PARAULES DE PRESENTACIÓ

A càrrec de l'acadèmic numerari

Molt Il.lte. Dr. Josep Lluís Massó Lago

Barcelona
2010

Excel.lentíssim Sr. President,
Molt Il.lustres Senyores i Senyors Académics,
Senyores I Senyors,

L'Excel.lentíssim Sr. President em concedeix la paraula per tal de procedir a la presentació del nou acadèmic corresponent electe, tot fent efectiu l'acord de la Junta de Govern que diposita en mi l'encàrrec. El procediment habitual consisteix en que la Junta selecciona un acadèmic de número que tingui algun lligam amb l'acadèmic entrant, bé sigui per haver-ho avalat en la presentació i elecció posterior, bé per raons de treball o d'amistat. En el meu cas he d'entendre que les dues darreres raons han comptat molt degut a haver compartit l'exercici professional en l'oficina de farmacia dins d'un àmbit geogràfic de gran proximitat com és la comarca del Baix Empordà, a la provincia de Girona i també pels molts anys de coneixença i d'amistat que se extenen des de la segona meitat de les postres respectives llicenciatures, amistat que faig extensiva també a la seva esposa, na Mª Josefa Goñi Domènech, tanmateix farmacèutica amb oficina a La Bisbal.

Però parlem ja del nou acadèmic.

D'entrada cal dir que en Ramon Piera de Ciurana és un farmacèutic empordanés de cap a peus, doncs va néixer a La Bisbal d'Empordà i la seva persona és la tercera generació d'una nissaga farmacèutica familiar quasi centenària ja que es va iniciar quan el seu avi Ramon de Ciurana es llicencià en farmacia a l'any de 1908 per establir oficina primer a Corçà i des del 1911 a la mateixa La Bisbal. El seu pare, en Martí Piera Escofet, també farmacèutic, es va fer càrrec de la farmacia familiar a partir de 1948 però cal afegir que el senyor Piera Escofet es va llicenciar com enginyer industrial uns anys abans (1934) i aconseguí, a l'any 1960, el grau de Doctor Enginyer , tot especialitzan-se en el camp dels ferrocarrils de tal manera que n'ocupà el càrrec d'enginyer director de les línies de galga estreta de Girona a Olot i de Girona a Sant Feliu de Guíxols en els darrers anys de la seva explotació (1961-1967). Amb tot aquest bagatge familiar en Ramon Piera en llicencia en farmacia per l'Universitat de Barcelona en 1967, durant la vigència d'aquell pla d'estudis de sis anys que tan bona formació donava.

Llegeixo a continuació un breu extracte del seu currículum professional disposat per ordre cronològic d'atorgament o d'inici d'activitat:

Professor Ajudant de Classes Pràctiques en la Facultad de Farmàcia per a les asignatures de Física General, Físico-química i Tècniques Instrumentals (1971-1977).

Diplomat de Sanitat (1971).

Farmacèutic titular d'oficina de farmàcia pròpia des de 1976 fins a l'actualitat.

Professor contractat en l'Escola d'Òptica Oftàlmica i Acústica Audiomètrica de la Facultat de Farmacia de la Universitat de Barcelona (1978-1997).

Farmacèutic Titular del partit farmacèutic de La Bisbal (1981-1997), actualment en situació d'excedència voluntària.

Títol de Farmacèutic Especialista en Análisis Clíniques (1987).

Vocal dins la Junta de Govern del Col.legi de Farmacèutics de Girona (1988-1997).

President de la Junta del mateix col.legi (1997-2004).

Sots-president del Consell de Col.legis de Farmacèutics de Catalunya (2000-2004).

Professor Associat de Pràctiques Tutelades de la UCD de la Regió Sanitària de Girona (2004-2006)

Assistència a nombrosos cursos i seminaris, principalment de temes farmacològics, de salut pública i d'atenció farmacèutica.

Autor de diverses publicacions i ponències, alguna d'elles a la seu d'aquesta Academia.

Membre de diferents societats científiques i professionals, com són l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, la AEFA, la SEFAP, la SEFAC i d'altres.

Finalment farmacèutic adscrit a la prova pilot d'implantació de la recepta electrònica a Catalunya (àrees bàsiques de salud de La Bisbal d'Empordà i de Tortosa).

És precisament per aquesta vinculació de la seva oficina de farmacia, des del primer moment, a la implantació de la recepta digital en la vessant de la farmacia asistencial el que en Ramon Piera hagi escollit

el tema del seu discurs d'ingrés i en un moment molt oportú doncs, malgrat que aquest sistema telemàtic ja es troba implantat a la major part de les farmàcies catalanes la seva freqüència d'ús és encara heterogènia. Es tracta per tant d'un procés en ple desenvolupament, no acabat i amb previsió de forta incidència professional, econòmica i fins i tot social. Però és en Ramon Piera qui ens ho explicará tot seguit, amb la seva experiencia autoritzada.

A continuació em permeto fer una mena de reflexió personal. És prou evident que la figura del nou acadèmic electe ve representada fonalmentalment per la d'un farmacèutic d'oficina de farmacia o farmacèutic comunitari en sentit actual. Ara bé, pel que s'ha dit i pels que el coneixem, es tracta d'un farmacèutic molt complet, que ha desenvolupat la majoria de potencialitats que hom atribueix modernament a la farmacia asistencial i tot dins d'un comportament deontològic ejemplar. És a dir, estem devant d'un farmacèutic modèlic en el qual es poden enmirallar les noves generacions de professionals d'oficina per tal de tenir una guia o una referència per a l'exercici de la farmacia tradicional, en el millor sentit de la paraula i aprofito aquesta reflexió per a dir que considero molt adient la seva propera inclusió a la Secció Setena d'aquesta Acadèmia, la de "Ciencia i Professió Farmacèutica".

Crec que amb el que s'ha dit ha estat prou explicada la personalitat d'en Ramon Piera, només caldria afegir la vessant humana: ha format una familia ejemplar, ha participat en nombroses activitats socials a la comarca de La Bisbal i ha aconseguit armonitzar les seves activitats científiques i professionals amb les culturals sense deixar de costat les obligacions familiars que per a ell són les principals.

És palès que tot això ha promogut que tres companys acadèmics numeraris hagin signat la proposta d'acadèmic corresponent a favor d'en Ramon Piera de Ciurana. Hem d'agraïr que s'ens hagi ofert l'oportunitat d'escoltar-lo ara, d'admetre'l dins la nostra corporació i que s'ens doni el dret a esperar d'ell que posi a disposició de l'Acadèmia el seu saber, la seva diligència i la seva bonhomia.

Per acabar vull felicitar de tot cor el nou acadèmic i també la seva esposa, germans i fills i demanar al nostre President que li cedeixi l'ús de la paraula a la fi que ens pugui llegir el seu discurs d'ingrès.

Moltes gràcies.

LA RECEPTA ELECTRÒNICA . UN REPTE

Discurs llegit en l'acte de presentación de
l'Acadèmic Corresponent
Il·lustre Sr. Ramon Piera de Ciurana
celebrat el dia 10 de maig de 2010

INDEX

Pag.

PREÀMBUL …… 7

LA RECEPTE ELECTRÒNICA
UN REPTE……10

1. Postguerra civil i establiment del
   "Seguro Obligatorio de Enfarnedad"…….. 11

2. Nous lantejaments científics i ètics
   Farmàcia Clínica i Atenció Farmacèutica…… 13

3. Aparició de la informática, xarxa d 'Internet
   i recepta electrónica……. 14

4. La recepta electrónica a Catalunya…….. 17

   4.1.La prescripció…… 18

   4.2.La dispensació…… 20

   4.3.Substitucions de medicaments……... 24

   4.4.Controls d'errors de medicació en la prescripció…….. 26

   4.5.Temps esmerçat……. 27

CONCLUSIONS……. 29

BIBLIOGRAFIA……. 30

Excel·lentíssim Senyor President

Molt Il·lustres Senyores i Senyors Acadèmics

Senyores i Senyors

PREÀMBUL

Vull expressar un profund sentiment d'agraïment a tots els membres d'aquesta docta i reial institució, que avui formalitza el meu ingrés com acadèmic corresponent i molt especialment als molt il·lustres acadèmics Dra. M. Assumpció Alsina Esteller, Dr. Josep M. Ventura Ferrero i Dr. Josep Lluis Massó Lago, que tingueren l'amabilitat de signar la proposta de sol·licitud del meu ingrés i a tots els molt il·lustres acadèmics que amb el seu suport ho han fet possible. També a tots vostès que tenen l'amabilitat d'acompanyar-me en aquest acte.

Una especial gratitud al Dr. Josep M. Ventura ja que durant els meus anys de professió i dedicació al col·lectiu farmacèutic, primer com a vocal de la Junta i posteriorment com a president del Col·legi de Girona, vaig aprofundir en el coneixement de la seva gran aportació científica i professional en l'àrea de la nutrició, especialment l'infantil.

En aquests moments no puc deixar de recordar els anys de col·laboració amb la Dra. M. Assumpció Alsina Esteller en algunes tasques de docència en el Departament de Física-Química. Un record fortament associat amb els qui van ser els meus professors, en aquells anys, el Prof. Dr. Vicente Vilas Sanchez, el Prof. Dr. Jordi de Bolós Capdevila, el Prof. Dr. Serafín Garcia Fernandez i delicadament la Prof. Dra. Manuela Castillo Cofiño (+), dels quals vaig aprendre i aprofundir molts conceptes. Amb tots ells va establir-se una relació d'amistat inoblidable.

Quant el Dr. Josep M. Ventura va informar-me de la possibilitat del meu ingrés en aquesta il·lustre institució, vaig tenir una gran i agradable sorpresa, dons mai havia pensat que gaudís de les qualitats per accedir-hi. Posteriorment quant vaig rebre la comunicació formal, sorgí la decisió important de triar el tema del discurs. En el procès d'escollir-lo va ajudar-me molt el Dr. Josep Lluis Massó Lago. Va influir decisivament el fet que la meva oficina de farmàcia va ser una de les escollides, pel Departament de Salut, per iniciar la prova pilot de la recepta electrònica a l'ABS de La Bisbal. Aquesta circumstància va originar una pèrdua d'hores de dedicació a la família. Des d'aquí faig un especial agraïment a la meva esposa, també farmacèutica, per la seva paciència i comprensió.

La meva experiència assolida com a farmacèutic, des de la implementació de la recepta electrònica a l'ABS de la Bisbal a l'any 2006, primer en fase de prova pilot i després de forma definitiva, juntament amb els set anys com a president del Col·legi de Farmacèutics de Girona, m'alleren per a fer una síntesi de les transformacions i canvis que s'han succeït en el desenvolupament de la tasca professional dels farmacèutics a l'oficina de farmàcia, des dels anys quaranta del segle passat fins l'inici de la prova pilot de la recepta electrònica i la seva progressiva implementació a Catalunya.

El meu discurs no és un treball d'investigació. Bàsicament és l'exposició de la meva experiència professional d'oficina de farmàcia en la dispensació de medicaments amb la recepta electrònica en una ABS de la Regió Sanitària de Girona, des del primer període d'implementació com a prova pilot i posteriorment de manera definitiva, que crec que en aquests moments, pot ser una aportació enriquidora per a la professió i plantejar unes reflexions per enfocar el futur. Per això ho he titulat com: **La recepta electrònica. Un repte.**

LA RECEPTA ELECTRÒNICA. UN REPTE

La prescripció d'una teràpia farmacològica està associada al diagnòstic mèdic, que antigament s'expressava de forma oral, que amb els anys evolucionà a forma escrita. Ja en el segle IV, l'historiador grec Olimpiodoros indicava que **"el metge prescriu i el *pigmentarius* executa l'ordre"**. No és fins a meitats del segle XIV, que la prescripció passa a materialitzar-se com un document escrit o recepta. A Barcelona, les ordinacions de 1433 són considerades com les primeres que regulen la recepta, entesa com a document on consten els components d'un medicament que únicament podia preparar l'apotecari.

L'activitat de l'apotecari inicià una lenta transformació cap a farmacèutic. S'instaurà l'ensenyament públic universitari per als farmacèutics en els primers anys del segle XIX. L'exercici de la professió estava lligat, de forma quasi absoluta, a la dispensació dels medicaments que es formulaven en una recepta i eren elaborats en la mateixa farmàcia.

La notable evolució i recerca científica de les ciències naturals, de la física, de la química, i de la farmacologia, que conformen pilars fonamentals de la ciència farmacèutica, ha influït notablement en la transformació gradual de la professió i en el seu rol assistencial, ja sigui en l'àmbit hospitalari o bé en el comunitari. L'aparició de medicaments en forma d'especialitats farmacèutiques ha condicionat els canvis de les prescripcions i la forma d'expressar-les. Paral·lelament, l'evolució socioeconòmica ha generat canvis legals en el valor i significat de les prescripcions escrites, que legalment s'identifiquem com a **recepta mèdica**.

Els diversos models que han existit d'assistència sanitària, públics o privats, han tingut i tenen una relació no menyspreable en l'evolució de la recepta mèdica i l'activitat assistencial farmacèutica. Cal tenir present que en l'àmbit assistencial l'objectiu principal de la professió farmacèutica és fer arribar als pacients els efectes beneficiosos dels medicaments en les millors condicions possibles i d'acord amb les normes fixades per la deontologia professional. Actualment coexisteixen les receptes d'assistència privada i les dels diversos sistemes d'assegurances, majoritàriament del Sistema Nacional de Salut.

Seria simplista exposar el tema de la recepta electrònica en farmàcia assistencial, obviant l'evolució social, econòmica i sanitària de la nostra societat des del segon terç del segle passat, que està íntimament relacionada amb els sistemes assistencials i les normes establertes per les prescripcions mèdiques. Les diverses fases que l'han condicionat poden agrupar-se en quatre períodes successius:

1. –Postguerra civil i establiment del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

2. -Nous plantejaments científics i ètics. Farmàcia Clínica i Atenció Farmacèutica.

3. -Aparició de la informàtica, xarxa d'Internet i recepta electrònica.

4. -La recepta electrònica a Catalunya.

1-Postguerra civil i establiment del *"Seguro Obligatorio de Enfermedad"* .

La llei de 14 de desembre de 1942, que creava el Seguro Obligatorio de Enfermedad, i la llei de *Bases de Sanidad Nacional* de 25 de novembre de 1944, amb els anys, condicionaren uns canvis importants en l'activitat professional assistencial.

Aquestes lleis, entre d'altres efectes, comportaren l'aparició d'uns models oficials de recepta mèdica dissenyats per l'Instituto Nacional de Previsión (INP). Receptes que, a més de tenir el valor sanitari propi, se li afegia un valor econòmic, donant-li a la pràctica una importància més econòmica que sanitària i un major control administratiu. En conseqüència, l'activitat professional del farmacèutic, en l'àmbit de l'assistència primària, va iniciar una burocratització de la dispensació, que amb els anys esdevindria més complexa i feixuga.

La Segona Guerra Mundial i el triomf dels Aliats marca un fort increment de la investigació científica en els camps de les ciències bàsiques i aplicades. Es desenvolupa enormement la síntesi orgànica, apareixen els fàrmacs tricíclics, nous antibiòtics, posant nous medicaments a disposició de la humanitat.

La detecció de determinats efectes adversos dels psicofàrmacs condicionà la introducció de característiques específiques de les receptes per poder-los dispensar.

Les intenses investigacions científiques realitzades per unes potents indústries farmacèutiques, aporten nous medicaments amb una notable eficàcia. Catalunya, dins l'Estat Espanyol, representa un punt important d'implantació d'indústries farmacèutiques autòctones i estrangeres. Aquests fenòmens estan íntimament relacionats amb l'augment de la capacitat econòmica de la societat per accedir als medicaments, i de forma destacada amb els sistemes assistencials públics que inicialment només oferien assistència sanitària a col·lectius del món industrial.

En aquests anys, l'exercici de la professió farmacèutica, en l'àmbit assistencial, pràcticament es limita a la dispensació d'especialitats farmacèutiques. El romanent de formulació magistral, és molt inferior al 4% del total de dispensacions. Aquest fet origina reflexions en àmbits farmacèutics i en determinats sectors socials externs a la professió, sobre les formes d'exercir la professió, i planteja alguns dubtes sobre el valor del rol assistencial del farmacèutic.

Una de les reaccions dels farmacèutics fou el desenvolupament dels treballs de l'Assemblea de Lloret l'any 1965, on es reafirmaren els valors científics, sanitaris i socials de la professió, i es proposà la necessitat de reorientacions professionals.

També sorgeix un moviment de renovació de la formulació magistral i reafirmació de l'essència de la professió. Excel·leixen farmacèutics i farmàcies amb una clara orientació professional dedicada principalment a la formulació magistral. Destacats farmacèutics de Barcelona, com els il·lustres acadèmics Dr. Jose M. Arderiu Payerols(+) i el Dr. Eusebi Carreras Ginjaume, en són uns magnífics exponents.

El maig de 1965, quan tota la Sanitat depenia del Ministerio de la Gobernación, es publicà en el BOE una Ordre que segueix reiterant el valor de la recepta mèdica com a prescripció escrita, diferenciant recepta normal de la d'urgència. Regula la substitució de medicaments pel farmacèutic. Podria interpretar-se que el legislador reconeixia una capacitat professional del farmacèutic, no únicament limitada a l'elaboració de medicaments.

El fort augment de la burocratització en el tractament del document recepta en el Sistema Nacional de Salut, tant en l'àmbit mèdic d'assistència primària com en el camp assistencial farmacèutic, ha condicionat parcialment la pèrdua de la percepció del seu valor sanitari, i afectant també a altres tipus de recepta. Aquesta situació sumada al tarannà permissiu de la nostra societat planteja un conflicte d'interessos al farmacèutic, no solament de caràcter econòmic si no principalment de qualitat del servei, en sol·licitar-li un medicament que caldria dispensar amb la garantia d'una prescripció mèdica, en raó d'una assistència farmacèutica basada en l'evidència científica.

L'increment de la despesa de medicaments en assistència primària del Sistema Nacional de Salut, provocà noves modificacions de la normativa. L'Ordre de 05/1977 barreja les normes estrictament sanitàries amb normes administratives, donant força legal als incomptables detalls burocràtics de les receptes del Sistema Nacional de Salut. És una demostració del fort intervencionisme administratiu de l'Estat en matèria d'assistència farmacèutica i de l'escassa credibilitat que el col·lectiu farmacèutic d'oficina de farmàcia ha tingut en certs estaments del sistema sanitari públic.

Hi ha la percepció que aquests han valorat el servei global, amb un cert èmfasi, com un simple adversari econòmic, menystenint les aportacions professionals dels farmacèutics que en innombrables situacions han compensat defectes assistencials del sistema públic, que incideixen indefectiblement en la qualitat oferta als usuaris del Sistema Nacional de Salut.

2.-Nous plantejaments científics i ètics. Farmàcia Clínica i Atenció Farmacèutica.

Per a la societat i per als governs és molt preocupant el problema global de l'increment constant dels costos de l 'assistència sanitària pública, de la qual la despesa en medicaments n'és una part.

En treballs científics sobre medicina basada en l'evidència, el Dr. David M. Eddy en els anys noranta del segle passat, plantejava que els objectius a debatre són **evidència, cost i autonomia** del metge, i considerava que el professional farmacèutic té capacitat per influir de forma decisiva, pels seus coneixements sobre els fàrmacs. Per tant, els farmacèutics assistencials han d'assumir una major responsabilitat i ajudar a resoldre problemes relacionats amb els medicaments (PRM).

Els protocols farmacoterapèutics, amb els anys, han esdevingut més complexos. Així doncs, calien noves actituds dels farmacèutics, com a professionals de suport i ajuda als metges en el camp del medicament, recordant-los la importància de l'ètica professional, en tot el que afecta l'àrea del medicament, per tal d'aconseguir una utilització segura, efectiva i racional dels medicaments. És l'inici de la Farmàcia Clínica.

Farmacèutics dels serveis de farmàcia hospitalària van plantejar-se la necessitat de reorientar llur activitat per promoure interaccions constructives entre els farmacèutics i els altres professionals sanitaris i saber aplicar els seus coneixements amb resultats d'un major benefici per als pacients. Un farmacèutic molt destacat en els serveis de farmàcia hospitalària, fou el Dr. Joaquim Bonal de Falgàs(+).

L'Atenció Farmacèutica, és un concepte elaborat per primera vegada pel Dr. R.L. Mikeal, l'any 1975 i les bases foren desenvolupades pel Dr. Hepler i la Dra. Strand. És definida com **la provisió responsable del tractament amb medicaments amb l'objectiu d'aconseguir uns resultats que millorin la qualitat de vida del pacient.** Segons aquesta concepció, l'activitat assistencial farmacèutica ha d'estar orientada a la prevenció dels PRM. Diversos estudis detecten que es poden prevenir entre un 19 i un 66% dels PRM detectats. Els patrons de PRM que poden ser previnguts són :

- PRESCRIPCIÓ INADEQUADA
- MAL COMPLIMENT O INOBSERVANÇA DEL PLA TERAPÈUTIC
- INTERACCIONS FARMACOLÒGIQUES
- REACCIONS ADVERSES GENUÏNES O R.A.M.

La majoria d'estudis coincideixen a assenyalar que la manca d'adherència del pacient al pla de medicació prescrita pel metge és la principal causa dels PRM. Però aquest fet no resta importància al valor de la prescripció i de quina forma s'expressa documentalment. La recepta mèdica és la comunicació fonamental entre el metge i el farmacèutic. Una recepta mal expressada, incompleta o amb grafismes poc clars pot generar errors de medicació.

Donada la importància del cost en recursos sanitaris que representen els PRM, les organitzacions professionals i totes les administracions sanitàries públiques o privades intenten incidir en aquesta fase de comunicació del metge al farmacèutic.

3.-Aparició de la informàtica, xarxa d'Internet i recepta electrònica.

El grup dirigit per Vannevar Bush i els seus col·laboradors, del Massachussetts Institute of Technology, va dissenyar el primer ordinador de grans dimensions a l'any 1930. No han passat gaire més de 60 anys que Tim Wenders aconseguí desenvolupar el seu projecte World Wide Web. També aparèixen les xarxes d'Aparnet i d'Internet. Les constants investigacions en els camps de les telecomunicacions i de la informàtica han aportat extraordinàries possibilitats amb importants aplicacions en totes les activitats, fins i tot en les del camp sanitari, amb noves denominacions des de 1993 com *Telemedicine*, *eHealth*, entre les més habituals.

Molts sistemes assistencials públics estan sotmesos a contínues i profundes transformacions per tal d'assolir millors graus de qualitat, seguretat i eficiència. Els objectius dels programes dissenyats són per detectar errors, les seves causes, duplicitats de medicació, PRM, etc., en l'atenció hospitalària i ambulatòria. S'ha aconseguit disminuir-ne la freqüència d'aparició. Amb les possibilitats de l'actual tecnologia de comunicació electrònica digital, els responsables dels sistemes de salut consideren que es podria aconseguir millorar més la situació.

En un informe de l'any 2004 d'*Electronic Prescribing Initiative-eHealth Initiative* dels EUA, es recomana el disseny i la implementació de la prescripció i recepta electrònica, entenent aquesta com a **"l'ús de dispositius informàtics per escriure, modificar, revisar i enviar o comunicar la prescripció de medicaments"**.

Entre els punts més essencials i rellevants de l'informe, destaquen:

a/ la prescripció electrònica podria millorar la seguretat, la qualitat i l'eficiència,

b/ els sistemes de prescripció electrònica estan disponibles en diversos nivells de sofisticació i complexitat,

c/ el programari pot informar però no coartar la llibertat del metge en l'elecció de determinats medicaments,

d/ el programari no pot obligar que el pacient es decideixi per determinades farmàcies,

e/ cal fomentar l'adopció i l'ús de la recepta electrònica amb incentius apropiats.

El model actual de prescripció i dispensació a l'Estat Espanyol provoca que la renovació de les prescripcions sigui la causa de la major freqüentació del contacte entre pacients crònics i el Sistema Nacional de Salut.

Les diferents reformes de l'Atenció Primària han aconseguit informatitzar prescripcions amb disminució dels errors de medicació originats per la prescripció en un 60%.

L'objectiu era aconseguir desmassificar les consultes, separant les Consultes Clíniques de les que requerien un tràmit administratiu, però les implicacions legals, com són la firma del metge en les receptes en suport paper, obliga a la presència del metge prescriptor. La recepta electrònica permet obviar aquest problema, ja que pot proporcionar una prescripció per uns quants mesos i fins i tot per un any, fins a la propera revisió mèdica.

Els primers projectes per al disseny de recepta electrònica en l'àmbit del sistema sanitari públic comencen l'any 1999, quan el llavors Ministerio de Ciencia y Tecnologia desenvolupà un esbós sobre aquest tema. L'any següent s'endeguen diferents projectes com Pista II, Receta XXI, GAIA, Catalunya, Extremadura, Galícia, etc.

Des de l'any 2002 les diferents administracions sanitàries autonòmiques, societats professionals, les organitzacions professionals com el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya (CCFC) i Col·legis Oficials de Farmacèutics (COF) treballen en projectes sobre objectius, tecnologies de comunicació i plans d'implantació de sistemes de recepta electrònica.

Andalusia ha estat la més pionera en la implantació en el seu territori. Segons les dades del mes de gener de 2008, el model estava implantat en més del 80% del territori andalús. Segons el COF de Sevilla, a les farmàcies del seu àmbit es dispensen el 99'77% de receptes electròniques sense incidències.

El model andalús contempla uns objectius de caràcter assistencial i altres de tipus administratiu. Es pretén optimitzar i allargar el temps de dedicació del metge als pacients, evitar desplaçaments i esperes innecessàries, facilitar la comunicació entre el metge i el farmacèutic, augmentar la seguretat i eficàcia dels tractaments farmacoterapèutics, disminuir els errors de medicació i aportar més control a les alertes i farmacovigilància. Els objectius administratius són el coneixement a temps real de la despesa en medicaments i la facturació directa de la farmàcia a l'administració sanitària.

La resta d'autonomies tenen nivells de desenvolupament i desplegament territorial diferents, no tant per les tecnologies de comunicació, sinó pel que fa a la concepció estructural, continguts i condicionants de la relació entre els gestors del sistema públic i serveis farmacèutics. Més de la meitat estan en fase de pilotatge relativament avançat, segons dades del mes de gener de 2008.

Algunes societats professionals com OMC, SEMERGEN, SEMG, REAP o "Plataforma 10 min.", entre d'altres, han elaborat diversos documents, com el *Compromiso de Buitrago*, envers la necessitat d'un canvi profund en el model de recepta en l'Assistència Primària, i propostes de recepta electrònica. En part, són relativament coincidents, però la proposta de "Plataforma 10 min." contempla el servei de l'oficina de farmàcia quasi com un simple distribuïdor.

En el sistema sanitari públic espanyol, la recepta té doble funcionalitat, la sanitària i l'econòmica. La "recepta electrònica" aplicada al Sistema Nacional de Salut també la conserva, però en aquests moments li manca el valor legal a nivell estatal. En una jornada celebrada en el CGCOF el mes de gener de 2008, la *Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios* va manifestar que estava en fase molt avançada el projecte de Reial Decret sobre recepta mèdica i ordre hospitalària de dispensació, on es donarà tot el reconeixement legal a la recepta electrònica, desenvolupant l'article 77 de la llei de *Garantias y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*. Des del mes desembre de 2009, el Ministeri de Sanitat ha iniciat el tràmit d'audiència de la nova normativa que afectarà, entre d'altres, la recepta electrònica en els àmbits de dispensació en assistència primària i hospitalària.

(*) El futur RD sobre recepta mèdica està publicat com a projecte, en el moment d'aquesta edició. Data 28/12/2009 "Circular del CGCOF" n. 842/09

4.-La recepta electrònica a Catalunya.

A Catalunya el primer assaig tecnològic fet en aquest camp, data de l'any 2001, gràcies a un conveni entre els Col·legis de Metges i de Farmacèutics de Barcelona. Pel seu desenvolupament comptava amb la col·laboració de 100 metges i 25 farmacèutics, orientat inicialment a receptes privades. El projecte s'inicià en un nombre molt reduït de farmàcies. Les característiques més importants i bàsiques pròpies d'aquest projecte eren:

- Incloure camps propis del metge i del farmacèutic, que únicament podran omplir o modificar els mateixos professionals.

- Llibertat del pacient per escollir farmàcia.

- La farmàcia té facultat opcional per imprimir una còpia per al pacient o per causa de la normativa legal.

- Prescripcions puntuals del metge quan no calgui una visita del professional.

- Possibilitat tècnica d'extensió a receptes del sistema públic.

- Signatura electrònica dels professionals, certificat digital i garantia de protecció de dades.

Posteriorment el Departament de Salut i el Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya (CCFC), com a proveïdor dels serveis a través de les oficines de farmàcia, van arribar a un acord per impulsar la implantació de la recepta electrònica a Catalunya i amb recolçament legal per acord de la Comissió de Govern i Polítiques Socials de 7/02/2006 i posteriorment segons Decret 1597/2007.

Ambdues parts van valorar positivament el projecte que estableix un sistema integrat de procediments de prescripció, pautes posològiques i facturació dels medicaments, per mitjà de les tecnologies de la comunicació electrònica encriptada que permeten disposar de la informació a temps real de la prestació farmacèutica amb l'objectiu de millorar l'atenció al ciutadà. Contempla millores que són de caràcter sanitari com comunicació entre prescriptor i dispensador, accessibilitat a la base dades del medicament i accés limitat a la informació farmacoterapèutica del pacient. Altres són de tipus administratiu com facturació, no manipulació de receptes paper, la no devolució de receptes, compliment de normes de seguretat, firma electrònica i protecció de dades. El model es basa en el fet que tota la informació d'un pacient és accessible a través d'un equip informàtic anomenat Sistema Informatitzat de Recepta

Electrònica (SIRE) de CatSalut i complementat amb el Sistema d'Informació Farmacèutica de Recepta Electrònica (SIFARE) del CCFC.

També es va fer palesa la conveniència d'implementar progressivament les modificacions més eficients, fruit de l'experiència adquirida en la utilització gradual del sistema.

El projecte s'inicià amb proves de connectivitat en el decurs el primer semestre del 2006. Seguiren proves amb alguns pacients virtuals a partir de juny del 2006 i primers pacients reals des del 25/09/2006, en dues farmàcies de la Regió Sanitària de Girona, en les ABS de Salt i de la Bisbal i dues de la Regió Sanitària de Terres de l'Ebre, en una ABS de Tortosa i uns dies més tard en l'ABS d'Ulldecona. La prova pilot global s'inicià a les ABS de Tortosa, d'Ulldecona, de Salt i de la Bisbal a partir del mes d'abril de 2007. El programa de recepta electrònica contempla el desplegament gradual, per fases, a totes les regions sanitàries de Catalunya, amb previsió del total desplegament en el decurs de l'any 2009.

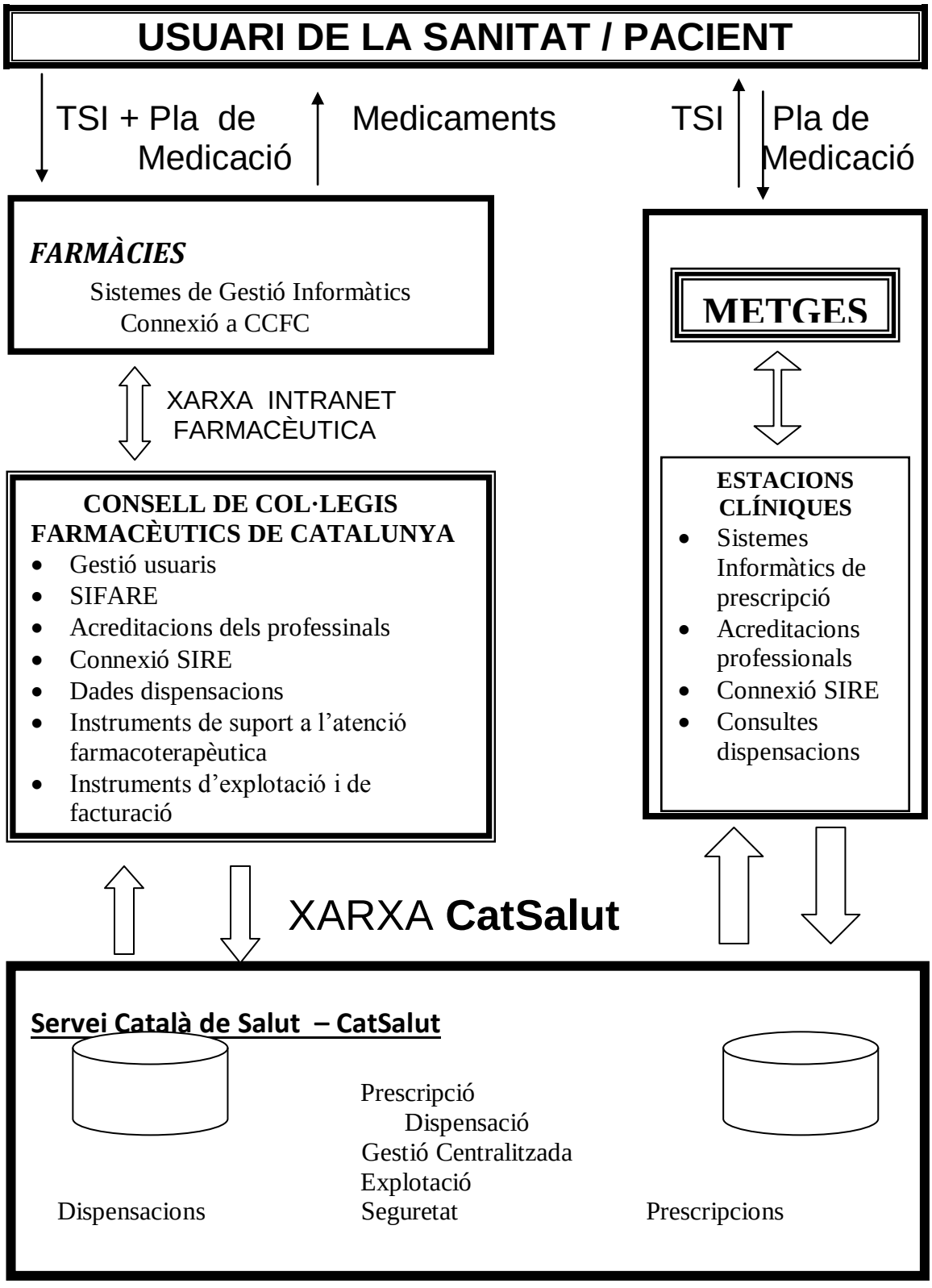
Els primers dotze mesos de la prova pilot es van desenvolupar amb un nombre elevat d'incidències, a conseqüència de les deficiències dels programes informàtics, tant a nivell del CatSalut com dels diferents programes de gestió de les farmàcies. L'origen de la problemàtica cal situar-lo en un escàs període de proves amb pacients virtuals, que no va permetre detectar les deficiències dels programes, donada la complexitat de normes administratives creades pel mateix sistema nacional de salut. Deficiències que únicament es van detectar en el moment de donar assistència a pacients reals. Aquest fet creà situacions de disgust en els usuaris i fou enervant per als farmacèutics, que en no disposar d'un pla de contingències del CatSalut, provocaren situacions de bloqueig. Després de reiterades peticions dels farmacèutics, els responsables del CatSalut han implementat un pla de contingències absolutament immadur, que valoro molt poc àgil, per les situacions crítiques, que consisteix en telefonar a un número de la serie 900 per poder confirmar la disponibilitat de receptes per a un CIP determinat.

En el decurs de l'any 2008 les incidències han estat poc nombroses i poden quantificar-se entre un 1 i un 5 % del total de dispensacions, depenent, en part, de cada aplicatiu informàtic, i en menor proporció s'han donat incidències de comunicació via Internet. Però hi ha una creixent tipologia d'incidències originades per la falta d'homogeneïtat de les diferents bases de dades dels medicaments, principalment a causa dels canvis de codificació, cada cop més freqüents, d'una mateixa especialitat farmacèutica, a conseqüència de modificació de preus i de múltiples normatives que, fruit de la meva experiència en el camp assistèncial farmacèutic, valoro com una manca de realisme sorgida d'uns diligents administradors amb diversos graus d'utopia.

4.1.-La prescripció

Els metges, electrònicament acreditats, introdueixen les dades dels diagnòstics, historial clínic i prescripcions farmacoterapèutiques d'un any de durada com a

màxim i, si és el cas, alertes per als farmacèutics, des de les estacions clíniques situades en els CAP o altres centres sanitaris de la xarxa o sistemes del CatSalut. La prescripció queda registrada amb un codi per a cada medicament que consta en el "Pla de Medicació".



Esquema del model global del projecte de recepta electrònica a Catalunya

4.2.-La Dispensació

Els pacients accedeixen als serveis farmacèutics, identificant-se per mitjà de la TIS, acompanyat d'un document imprès al CAP inicialment titulat com **"full de medicació activa"**. Títol canviat posteriorment per **"pla de medicació".** El full NO ÉS UNA RECEPTA, té una validesa de 10 dies, des de la data d'emissió, ja sigui per primera edició, per modificació de la medicació o per renovació anual. Si en el CAP o a la famàcia no s'adverteix als usuaris d'aquest condicionant, més d'un pacient es troba amb la sorpresa que no té receptes actives fins el teòric següent cicle de dispensació.

Els programes de les estacions clíniques calculen, a partir de la primera dispensació, la data teòrica en què la propera recepta serà dispensable, en base al nombre de dosis que conté cada especialitat, segons les formes farmacèutiques i posologies especificades pel metge, amb un marge de flexibilitat de +/- 15 dies. Aquests condicionants són importants per a tots els pacients, particularment pels polimedicats, sobre tot si els envasos prescrits presenten una disparitat important relativa al nombre d'unitats de la forma farmacèutica, obligant al pacient a reiterar els serveis de la farmàcia.

Sorprenentment, alguns pacients poden disposar d'una quantitat elevada de medicaments. Els més destacables són analgèsics d'un sol component o més d'un component a dosi fixa, AINE's, antiàcids i inhibidors de la bomba de protons. El resultat és que hi ha pacients que poden acumular medicaments en quantitats no ajustades a les seves necessitats terapèutiques, tot i les observacions del farmacèutic, però s'estan fent revisions dels progamaris del CatSalut per tal d'aconseguir millores en tots aquells temes on s'observen deficiències.

El fet que la recepta electrònica estigui associada a l'emissió d'un paper imprès, anomenat "pla de medicació", sembla desfasat. Ja fa alguns anys que es confeccionen targetes personals amb xips, que permeten un contingut important d'informació digitalitzada. És una realitat perfectament aplicable al camp sanitari assistencial. Les targetes d'identificació personal de diverses administracions sanitàries europees del sistema públic assistencial disposen d'un xip. Això permet incorporar-hi, entre d'altres, tota la informació relacionada amb la medicació i amb l'historial terapèutic del pacient.

De moment, aquesta possibilitat no és practicable a Catalunya, perquè les targetes sanitàries d'identificació no disposen de xip.

.

CatSalut Servei Català de la Salut

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Data d'impressió : 16/6/08

Pla de medicació

Informació per a la farmàcia

PACIENT NOM COGNOMS

PICI0420102001

00000000000000143395

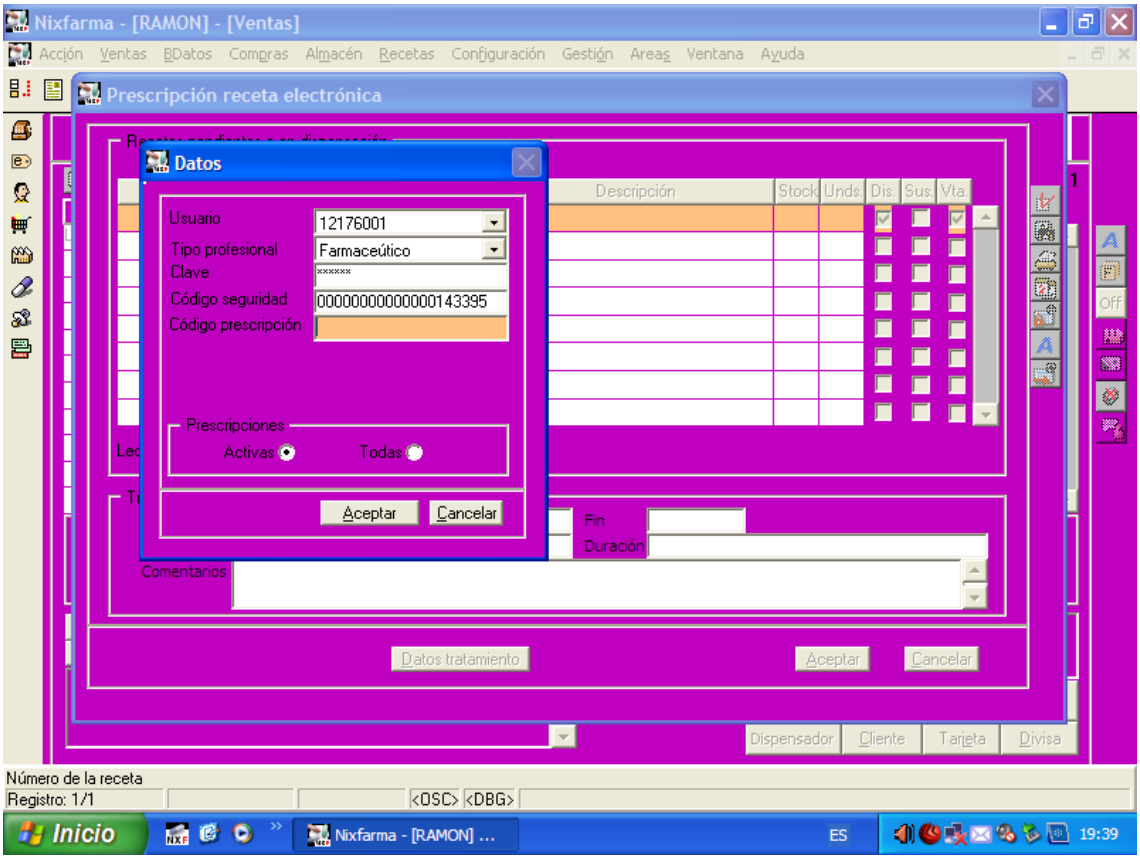
Medicament o producte sanitari i núm. de prescripció	Dosi i freqüència	Durada del tractament	Prescriptor/a i centre	Vigència Inici	Fi	Comentaris
VALS 160MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA (P1E000173356)	0.5 COMPRIMIT cada 24 Hores	365 dies	VARELA GAUDINO, ANSELM EAP LA BISBAL	15/06/08	15/06/09	**Posologia: 1/2.0.0**
ORFIDAL WYETH 1MG 25 COMPRIMIDOS (P1E000173369)	1.0 COMPRIMIT cada 24 Hores	365 dies	VARELA GAUDINO, ANSELM EAP LA BISBAL	15/06/08	15/06/09	**Posologia: 0.0.1**
OMEPRAZOL NORMON 20MG 28 CAPSULAS EFG (P1E000173376)	1.0 CÀPSULA cada 24 Hores	365 dies	VARELA GAUDINO, ANSELM EAP LA BISBAL	15/06/08	15/06/09	**Posologia: 1.0.0**
ZOLPIDEM STADA 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS EFG (P1E000177682)	1.0 COMPRIMIT cada 24 Hores	365 dies	VARELA GAUDINO, ANSELM EAP LA BISBAL	15/06/08	15/06/09	**Posologia: 0.0.1**
ADIRO 100MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS (P1E000177706)	1.0 COMPRIMIT cada 24 Hores	365 dies	VARELA GAUDINO, ANSELM EAP LA BISBAL	15/06/08	15/06/09	**Posologia: 0.1.0**

Informació per al/per a la pacient

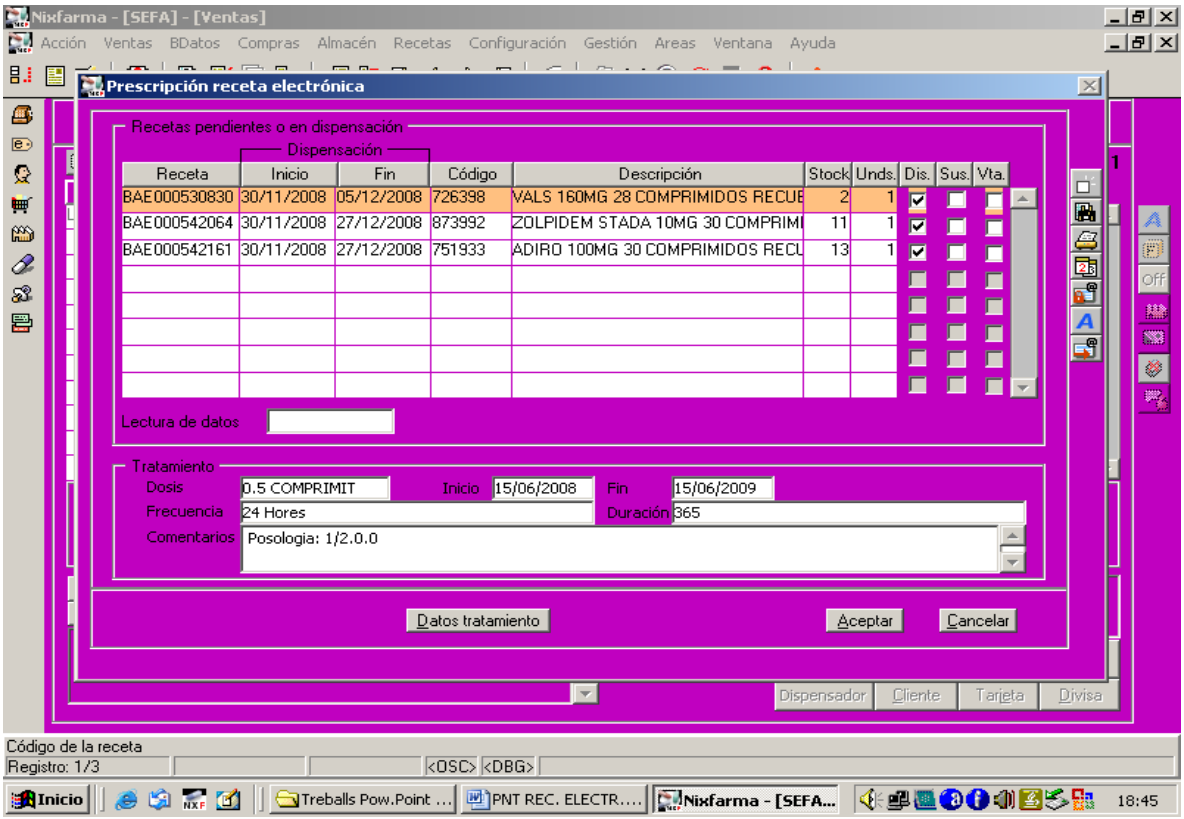
1. Per poder recollir els productes a la farmàcia **és obligatori presentar aquest full i la targeta sanitària individual.**
2. En acabar el medicament o producte sanitari, i fins a la data de fi de vigència, es podran retirar nous envasos successivament a les farmàcies incloses en aquesta prova pilot, d'acord amb la dosi i freqüència de la prescripció.
3. **Conserveu aquest full per recollir nous envasos** del medicament o producte sanitari fins a la data de fi de vigència.
4. En aquest full consten totes les prescripcions actives introduïdes en el sistema de recepta electrònica.
5. **Aquest full no és una recepta.**

D'acord amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre les dades consignades en aquest full constaran en el fitxer de prestació farmacèutica. La finalitat d'aquest fitxer és tractar dades de la prescripció, dispensació i facturació al Servei Català de la Salut (CatSalut) de la prestació farmacèutica realitzada a les oficines de farmàcia. L'òrgan responsable d'aquest fitxer és la Direcció de l'Àrea de Serveis i Qualitat del CatSalut. Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant la Gerència d 'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries del CatSalut (travessera de les Corts. 131- 159: 08028 Barcelona).

És interessant recordar que les validacions sanitàries a les 24h de la primera prescripció ja són efectives electrònicament.



Els farmacèutics i els seus col·laboradors, amb la prèvia acreditació electrònica, a través de la xarxa intranet SIFARE del CCFC, accedeixen al SIRE. Les normes de seguretat informàtica pel que fa a l'acreditació electrònica poden representar un petit problema, ja que cada 365 dies hi ha necessàriament canvi de codi. Cal idear-se un sistema àgil per escollir nous codis. L'accés al SIRE permet visualitzar les veritables **receptes electròniques** en els equips informàtics que estan actives en aquell moment, entre les dates **Inici** i **Final.**



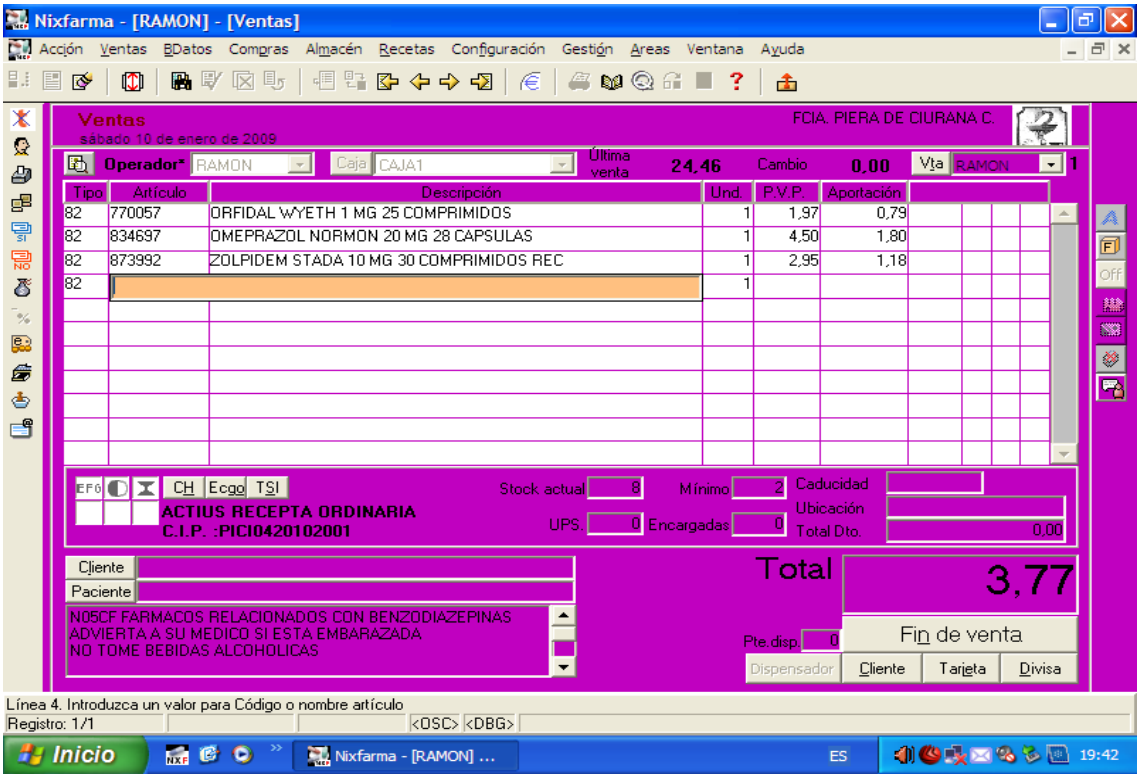
Totes les receptes que es visualitzen a la pantalla estan en situació d'actives i poden dispensar-se totes o desactivar les que no li calguin al pacient. Això no significa anul·lar-les. En aquesta fase és on es detecta més clarament, comparant amb el sistema de receptes en suport paper, que una certa proporció de pacients no relacionen el nom del medicament amb la seva indicació fins que poden visionar l'envàs. És un dels esculls importants.

Amb la recepta electrònica, les esperes dels pacients crònics amb els retalls dels envasos per a reiteració de receptes en el CAP, s'han traspassat parcialment a la farmàcia. Això representa temps. Des d'una òptica simplista, aquest aspecte es podria considerar que la recepta electrònica comporta un valor negatiu. Crec que els farmacèutics hem de saber transformar-ho en valor positiu, aportant més valor afegit a la tasca professional. Seran oportunes algunes preguntes, amb explicacions clares i concises, que comportaran una millora en l'ús dels medicaments i en el compliment terapèutic. Crec que això significarà un augment moderat de qualitat en el servei assistencial farmacèutic ja que l'accés a l'historial farmacoterapèutic del pacient és limitat i complex.

També es poden realitzar consultes i accions professionals. L'operativa per fer-les depèn dels diversos aplicatius dels programes informàtics de cada farmàcia que no tots funcionen correctament, tot i les successives modificacions

- Es visualitza l'estoc a la farmàcia de cada un dels medicaments . Per tant el farmacèutic pot preveure si haurà de fer, si escau, una substitució.
- El farmacèutic pot dirigir un avís escarit al metge, d'interès terapèutic per al pacient.
- Es poden consultar alertes que el metge vulgui especificar.
- Permet bloquejar una dispensació per una causa sanitària, justificant el perquè i que solament pot desbloqueijar el metge. Existeixen set opcions predeterminades pel CatSalut com causes de bloqueig.
- El programa permet realitzar la substitució dels medicaments, segons la normativa vigent.
- Poden imprimir-se les receptes actives visualitzades en pantalla.
- Poden consultar-se les properes dispensacions bé sigui d'un sol medicament o bé de tots.
- Hi ha divuit supòsits predeterminats de diligències, una de les quals permet una flexibilitat acceptable sota la denominació de "Altres...", ja que és gairebé impossible tipificar totes les situacions que apareixen en la pràctica diària.

El següent pas és la dispensació informàtica en el sistema intern de la farmàcia



4.3.-Substitucions de medicaments

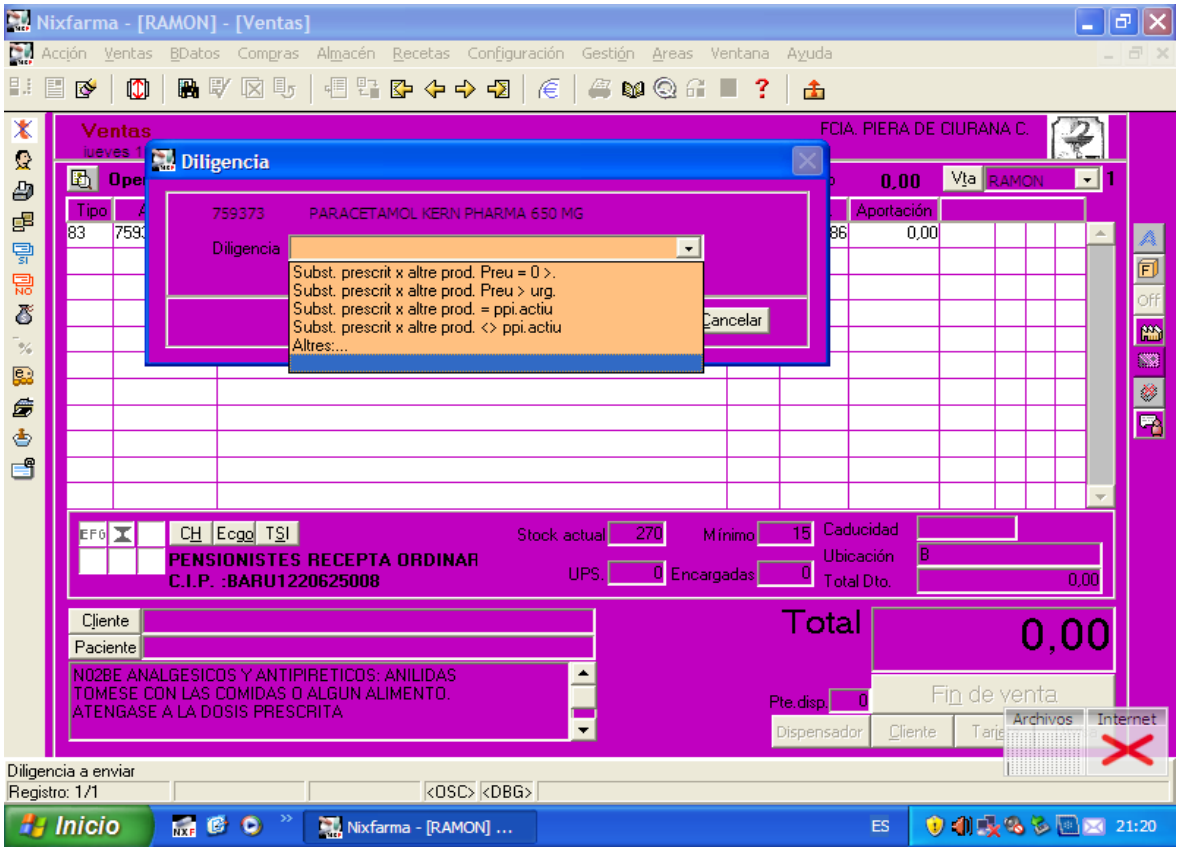
En aquesta fase caldrà indicar el motiu de substitució amb una diligencia. Hi ha divuit supòsits predeterminats pels tècnics responsables del CatSalut:

1. Substitució del medicament prescrit per un altre producte d'igual preu o superior.
2. Substitució del medicament prescrit per un altre producte de preu superior si és una urgència.
3. Substitució del medicament prescrit per un altre producte d'igual principi actiu.
4. Substitució del medicament prescrit per un altre producte de principi actiu diferent.
5. "Altres…".
6. Modificar dosificació medicament.
7. Quantitat prescrita irracional.
8. Pacient no respecte dosi/durada.
9. Canvi de posologia. Descriure la causa.
10. Interrompre la presa d'un medicament.
11. Duplicació de tractament.

12.Intolerància anterior a producte prescrit.
13.Dosi perillosament elevada.
14.Dosi sots terapèutica.
15.Hipertensió-Inobservança de tractament per sots compliment.
16.Hipertensió-Inobservança de tractament per compliment excessiu.
17.Perfil farmacoterapèutic en cas de vuit o més medicaments.
18.Opció quan cal deslletament relacionat amb medicació de benzodiazepines.

D'aquests divuit supòsits, els cinc primers son els que presenten més utilitat en la pràctica professional diària. La majoria d'anomalies especificades, si bé son científicament certes, seran més correctament solucionades amb una prèvia informació al metge, que pròpiament una substitució com a decisió professional del farmacèutic, ja que en no tenir accés a la informació clínica dels pacients, no hi hauria prou evidència científica que justifiqués correctament la substitució. Algunes d'elles es correspondrien més en un supòsit d'abstenció de la dispensació, més que d'una substitució.

Inicialment alguns aplicatius informàtics permetien algunes errades en certes opcions de substitucions de medicaments. Substitucions indicades com a "substitució directa", en què es pot fer-se la lectura per escàner, i resultava com a medicament substituït una especialitat que no tenia cap relació amb l'acció farmacològica del medicament prescrit. Al final del procés no es detectava l'error, i quedava com a dispensat en el CatSalut. Darrerament s'ha esmenat.



Fins a aquesta fase poden fer-se canvis, anul·lar o reiniciar la dispensació. Des del moment en què s'ha accionat el comandament **Fi de venda** ja no és possible reiniciar el procés, ja que s'han desencadenat automàticament totes les operacions informàtiques específiques per trametre les informacions cap al SIRE, via Internet. Aquesta operació comporta que les receptes actives han passat a la categoria de dispensades.

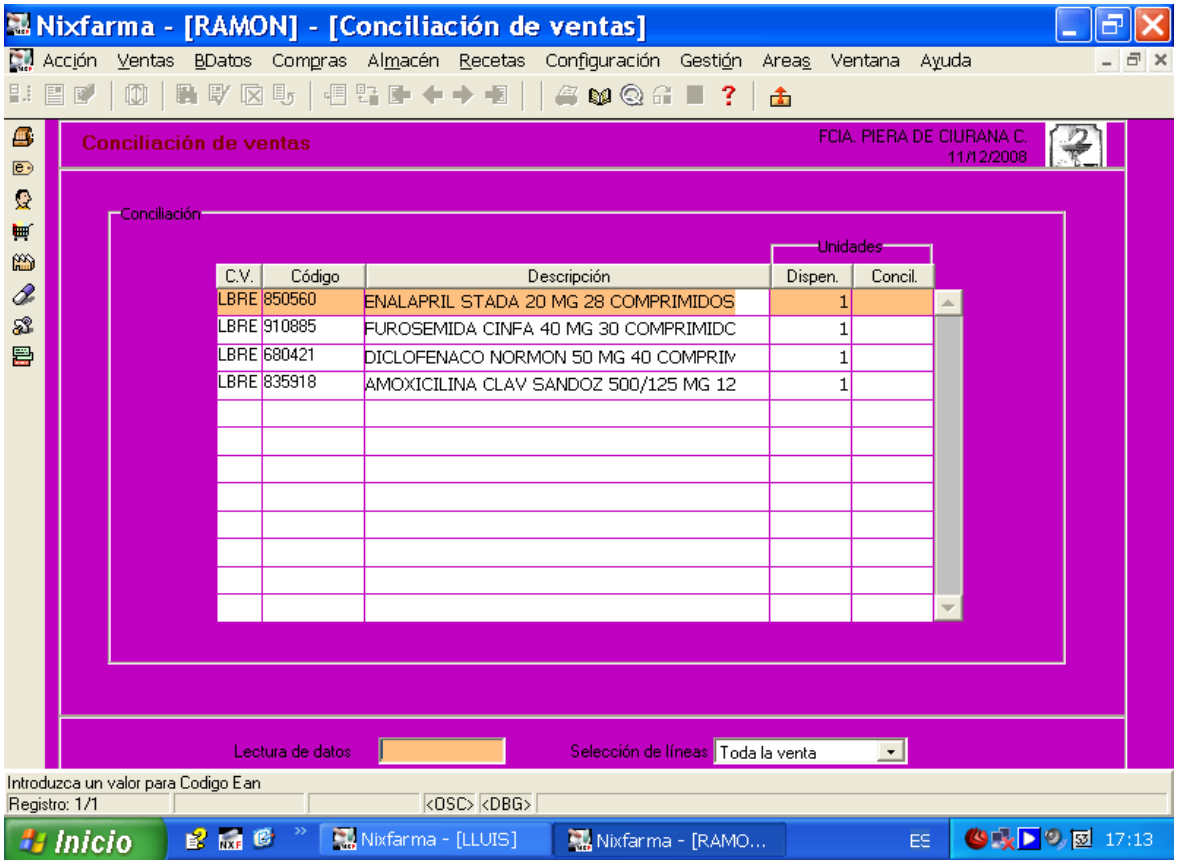
Tota aquesta operativa no exclou retallar tiquets i enganxar-los en uns fulls que inicialment van dissenyar els mateixos farmacèutics i posteriorment els Col·legis. Sembla un contrasentit que quan l'eina de treball és per mitjà d'Internet, calgui continuar amb tiquets. A més, es dóna la circumstància que alguns programes informàtics de farmàcia i llurs aplicatius de dispensació per recepta electrònica, encara no disposen d'una fiabilitat absoluta. Per evitar perjudicis econòmics, cal contrastar el nombre de dispensacions electròniques amb les reals per mitjà del nombre de tiquets.

4.4.-Control d'errors de medicació en la dispensació.

Amb el sistema de receptes impreses pot fer-se un control per detectar errors de medicació a posteriori, ja que es disposa del document recepta fins a l'enviament al centre de facturació. Amb el sistema de recepta electrònica l'enviament és pràcticament instantani. En iniciar la prova pilot les errades eren molt difícils de detectar o gairebé impossible.

Actualment els programes disposen d'un sistema que obliga a llegir el codi de barres del medicament que es dispensa. Si no coincideix amb el de la recepta electrònica no deixa continuar. Pot afirmar-se que les errades de medicació en la fase de dispensació són menors amb el sistema de recepta electrònica que amb sistema de recepta en suport paper.

Darrerament el Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya ha perfeccionat el programa del SIFARE, fàcilment accessible, que permet accedir i comprovar dispensacions a pacients, errades de dispensació, pèrdues de tiquets i la seva esmena, elecció de la data i tancament de la facturació.



Acabada aquesta operativa es finalitza la dispensació de forma habitual segons cada programa.

4.5.-Temps esmerçat.

Freqüentment hom es pregunta si el temps dedicat a dispensar un pacient amb recepta electrònica és menor, igual o major que dispensar-lo amb receptes en suport paper del CatSalut. Comparant-ho amb la dispensació de receptes ordinàries, és interessant diferenciar l'operativa informàtica, administrativa i la informació al pacient, i amb un mínim d'igualtat de condicions. No podem oblidar que segons el programa informàtic de cada farmàcia i el sistema de treball, es pot fer difícil la comparació. S'han fet alguns controls cronometrats per valorar aquest aspecte.

Pel que fa a l'operativa informàtica la preparació és més llarga, de l'ordre de 20-30 segons, ja que cal seleccionar "recepta electrònica" i introduir les claus de pasword. Per contra, en les receptes ordinàries s'han de llegir els codis de cada recepta.

Les tasques purament administratives com segellar receptes, repassar-les, firmar-les i facturar-les requereixen bastant menys temps per a les receptes electròniques que per a les ordinàries. Una sola operació de firma electrònica val per un màxim de 200 receptes i es parla que, en el futur, els lots podran ser de 300 receptes, amb l'avantatge que aquesta operació evita firmar dos cops, en cas de recepta diligenciada. També evita el maneig de documents en paper.

La tasca amb component administratiu professional com és diligenciar substitucions, en sistema de recepta electrònica cal fer-la en el moment de dispensar, mentre que a les receptes en suport paper pot fer-se amb posterioritat.

El que canvia de forma significativa és l'atenció que moltes vegades requereix el pacient amb recepta electrònica. Amb el sistema de receptes manuals o informatitzades, en la majoria de les situacions, els pacients ja coneixen quins medicaments li seran dispensats, ja que en el corresponent CAP els hi entreguen les prescripcions per a uns determinats medicaments. Freqüentment, els pacients polimedicats amb prescripció electrònica no són coneixedors de quins medicaments podran disposar en una determinada data. Aquest fet provoca anulacions automàtiques de receptes electròniques amb el consegüent disgust del pacient, necessitant més l'ajut del farmacèutic per suplir les imperfeccions i rigideses del sistema. Però això no és conseqüència directa de la recepta electrònica, sinó del programa base on s'expressa la prescripció i la posologia, que ha de calcular la freqüència de dispensació dels medicaments i d'un plantejament teòric allunyat de la realitat. A més, representa esmerçar un temps per a la dispensació sense un veritable interès sanitari.

Es pot dir que globalment la dispensació a un pacient polimedicat crònic amb recepta electrònica freqüentment triplica o quadruplica el temps que cal dedicar-li. Això genera esperes que cal tenir present, ja que a les nostres farmàcies també demanen atencions els pacients i clients sense receptes electròniques. Es fa difícil valorar globalment si l'estalvi del temps dedicat al tractament administratiu post dispensació i a la facturació, que realment hi és, representa una compensació suficient.

A part de les problemàtiques tecnològiques dels diferents aplicatius que disposen les oficines de farmàcia, afloren noves possibilitats de tasca assistencial als pacients, amb una major implicació del farmacèutic en el pla de medicació prescrit. Aquesta circumstància obre una via perquè el farmacèutic incrementi l'actuació professional cap al pacient, millori l'ús dels medicaments i reforci la tasca del metge. Pel fet de disposar del full de medicació, el farmacèutic té una visió global del pla farmacoterapèutic, establert pel metge. Però caldria disposar d'una orientació diagnòstica i de l'accés a l'historial farmacoterapèutic, per implementar una verdadera **Atenció Farmacèutica**, naturalment sempre amb l'autorització del pacient.

El sistema de recepta electrònica endegat a Catalunya (SIRE), pretén ser un sistema dinàmic, pel que fa al perfeccionament de les prestacions assistencials farmacèutiques en benefici de tots els ciutadans, com també pel que fa a l'ajut en la gestió del farmacèutic (SIFARE). Naturalment tot canvi o modificació comporta la corresponent modificació dels diversos aplicatius i programaris implementats a les farmàcies. Però caldrà temps i una homologació dels diferents projectes autonòmics de recepta electrònica per aconseguir una interoperativitat a l'àmbit de tot l'Estat Espanyol i, en un futur més llunyà, de tota la U.E..

CONCLUSIONS

1. Tots els experts en sanitat assistencial atorguen avantatges sanitàries, administratives i econòmiques als sistemes de prescripció electrònica

2. Per a la implementació d'un sistema de recepta electrònica és imprescindible disposar d'un programa de dispensacions amb pacients virtuals per a assaigs previs i un pla de contingències ágil que permeti una alternativa a les fallides del sistema, per evitar la discontinuïtat del servei a l'usuari, pèrdua de temps i perjudicis econòmics al farmacèutic.

3. El sistema de prescripció electrònica disminueix els errors de medicació però no els evita absolutament i permet una simplificació relativa de la tasca administrativa de la gestió farmacèutica, com a operador del CatSalut.

4. El sistema de recepta electrònica implementat a Catalunya incrementa el temps de dedicació als pacients, afavorint la tasca d'educació sanitària pel que fa al correcte ús de la medicació, peró facilita de forma poc significativa la pràctica de l'Atenció Farmacèutica.

5. El model de recepta electrònica, en l'àmbit de l'Assistència Primària, comporta per als pacients una simplificació dels condicionants administratius d'accés als medicaments.

6. La recepta electrònica fa palès un problema en el sistema de càlcul per a la reiteració de la medicació, de forma punyent per als pacients polimedicats i d'edats molt madures, segons els programes informàtics emprats des de fa uns anys pel CatSalut o operadors concertats. Probablement caldria revisar el programa que calcula el nombre d'envasos de la medicació activa i la freqüència de dispensació.

7. És necessari revisar els programes informàtics que calculen la disponibilitat de receptes actives, amb la constant adquisició d'experiència, per aconseguir la millor eficiència possible, un dels objectius principals del sistema de recepta electrònica.

8. En el camp farmacèutic assistencial de Catalunya caldría que és fes realitat una de les recomanacions per a la implementació de la recepta electrònica :e/cal fomentar l'adopció i l'ús de la recepta electrònica amb incentius apropiats .

9. Es planteja com a necessitat imprescindible, per un servei de qualitat a tots els ciutadants, la interoperativitat entre totes les administracions sanitaries nacionals i de la U.E..

Moltes gràcies.
Ramon Piera de Ciurana

Bibliografia.

1. Jordi, R. *Aportació a la Historia de la Farmàcia Catalana*. Fundació Uriach 1838; 1997.
2. Duch, M. Montserrat, *La Concòrdia dels Apotecàris de Barcelona de 1511*. Fundació Uriach 1838; 2000.
3. Sorní Esteva, X.; Suñé Arbussà, Jose Mª "La Farmacia en Barcelona desde Ferran I a Alfons IV el Magnànim (1412-1458). *Bol. Soc. Esp. Hist*.XXXVII, nº 148, Dic. 1986.
4. Boussel, P., Bonnemain, H., Bové, P. *Historia de la Farmacia.* Ediciones Condor; 1984.
5. Gomez Caamaño, J.L. "Ciencia Farmacéutica" Federació Farmacèutica.1964.
6. Gonzalez, J.,*Derecho farmaceutico*. Editorial B.O.E. 1972.
7. Bolós, J. "Ciencia i Professió Farmacèutiques" *R.A.F.C*. 2004.
8. Ponencias "1ª Asamblea Nacional de Farmacéuticos con Oficina de Farmacia" Lloret de Mar 1965. Extra *"Circular Farmacéutica"*. COFB.1965.
9. Salek, S.; Edgar, A. *Etica Farmacéutica* (Trad. SEFAP)Ed. Mayo S.A. 2004
10. Bonal de Falgás, J.; Castro, I. *Manual de Farmación para Farmacéuticos Clínicos*. Ed. Diaz de Santos.1989.
11. Calderón, N. "La comunicación en su contexto: el rol profesional del farmacéutico".*Aula de Farmacia 2007*. 41: 39-44.
12. B.O.E. Orden 15/05/1977; 129.
13. B.O.E. R.D.(2527)1910/1984.Especialidades farmacéuticas. Receta médica. 274:4812-4814.
14. B.O.E. Orden (10799) Num. 106;15759-15760; 1986.
15. B.O.E. Orden (3357) Num . 35; 3987-3996; 1990.
16. Gascon, M.P. "¿Todavia es posible el ejercicio del farmacéutico en una oficina de farmacia exclusivamente profesional?" *El Farmacéutico*, 1987; 69:91-94.
17. B.O.E. R.D. 175/2001 Normas de correcta elaboración y control de fórmulas magistrales y preparados oficinales. Num.65: 9746-9755; 2001.
18. George, J. Et al."Supplmentary Prescribing: Early experiences of Pharmacist in Great Britain"; *Ann Pharmacother*. 2006; 40: 1843-1850 .
19. Wiffen, P. *Farmacia basada en la evidencia*. (SEFAP)Ed. Mayo S.A. 2OO3.
20. De Pablo, R. "El compromiso de Buitrago" *e-mail SEFAP* 8/04/2005.
21. Cipolle, R.J., Strand, L.M. Morley, P.C. *El ejercicio de la Atención Farmacéutica.* McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. 1999.
22. Ortega, A., Pérez de Agreda, S. García-Lozano, F."Actuación del farmacéutico ante la demanda de antibióticos sin receta en la Oficina de Farmacia" *Pharmaceutical Care España* 2006; 8(4): 147-197.

23. Gimenez, J., Herrera, J. “A propósito del concepto de medicación inapropiada” *Pharmaceutical Care España* 2007;9(1):40-43.
24. Calls, X., Catalan, E., Hernandez, J., Martinez, F.,Puyal,A.,Argente, M. “Política Sanitaria” *Ed. CatSalut* 2006; 20-21.
25. Comissió de Salut;Compareixença de la consellera de Salut, Hble. Sra. Marina Geli; *Diari de Sessions del Parlament de Catalunya 20*07; (C)46.
26. Vintró, J., “Conveni amb el Col·legi de Metges per posar en marxa la recepta electrònica” *L’Informatiu COFB* 2001.
27. Turabián, J.L., Pérez, B. “La historia clínica electrónica: ¿comer sopa con tenedor?” *Cuadernos de Gestión 2004*; 10 (4):175-188.
28. Marchibroda, Janet M.,Teich, Jonathan M., “Electronic Prescribing Initiative;e-Health Initiative” Traducción A. Catalán. *Series Divulgativas SEFAP* 2007, (11).
29. Barbero, A.,Palomo, R., Eyaralar, T., Abal, F. i Pastor, R. “Propuestas de la REAP para un modelo de receta en España” Documento de trabajo versión 7; *REAP* (2005).
30. De Pablo, R., Alonso, F.A. y col.”La nueva receta para el Sistema Nacional de Salud. La receta multiprescripción” *Plataforma 10 minutos*. 2005(9):1-33.
31. Suarez-Varela J.F. “La prescripción electrónica” Ponencia Mesa 2, XII Jornadas de la REAP 2007. *R.E.A.P*. 2007; 4 (2): 11.
32. Vaquero J.P. “La dispensación electrónica” Ponencia Mesa 2, XII Jornadas de la REAP 2007. *R.E.A.P*. 2007; 4 (2): 11.
33. Ruiz, O. “La prescripción y dispensación electrónica” Ponencia Mesa 2, XII Jornadas de la REAP 2007. *R.E.A.P*. 2007; 4 (2): 11.
34. CGCOF Jornada sobre receta electrónica 16/01/2008. 18 presentaciones. https://www.portalfarma.com/pfarma/homewebp.nsf.
35. CCFC. “Projecte de recepte electrònica a Catalunya” Presentació PowerPoint CCFC 2006; (07).
36. Fresquet Febrer, J.L. “Internet para profesionales de la salut”. *Ed. Fundación Uriach 1838*; 2008.
37. B.O.E. Llei 29/2006 de 26 de juliol (13554) “Ley de garantias y uso racional de los medicamentos y roductos sanitarios” Num. 178: 28122-28165;2006.
38. DOGC Decret 159/2007 de 24 de juliol “Regulació de la recepta electrònica i la tramitació telemàtica de la prestació farmacèutica a càrrec del Servei Català de la Salut” Num. 4934: 25620-25632;2007.
39. DOGC Decret 91/2009 de 9 de juny “Modificació lletra h) art. 2 del Decret 159/2007 de reconeixament de certificats digitals reconeguts emesos pel Col·legi Oficial d’Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya” Num. 5398:47267;2009.
40. Departament de Salut “La recepta electrònica. Guia d’informació i consulta per als centres de salut i les oficines de farmàcia” *Ed. CatSalut* ; 2/07/2009.