró alguna limitación respecto a la disponibilidad temporal del tratamiento, y en cinco de ellas se registraron incidencias relativas al modo de acceso a la receta electrónica. En ninguna comunidad las farmacias pueden resolver problemas de disponibilidad en circunstancias especiales, ni existe sistema de comunicación efectivo con el médico ni de registro de datos del paciente. Solo algunas comunidades gestionan determinadas sustituciones para adaptar la prescripción a los requerimientos del paciente.

Conclusiones. El sistema actual de receta electrónica podría optimizarse para evitar desigualdades entre comunidades autónomas y mejorar la calidad de la atención que reciben los pacientes, facilitando el acceso a los tratamientos y evitando desplazamientos y demoras. El acceso presentando solo la tarjeta sanitaria, la adaptación de las limitaciones temporales para evitar bloqueos, la dispensación en circunstancias especiales justificada y registrada por el farmacéutico, así como habilitar una comunicación eficiente farmacéutico-médico, son medidas generales que evitarían desigualdades y facilitarían el acceso a los tratamientos y la atención farmacéutica.

Palabras clave. Receta electrónica. Atención farmacéutica. Desigualdades. Comunidades autónomas.

ABSTRACT

Background. The electronic prescription systems implemented in the different autonomous communities in Spain show differences. This study aims to describe how these differences affect access to treatment and pharmaceutical care, and what specific characteristics facilitate them.

Methods. A survey was designed to evaluate the electronic prescription systems. This survey was carried out at the Drug Information Centers of the Official Pharmacists' Colleges of all the Spanish autonomous communities during February and March 2020.

Results. In all autonomous communities there were some limitations regarding the temporary availability of the treatment, and incidents regarding the way of accessing the electronic prescription were recorded only in only five communities. In no community are pharmacies able to solve availability problems in special circumstances, nor is there any effective system for communicating with the doctor or recording patient data. Only some communities organize certain replacements to adapt the prescription to the patient's requirements.

Conclusions. The current electronic prescription system could be optimized to avoid inequalities between autonomous communities and improve the quality of care received by patients, facilitating access to treatment, and avoiding the need to travel and delays. Access on presenting the health card, adaptation of time limitations to avoid blockages, dispensing medicines in special circumstances justified and registered by the pharmacist, as well as enabling efficient pharmacist-doctor communication, are general measures that avoid inequalities and facilitate access to treatments and pharmaceutical care.

Keywords. Electronic prescription. Pharmaceutical care. Inequalities. Autonomous communities.

An. Sist. Sanit. Navar. 2020; 43 (3): 297-306

1. Programa de Doctorado en Farmacia. Universidad de Granada. Granada. España.
2. Farmacia Dr. José Daniel Carballeira Rodríguez. Santander. España.

Recepción: 08/06/2020

Aceptación provisional: 18/06/2020

Aceptación definitiva: 29/06/2020

Correspondencia:

Farmacia Dr. José Daniel Carballeira Rodríguez
C/ Guillermo Arce, 1
39006 Santander
E-mail: jdcarballeira@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Desde su implantación, la receta electrónica¹ ha supuesto un cambio importante en la prescripción y dispensación de medicamentos^{2,3}, mejorando la calidad de la atención sanitaria. Mediante este sistema se ha conseguido reducir las visitas al centro de salud de los pacientes con tratamientos crónicos⁴, facilitar la prescripción de medicamentos⁵, minimizar los trámites administrativos⁶, simplificar la facturación⁷ o evitar que el paciente acumule medicación⁸, todos ellos objetivos establecidos en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud propuesto por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en 2006⁹.

Dado que las competencias en materia sanitaria corresponden a las comunidades autónomas (CCAA) desde 2001¹⁰, la implantación de la receta electrónica¹¹ en las distintas regiones ha sido progresiva y se ha llevado a cabo a partir de distintos modelos que han evolucionado de forma independiente. En la práctica, se establecen unos protocolos de actuación particulares para cada región, lo que en algunos aspectos supone un agravio comparativo para los pacientes, ya que pueden tener más o menos facilidades para acceder a sus tratamientos dependiendo de la comunidad autónoma (CA) en la que residan.

El objetivo de este trabajo es estudiar las diferencias que presenta la receta electrónica de las distintas CCAA respecto a la dispensación de medicamentos y productos sanitarios en las oficinas de farmacia, así como evaluar qué características específicas de los sistemas facilitan el acceso a los tratamientos y a la atención farmacéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó una encuesta *ad hoc* (Anexo I) que se envió por correo electrónico a los Centros de Información de los Medicamentos (CIM) y/o Centros de Atención al Usuario (CAU) de receta electrónica de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de todas las CCAA y Ceuta y Melilla. Las respuestas fueron recibidas durante los meses de fe-

brero y marzo de 2020. La información fue validada con la documentación que aparece en las páginas web de los servicios de salud de cada CA.

En dicha encuesta se recogieron diferentes variables que podían afectar a la atención farmacéutica que recibían los pacientes:

- Modalidad de acceso (solo con tarjeta sanitaria: el paciente solo necesita presentar la tarjeta sanitaria para acceder a su tratamiento; con tarjeta sanitaria y número de orden: el paciente debe acudir a la farmacia con su tarjeta sanitaria y una clave de seguridad ligada a su tratamiento de receta electrónica que cambia cada vez que se realiza cualquier modificación en el tratamiento, el cual, debido a la ley de protección de datos, es necesario que se entregue al paciente en mano previa identificación).
- Limitaciones temporales: tiempo de activación tras nueva prescripción (sin límite, 10 días), vigencia de tratamientos crónicos (6 meses, 12 meses), ventana de disponibilidad mensual para recogida (<30 días, ≥30 días, no existe).
- Gestión de tratamientos especiales: visados (autorización hasta en 48 h, hasta 72 h, no disponible), fórmulas magistrales (listado reducido de fórmulas tipo, no habilitado), cambio de dispensación en situaciones especiales.
- Adecuación de la prescripción: cambio de forma farmacéutica, cambio de tamaño de envase por desabastecimiento o a demanda del paciente, cambio de talla o modelo de efectos y accesorios.
- Comunicación con el médico por reacciones adversas, dosis fuera de ficha técnica, discordancias entre la pauta indicada al paciente y la prescrita, necesidad de renovación del tratamiento, etc.
- Comunicación profesional entre farmacéutico y médico, registro de datos y estados de salud/síntomas en la historia clínica del paciente, interoperabilidad.

Los datos registrados se describieron con frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Los resultados de la encuesta, que se resumen en la tabla 1, muestran las diferencias entre los sistemas de receta electrónica que afectan tanto al acceso a los tratamientos como a la calidad de la atención farmacéutica que reciben los pacientes, así como algunas deficiencias que son comunes a todas las CCAA.

El *acceso a la receta electrónica* solo con tarjeta sanitaria está implantado en doce CCAA (70,6%); cabe destacar el caso de Andalucía, donde el paciente también puede acudir a recoger su medicación con el DNI. Cinco CCAA (29,4%), Asturias, Canarias, Cantabria, Cataluña y Comunidad Valenciana, disponían en marzo de 2020 del sistema de acceso basado en clave de seguridad.

Solo en cinco CCAA (Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia y País Vasco, 29,4%) no existe un *tiempo límite de dispensación tras una nueva prescripción* y el tratamiento queda disponible hasta su finalización. En las doce CCAA restantes (70,6%) el paciente dispone de un periodo máximo de diez días para activar el tratamiento, y recoger su medicación; en caso contrario, la receta se bloquea y debe volver a la consulta del médico para reactivarla.

En el caso de tratamientos ya activados, siete CCAA (41,2%) (Asturias, Canarias, Castilla La Mancha, Ceuta y Melilla, Comunidad Valenciana, Extremadura y Comunidad de Madrid), disponen de una *ventana temporal* inferior a 30 días (rango: 15 a 24) *para la recogida de la medicación*, por lo que si el paciente no acude a la farmacia en el rango de fechas adecuado, la receta electrónica aparece sin medicación disponible hasta la fecha de dispensación correspondiente al mes siguiente, quedando el paciente sin acceso a su tratamiento durante unos días. En las otras diez CCAA (58,8%) no existe esa limitación temporal o la ventana es más amplia, por lo que no se produce esta situación.

El *periodo de validez máxima (vigencia) de un tratamiento de pacientes crónicos* en Canarias es de seis meses, mientras que en el resto de CCAA (94,1%) es necesario renovar el tratamiento una vez al año.

Además de los tratamientos agudos y crónicos, en receta electrónica es posible la *prescripción de tratamientos a demanda*, en los que el paciente tiene a su disposición un número específico de envases al año de un determinado medicamento que por su historial es posible que necesite y que puede retirar a demanda. Suele utilizarse para la prescripción de antimigrañosos, antihipertensivos, antiinflamatorios, etc. Solo en un 53% de las CCAA se permiten este tipo de prescripciones electrónicas que no requieren activación y el paciente recoge el medicamento solo si lo necesita.

La prescripción a través de receta electrónica de *especialidades farmacéuticas publicitarias* (EFP) que no requieren receta médica es posible en el 53% de las CCAA.

En el 47% de las CCAA está habilitado el *bloqueo de prescripciones electrónicas por parte del farmacéutico* si este detecta un motivo para hacerlo (error, duplicidad, etc.), recibiendo el médico una notificación al respecto.

Una vez realizada una dispensación, el paciente puede cambiar de opinión y decidir que no desea un determinado medicamento y proceder a su devolución. Esta *devolución de medicamentos dispensados* es posible en todas las CCAA menos en Cataluña, Madrid y País Vasco.

La *prescripción de medicamentos sometidos a visado de inspección* debe ser autorizada por un médico inspector. Prescripción y autorización no son simultáneas y pueden tener periodos de vigencia distintos, lo que hace que el medicamento pueda aparecer en receta como dispensable, pero no poder realizarse la dispensación por la ausencia de visado activo. La autorización del visado en receta electrónica tarda de uno a dos días laborables desde la prescripción en doce CCAA (70,6%) y hasta tres días en cuatro (23,5%), con problemas relativos a los visados similares en todas las CCAA. Solo en Castilla y León aún no se pueden prescribir medicamentos con visado a través de receta electrónica, por lo que es necesario realizar todos los trámites con recetas de papel, lo que supone una pérdida de tiempo para el paciente.

No es posible la *prescripción de fórmulas magistrales* en receta electrónica en seis

Tabla 1. Resultados de la encuesta realizada a los Centros de Información del Medicamento y/o Centros de Atención al Usuario de receta electrónica de cada comunidad autónoma, Ceuta y Melilla

	Andalucía	Asturias	Aragón	Baleares*	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla la Mancha	Cataluña	Ceuta y Melilla	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco
Acceso sólo con tarjeta sanitaria	√	-	√	√	-	-	√	√	-	√	-	√	√	√	√	√	√
Tiempo límite para activación (días)	-	10	10	10	10	10	10	10	-	10	-	10	-	10	10	10	-
Vigencia tratamiento crónico (meses)	12	12	12	12	6	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Plazo de recogida (días)	-10/ fin	+10	-5/ fin	-10/ +20	-5/ +10	-5/ fin	-15/ +60	-10/ +10	-5/ fin	-10/ +10	-14/ +10	-5/ +10	-10/ +20	-5/ +10	-10/ +90	-15/ +60	-15/ fin
Tratamientos a demanda	-	√	√	-	-	√	-	-	√	-	√	-	-	√	√	√	√
Prescripción EFP	-	√	√	-	√	√	-	-	√	-	√	-	-	√	-	-	√
Bloqueo de prescripciones	√	-	√	-	-	√	√	-	-	√	-	-	√	-	√	√	-
Cambio de tallas/modelos	-	√	√	√	√	√	√	√	-	√	-	-	√	√	√	√	√
Mensajes al médico	-	√	√	√	-	√	√	-	-	√	-	-	√	-	√	√	-
Visados/ tiempo de Autorización (horas)	24h	72h	24h	48h	72h	48-72h	-	48h	24-48h	48-72h	24h	24-48h	48h	24-48h	24h	24h	24-48h
Prescripción de formulación magistral	-	Listado	-	Listado	Listado	Listado	Listado	Listado	Listado	-	Listado	-	Listado	Listado	-	-	Listado
Sustitución por desabastecimiento	-	-	-	-	-	-	√	-	√	-	-	-	-	√	-	√	-
Cambio de tamaño de envase farmacéutica	√	√	√	A menor	A menor	A menor	A menor	-	-	-	-	A menor	-	-	A menor	A menor	√
Devoluciones	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	√	√	√	-	√	√	-
Registro de analíticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Registro de estados de salud/síntomas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gestión SPD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comprobación de interacciones	-	-	-	-	Difícil	Difícil	Difícil	Difícil	Difícil	Difícil	-	Difícil	-	-	Difícil	Difícil	Difícil

EFP: especialidad farmacéutica publicitaria; SPD: sistema personalizado de dosificación. *: en diciembre de 2020 ya estaban implementados los siguientes cambios: plazo de recogida (días); -10/fin; tratamientos a demanda; √: cambio de tallas/modelos; -: visados/tiempo de autorización; 24h; sustitución por desabastecimiento; √: comprobación de interacciones; fácil.

CCAA (35,3%) (Andalucía, Aragón, Ceuta y Melilla, Extremadura, Murcia y Navarra), mientras que en el 64,7% restante se encuentra restringida a un número reducido de fórmulas tipo. Si el paciente utiliza de forma crónica una fórmula y no se le puede prescribir electrónicamente, debe acudir al médico expresamente cada vez que necesite un nuevo envase para que le haga una receta de papel.

Respecto a la *flexibilidad temporal de dispensación en circunstancias especiales* existen situaciones en las que el paciente requiere la medicación antes de la fecha prevista de dispensación: por un cambio en la pauta indicada por el médico sin haberse actualizado la receta electrónica, por la necesidad de disponer de toda la medicación en un momento determinado para la preparación de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) o por cualquier otra circunstancia justificada. En estos casos únicamente sería necesario un reajuste automático por parte del sistema de receta electrónica de acuerdo a este adelanto. En ninguna de estas situaciones y en ninguna CA las farmacias están habilitadas para poder resolver al paciente este tipo de problemas, independientemente de la naturaleza de la prescripción, por lo que deben pedir cita al médico expresamente para solucionarlo.

A veces el paciente solicita *cambio de forma farmacéutica* por problemas para ingerir determinadas formas sólidas, lo que solo es posible en Aragón y únicamente en caso de desabastecimiento.

El *cambio de tamaño* de envase es posible en once CCAA (64,7%), aunque en siete de ellas (41,2%) únicamente es posible el cambio a un envase de menor tamaño, recalculándose las próximas dispensaciones automáticamente según el número de dosis dispensadas.

El *cambio de tallas o modelos* de efectos y accesorios (absorbentes de incontinencia, medias, etc.) para ajustarlas a los requerimientos del paciente es posible en trece CCAA (76,5%); en el resto (23,5%) el paciente debe volver al médico a solicitar la modificación.

Actualmente no existe un sistema de *comunicación profesional efectivo entre farmacéutico y médico* a través de la receta

electrónica. Nueve CCAA (52,9%) han desarrollado plataformas de comunicación con limitaciones importantes (no se recibe confirmación de lectura, se desconoce la identidad del facultativo que lo recibe, etc.) que han propiciado su caída en desuso.

Ninguna CA dispone de la posibilidad de que los *datos clínicos* (medidas de tensión arterial o determinaciones analíticas) que se generan en las farmacias por cercanía y comodidad puedan ser *registrados*, previo consentimiento del paciente, en una sección específica de su historia clínica a través de la receta electrónica y estar disponibles para su consulta por el médico si lo considerase necesario.

Dado que los sistemas de receta electrónica de cada CA son diferentes, no son compatibles entre sí. Por ello ha sido necesario desarrollar el servicio de *receta electrónica interoperable*, que por medios electrónicos permite la dispensación en cualquier farmacia del territorio nacional de la medicación prescrita en otra CA, presentando la tarjeta sanitaria individual. Este sistema de interoperabilidad presenta actualmente importantes limitaciones que dificultan a los pacientes desplazados el acceso a los tratamientos: 1) el farmacéutico puede ver las prescripciones dispensables actualmente pero no el tratamiento completo ni su disponibilidad (lo que obliga al paciente a acudir repetidas veces a la farmacia para recoger su tratamiento); 2) no existe tope de aportación económica mensual por los pensionistas, por lo que el paciente debe pagar el porcentaje correspondiente de todos los medicamentos y luego reclamar en su CA una posible devolución; y 3) no es posible anular dispensaciones en caso de que el paciente recoja un medicamento que no necesita en ese momento.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta estudios previos¹² y los resultados obtenidos en este trabajo, se considera que el sistema actual de receta electrónica podría ser optimizado para evitar desigualdades entre CCAA y mejorar la calidad de la atención farmacéutica que re-

ciben los pacientes, facilitando el acceso a los tratamientos y evitando desplazamientos y demoras.

En cuanto al modo de acceso a la receta electrónica, el uso únicamente de la tarjeta sanitaria individual o el DNI simplifica mucho el proceso¹². Cuando se requiere una clave de seguridad adicional (número de orden) se producen incidencias¹². Dado que dicha clave varía cada vez que se realiza alguna modificación en el tratamiento, es habitual que los pacientes acudan a la farmacia con una clave anterior, que ya no da acceso a su medicación. Cualquier problema relacionado con el número de orden, debe ser solucionado con un desplazamiento del paciente, bien a su casa a por la hoja de tratamiento en caso de olvido o confusión, o al centro de salud si no dispone de la clave correcta. Como es lógico, las personas de edad avanzada, con problemas de memoria o de salud mental, son las que más dificultades tienen con las claves de seguridad y con la adherencia a los tratamientos¹³⁻¹⁶, pudiendo presentar además limitaciones para desplazarse o realizar gestiones administrativas. Es necesario evitar dificultades de acceso a los tratamientos a este tipo de pacientes para favorecer su adherencia a los mismos. La clave de seguridad tiene ciertas ventajas de privacidad, pero debería de ser opcional, ya que no resulta adecuada para todos los pacientes.

En Cantabria, donde era necesaria la presentación de una clave de acceso, a raíz de la pandemia de COVID-19 se optó por utilizar solo la tarjeta sanitaria de forma temporal¹⁷, lo que facilita las consultas telefónicas. El paciente puede contactar con el médico y este prescribir la medicación necesaria en el sistema, de esta forma el paciente puede acudir directamente a la farmacia con su tarjeta sanitaria a recoger el tratamiento sin necesidad de desplazarse al centro de salud.

El tiempo límite para recoger la medicación tras una nueva prescripción también genera problemas a los pacientes¹². Es frecuente que el paciente no recoja la medicación tras la consulta porque dispone aún de medicación en su domicilio; cuando la termina y va a la farmacia se encuentra la prescripción bloqueada y debe acudir

expresamente al médico para reactivarla. Este tipo de incidencias se evitarían si se estableciese un periodo de activación de la prescripción superior a un mes, teniendo en cuenta que el paciente puede tener aún medicación en casa de una dispensación previa. Del mismo modo, la ventana temporal de recogida se debería fijar en todas las CCAA de tal forma que en ningún momento quede la receta sin medicación disponible entre periodos de dispensación.

Otra medida que mejoraría el acceso a los tratamientos sería facilitar la reactivación desde las farmacias de los tratamientos caducados o bloqueados para que el paciente pueda continuar con su tratamiento sin interrupciones, como ocurre en Gran Bretaña¹⁸. Se podría optimizar el sistema de forma que el farmacéutico, al advertir que la prescripción no está activa, pudiera solicitar automáticamente al médico su reactivación, dejando en manos del prescriptor la opción de desbloquearla sin necesidad de que el paciente acuda a consulta, o bien citarle si lo considera adecuado. De esta forma, se reducirían los desplazamientos innecesarios al centro de salud.

De forma excepcional, en varias comunidades se han tomado ciertas medidas en este sentido durante la pandemia por SARS-CoV-2, bien ampliando la fecha de fin de tratamiento automáticamente¹⁹ (Baleares, Castilla y León, Castilla La Mancha, Madrid, Murcia, Navarra, Comunidad Valenciana), habilitando una *app*²⁰ (Andalucía) o un teléfono donde solicitarlo²¹ (Aragón, Asturias, Canarias, Extremadura, Galicia), o alargando los planes terapéuticos²² (Cataluña). Dichas actuaciones evidencian que una actualización del sistema en esta dirección facilitaría el acceso a los tratamientos.

En la misma línea, se debería flexibilizar la resolución de problemas con la medicación para asegurar la adherencia a los tratamientos¹³, confiando en la profesionalidad del farmacéutico a la hora de realizar intervenciones^{14,15,23} registradas y debidamente justificadas en el sistema. Ante la imposibilidad de dispensar un determinado fármaco, se debería habilitar el sistema para permitir la sustitución de un fármaco en desabastecimiento por otro disponible, o para efectuar

un cambio de forma farmacéutica, de talla o de modelo para adaptarlo a las necesidades del paciente, ya sea de forma automática con registro y notificación al médico, o bien en aquellos casos en los que la sustitución no fuera evidente, proponiéndosela al médico a través de receta electrónica para que pudiera autorizar su dispensación.

La idea siempre es la misma, evitar el desplazamiento innecesario del paciente al centro de salud y facilitar la comunicación farmacéutico-médico²⁴. La ausencia de una vía de comunicación profesional efectiva a través de la receta electrónica resulta destacable. Una plataforma de esta naturaleza podría ser de gran ayuda, por ejemplo, para comunicar al prescriptor cualquier tipo de problema con la medicación (reacciones adversas, posible error de pauta, dudas en la posología, etc.) de forma que el médico pudiera contestar estableciendo nuevas instrucciones al paciente y modificando la receta a esos efectos, contactando telefónicamente con el paciente o citándole a consulta en caso de necesidad. Desde el mismo punto de vista colaborativo, resultaría beneficioso que se habilitase el registro de datos clínicos generados en la farmacia, previo consentimiento del paciente, para que estuvieran disponibles para otros profesionales de la salud, como ya se desarrolla en otros países^{24,25}.

Por último, se considera necesario poder desbloquear las funciones de consulta del tratamiento completo del paciente y las próximas fechas de dispensación en el servicio de receta electrónica interoperable¹, para dispensar medicación en circunstancias especiales de forma justificada y registrada por el farmacéutico^{18,26}; mientras no sea así, los pacientes desplazados recibirán una atención farmacéutica de peor calidad que la recibida en sus lugares de origen.

Este manuscrito presenta las limitaciones propias del método de trabajo utilizado y muestra conclusiones obtenidas desde la perspectiva de la farmacia comunitaria, que deberían enriquecerse en el futuro con las obtenidas desde el punto de vista de los prescriptores y los propios pacientes.

Como principales conclusiones de este estudio, se considera que el acceso presentando solo la tarjeta sanitaria, la adaptación

de las limitaciones temporales para evitar bloqueos, la dispensación en circunstancias especiales justificada y registrada por el farmacéutico, así como habilitar una comunicación eficiente farmacéutico-médico, son medidas generales para evitar desigualdades entre CCAA y facilitar la atención farmacéutica que reciben los pacientes, tomando lo mejor de cada modelo autonómico.

La implantación de medidas de esta naturaleza en la receta electrónica de todas las CCAA no solo acabaría con las desigualdades descritas, sino que también aumentaría la eficiencia del sistema sanitario, promoviendo el trabajo en equipo entre los distintos profesionales, evitando desplazamientos innecesarios a los pacientes y reduciendo la saturación en las consultas de Atención Primaria. Estos cambios mejorarían la atención farmacéutica que reciben los pacientes y su percepción sobre la atención que reciben del sistema público de salud.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Programa de Doctorado en Farmacia Social de la Universidad de Granada, donde se está realizando la tesis doctoral dentro de la cual se engloba este estudio. Asimismo, agradecen también a la Farmacia Las Antenas de Santander por facilitar el desarrollo de este trabajo de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [consultado el 07-03-2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/>
2. KIERKEGAARD P. E-prescription across Europe. *Health and Technology* 2013; 3: 205-219.
3. WARHOLAK TL, RUPP MT. Analysis of community chain pharmacists' interventions on electronic prescriptions. *J Am Pharm Assoc* 2009; 49: 59-64. <https://doi.org/10.1331/japha.2009.08013>
4. GARCÍA GRANJA N, HERNÁNDEZ CARRASCO M, HIDALGO BENITO A, GARCÍA ÁLVAREZ I, DE LA FUENTE BALLESTEROS SL, GARCÍA RAMÓN E. Impacto de la receta electrónica en la unidad básica de atención médico/a-enfermera/o en Atención Primaria. *Med Gen Fam* 2018; 7: 3-7. <https://doi.org/10.24038/mgyf.2018.001>

5. MADRIDEJOS MORA R. Conciliación y prescripción electrónica. *Aten Primaria* 2014; 46: 529-530. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.02.011>
6. VILLIMAR RODRÍGUEZ AI, GANGOSO FERMOSE AB, CALVO PITA C, ARIZA CARDIEL G. Percepción de los médicos de atención primaria sobre la receta electrónica en el Servicio Madrileño de Salud. *Rev Calid Asist* 2016; 31: 338-346. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.01.008>
7. BAIKALI FERNÁNDEZ VJ, BRIZUELA RODICIO LA, MURILLO FERNÁNDEZ MD. Análisis de la dispensación a través de receta médica electrónica en las farmacias comunitarias españolas: propuestas de mejora. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria, 2015. <https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/RECETA%20ELECTRONICA.pdf>
8. BUENO MÁRQUEZ B, VILAR MUÑOZ OJ, BELÉN MARTÍNEZ A. La tarjeta electrónica como herramienta en mejora de seguridad. En: López Fernández FJ, editor. Empleo público, prevención y derechos de los pacientes. Almería: Asociación Cultural y Científica Iberoamericana, 2016; 117-120.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2006. <https://www.msbs.gob.es/novedades/docs/PlanCalidadSNS.pdf>
10. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. La protección de la salud en España. Madrid; 2008. <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/docs/proteccion08.pdf>
11. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Boletín Oficial del Estado, 20 de enero de 2011, núm. 17: 6306-6329.
12. GARCÍA ALFARO I, CARBALLEIRA RODRÍGUEZ JD. Receta electrónica: limitaciones y posibles mejoras para asegurar una mayor adherencia a los tratamientos. *Rev Esp Salud Publica* 2019; 93: e1-e9.
13. DILLA T, VALLADARES A, LIZÁN L, SACRISTÁN JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten. Primaria* 2009; 41: 342-348. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>
14. NIEUWLAAT R, WILCZYNSKI N, NAVARRO T, HOBSON N, JEFFERY R, KEEPANASSERIL A et al. Interventions for enhancing medication adherence. *The Cochrane Library* 2014; 11: CD000011. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000011.pub4>
15. HAYNES RB, ACKLOO E, SAHOTA N, McDONALD HP, YAO X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; 2: CD000011. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000011.pub3>
16. BROWN MT, BUSSELL JK. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc* 2011; 86: 304-314. <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0575>
17. GIL M. (14 de marzo de 2020). Sanidad elimina la hoja de recetas para retirar medicamentos en la farmacia. *El Diario Montañés*. <https://www.eldiariomontanes.es/cantabria/receta-electronica-agil-20200314190815-nt.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F>
18. LAIRD J. Dispensación de urgencia en Gran Bretaña: cuando el farmacéutico aplica su juicio profesional. *El Farmacéutico* 2016; 535: 13-17.
19. CORNEJO A. (18 de marzo de 2020). Las CCAA flexibilizan sus sistemas de e-receta para facilitar la retirada de medicación. *El global*. <https://elglobal.es/farmacia/ccaa-cambios-receta-electronica-retirada-medicamentos-coronavirus/>
20. LÓPEZ ALEMANY JM. (16 de marzo de 2020). El SAS facilita la renovación de recetas mediante su 'app' Salud Responde. *Diariofarma*. <https://www.diariofarma.com/2020/03/16/el-sas-facilita-la-renovacion-de-recetas-mediante-su-app-salud-responde>
21. AGUIRREGOMEZCORTA M. (22 de marzo de 2020). Cómo renovar las recetas médicas sin acudir al centro de salud. *Nius*. https://www.niusdiario.es/sociedad/sanidad/como-renovar-recetas-medicinas-sin-acudir-centro-salud_18_2917695212.html
22. Redacción Consalud. (23 de marzo de 2020). Las CC.AA. introducen cambios en la receta electrónica para evitar que se acuda a centros de salud. *ConSalud*. https://www.consalud.es/pacientes/ccaa-introducen-cambios-receta-electronica-evitar-acuda-centros-salud_76305_102.html
23. MAES KE, HERSBERGER KE, LAMPERT ML. Pharmaceutical interventions on prescribed medicines in community pharmacies: focus on patient-reported problems. *Int J Clin Pharm* 2018; 40: 335-340. <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0595-y>
24. SNYDER ME, ZILLICH AJ, PRIMACK BA, RICE KR, SOMMA MCGIVNEY MA, PRINGLE JL et al. Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods. *Res Social Adm Pharm* 2010; 6: 307-323. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2009.11.008>
25. TORJESEN I. (27 de febrero de 2018). Project looks at how pharmacy data can be shared across health service. *The Pharmaceutical Journal*. <https://doi.org/10.1211/pj.2018.20204476>
26. AMIN R. Emergency supply: law versus ethics. *The Pharmaceutical Journal* 2011; 286: 598. <https://www.pharmaceutical-journal.com/careers/career-feature/emergency-supply-law-versus-ethics/11076311.article?firstPass=false>

ANEXO I. Encuesta enviada a los Centros de Información del Medicamento y/o Centros de Atención al Usuario de receta electrónica de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de cada comunidad autónoma, Ceuta y Melilla

1. ¿Cuál es tu Comunidad Autónoma?
2. Acceso. ¿Qué documentación es necesario presentar en la farmacia para recoger la medicación?
 - Tarjeta sanitaria
 - Tarjeta sanitaria o DNI electrónico
 - Tarjeta sanitaria y número de orden de tratamiento (clave)
 - Otra...
3. Tras la prescripción, ¿es necesario que el paciente "active" el tratamiento recogiendo un envase de cada medicamento en la farmacia antes de un periodo de tiempo límite, que en caso de superarse obligaría a volver al médico?
 - Sí
 - No
 - Otra...
4. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior. ¿Cuál es ese periodo de tiempo de activación?
 - 10 días
 - 30 días
 - Otra...
5. ¿Cuál es el periodo de vigencia máxima de un tratamiento crónico en e-receta?
 - Un año
 - No existe un límite definido
 - Otra...
6. ¿Ante una fecha de próxima dispensación, tiene el paciente un plazo establecido para recoger la medicación?
 - Puede recogerla desde 5 días antes de la fecha de dispensación y queda disponible hasta el final del tratamiento.
 - Puede recogerla desde 5 días antes y hasta 10 días después de la fecha prevista de dispensación.
 - Otra...
7. Además de los tratamientos crónicos y agudos, existe la posibilidad de que el médico prescriba tratamientos "a demanda". Es decir, cargar un número de envases X de un determinado medicamento que el paciente puede recoger en caso de que sea necesario, pero sin pauta posológica mensual, ni posible necesidad de activación.
 - Sí
 - No
 - Otra...
8. ¿Tiene la posibilidad el médico de prescribir EFPs en e-receta?
 - Sí
 - No
 - Otra...
9. ¿Está capacitado el farmacéutico para "Bloquear una prescripción en receta electrónica"?
 - Sí
 - No
 - Otra...
10. ¿Puede el farmacéutico en e-receta cambiar las tallas de los efectos y accesorios prescritos por el médico?
 - Sí
 - No
 - Otra...
11. ¿Existe la posibilidad de enviar mensajes al médico a través de e-receta?
 - Sí
 - No
12. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior. ¿Si se envía un mensaje al médico se tiene constancia de que lo ha leído y su identidad?
 - Sí
 - No
 - Otra...
13. ¿Existe en su CCAA el visado ligado a la receta electrónica o sigue siendo necesario las recetas de papel para los medicamentos con visado?
 - Existe el visado en e-receta
 - Son necesarias aún las recetas de papel
 - Otra...
14. En caso de existir visado en e-receta. ¿Cuánto suele tardar el visado en ser aceptado o rechazado?
 - 24h
 - 48h
 - 72h
 - Otra...
15. ¿Puede el médico prescribir fórmulas magistrales en receta electrónica?
 - Sí
 - No
 - Otra...
16. En caso de respuesta afirmativa, ¿Qué tipo de fórmulas puede prescribir?
 - Una pequeña lista de fórmulas magistrales habituales
 - Puede prescribir seleccionando principios activos y concentraciones.
 - Otra...

- 17.** En situaciones de desabastecimiento u otros eventos que impidan el suministro del medicamento prescrito y existiendo sustitutos que no aparecen en el Nomenclátor ¿Es posible dispensarlos?
- Sí
 - No
 - Otra...
- 18.** Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa. ¿Cómo se procede a la dispensación?
- Se puede electrónicamente dispensar el medicamento alegando "Discordancias con Nomenclátor" o similar
 - Es necesario registrar la dispensación del medicamento prescrito y diligenciar a mano en la hoja de precintos
 - Otra...
- 19.** ¿Con qué periodicidad se actualiza el Nomenclátor?
- Semanal
 - Mensual
 - Otra...
- 20.** ¿Es posible dispensar un envase de un determinado medicamento de menor número de unidades en caso de no disponer del envase grande recalculando el sistema las nuevas fechas de dispensación?
- Sí
 - No
- 21.** Cambio a envase superior. ¿Es posible dar un envase de 56 comprimidos para cubrir dos meses de tratamiento crónico cuando hay pautado un envase de 28 recalculando el sistema las nuevas fechas de dispensación?
- Sí
 - No
- 22.** ¿Es posible cambiar de forma farmacéutica a petición del paciente?
- Sí
 - No
 - Otra...
- 23.** ¿Es posible anular dispensaciones una vez registradas? (Devoluciones)
- Sí
 - No
- 24.** En caso afirmativo, ¿existe un límite temporal para hacerlo?
- 48h
 - Otra...
- 25.** ¿Existe alguna forma de registrar medidas analíticas realizadas en la farmacia, por ejemplo: tensión arterial, colesterol, triglicéridos, glucosa, hemoglobina glicosilada, etc. en la ficha del paciente a través de receta electrónica?
- Sí
 - No
- 26.** ¿Puede el farmacéutico registrar a través de receta estados de salud o síntomas de los que se queja el paciente para que puedan ser evaluados por su médico de cabecera antes de que vayan a más?
- Sí
 - No
 - Otra...
- 27.** ¿Existe alguna forma de adelantar medicación no dispensable en ese momento para completar la preparación de un SPD?
- Sí
 - No
 - Otra...
- 28.** ¿Hay alguna forma de comprobar interacciones de un medicamento que esté fuera de la receta electrónica del paciente frente a su tratamiento crónico completo?
- Sí, es proceso rápido y cómodo
 - Sí, pero podría hacerse de forma mucho más ágil (hay que comprobar los medicamentos uno por uno)
 - Otra...