

La coordinación entre niveles asistenciales mediante la receta electrónica

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



Generalitat de Catalunya
**Departament
de Salut**

La coordinación entre niveles asistenciales mediante la receta electrónica

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

La coordinación entre niveles asistenciales mediante la receta electrónica / Ester Amado, Arantxa Catalán, Antoni Gilabert, Pilar López, Joan MV Pons. — Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. 2014. (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)

1. Receta — Electrónica 2. Medicamentos — Prescripción 3. Evaluación de tecnologías sanitarias
I. España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. II. Cataluña. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya III. Cataluña. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.

Autoría: Ester Amado, Arantxa Catalán, Antoni Gilabert, Pilar López, Joan MV Pons

Para citar este informe: Amado E, Catalán A, Gilabert A, López P, Pons, JMV. La coordinación entre niveles asistenciales mediante la receta electrónica. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2014

Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Corrección: Àtona Víctor Igual, S.L.
Fotocomposición: Àtona Víctor Igual, S.L.

Nipo: En tramitación
Depósito Legal: B. 27856-2014

Este documento puede ser reproducido parcial o totalmente para su uso no comercial, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

La coordinación entre niveles asistenciales mediante la receta electrónica

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Este documento se ha realizado al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Economía y Competitividad, y la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, en el marco del desarrollo de actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, financiadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Red Española de Agencias de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS



Generalitat de Catalunya
**Departament
de Salut**

Índice

Autoría	9
Resumen	11
English Abstract	13
Introducción y objetivos	15
Alcance del informe y método de elaboración empleado	17
La RE en Cataluña: modelo de diseño técnico, funcional y marco legal	19
Antecedentes	19
Ventajas de la receta electrónica	20
Funcionamiento de la receta electrónica en la práctica clínica	21
Revisión de la literatura: barreras y oportunidades de coordinación entre niveles asistenciales mediante la RE	25
Diagnóstico de situación e identificación de áreas de mejora en la RE	29
Marco conceptual que facilita la coordinación entre niveles asistenciales mediante la RE	33
Modelo de funcionamiento de la RE para potenciar la coordinación entre niveles asistenciales	35
Recomendaciones para la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales mediante la RE	39
Anexo	43

Autoría

Ester Amado. Responsable de Farmacia del Ámbito Barcelona Ciudad.
Instituto Catalán de la Salud

Arantxa Catalán. Ámbito de Evaluación de Farmacia. Agencia de Calidad y
Evaluación Sanitarias de Cataluña

Antoni Gilabert. Gerente de Farmacia y del Medicamento. CatSalut

Pilar López. División de Prestaciones Farmacéuticas. Gerencia de Farmacia
y del Medicamento. CatSalut

Joan MV Pons. Director de Evaluación. Agencia de Calidad y Evaluación
Sanitarias de Cataluña

Resumen

La receta electrónica (RE)¹ es una herramienta de salud centrada en el paciente que mejora la calidad asistencial, la accesibilidad a la prestación farmacéutica, la seguridad en el uso de los medicamentos y la sostenibilidad del sistema. Constituye un sistema de prescripción y dispensación en tiempo real y, dado que integra ambos procesos en un mismo sistema de información compartido por todos los profesionales asistenciales y por las diversas organizaciones sanitarias, puede contribuir a la mejora de la coordinación entre diferentes niveles asistenciales.

Lo que a priori supone una potencialidad puede traducirse en una verdadera coordinación asistencial siempre y cuando durante el diseño e implementación de la RE se observen una serie de medidas, identificadas como estratégicas, en las Comunidades Autónomas más avanzadas en el despliegue de dicho modelo. Se trata de medidas que se aplican a la necesidad tanto de definición de un modelo conceptual previo como a la de avanzar hacia sistemas de compra de actividad asistencial y de incentivación profesional que integren elementos comunes entre todos los niveles asistenciales.

Estas son las premisas sobre las que la incorporación en la RE de herramientas de ayuda a la decisión asistencial y de alertas de seguridad clínica facilitan finalmente la coordinación asistencial.

Este documento recoge una serie de recomendaciones inherentes al modelo de gestión de la RE que pueden contribuir a potenciar su papel instrumental en la coordinación asistencial y, en consecuencia, potenciar el uso racional de los medicamentos y mejorar la calidad asistencial.

¹ Gilabert-Perramon, Antoni, López-Calahorra, Pilar, Escoda-Geli, Nuria, Salvador-Trias, Clara. RE en Cataluña (Rec@t): una herramienta de salud. Medicina Clínica 2010; 134(Supl 1): 49-55.

English Abstract

Coordination among different levels of care through the electronic prescription.

The electronic prescription (EP) 1 is a patient- centred health tool that improves patient care quality, accessibility to pharmaceutical services, safety in the use of drugs and system sustainability. It is a prescription and dispensing system in real time and, given that it integrates both processes in a single information system that is shared by all healthcare professionals and by different health organizations, it can contribute to improving coordination among different levels of care.

What a priori is a potentiality can become a real coordination of care for as long as a series of measures, identified as strategic, are observed in the most advanced autonomic communities (regions) for the deployment of such a model. There are measures that apply to both the need to define a previous conceptual model as well as to move towards purchasing systems of care and professional incentivisation that integrate common elements for all levels of healthcare.

These are the premises, which, with the addition of health-decision tools and clinical safety alerts to the EP, will eventually facilitate care coordination.

This document compiles a number of recommendations inherent to the EP management model that can help to increase its instrumental role in healthcare coordination and, consequently, enhance the rational use of medicines and improve quality of care.

Introducción y objetivos

La coordinación entre niveles asistenciales constituye un elemento clave de la atención sanitaria debido a que contribuye a mejorar el nivel de resolución de las distintas patologías y garantiza, a su vez, la calidad y continuidad de la asistencia prestada y el uso racional de los recursos por parte de los profesionales sanitarios.

La RE supone un avance en el uso de las nuevas tecnologías y se ha conformado como un instrumento de gestión clínica y de mejora de la coordinación entre profesionales sanitarios, ya que les permite compartir de manera transversal una parte fundamental del proceso asistencial, como es el tratamiento farmacológico.

A pesar de que el grado de desarrollo e implantación en España de la RE y los diversos sistemas telemáticos es muy elevado (véase la tabla), actualmente existe una cierta diversidad en los modelos tecnológicos y funcionales desarrollados por cada Servicio de Salud, tanto con relación a la propia receta, como a las historias clínicas digitales que albergan los correspondientes módulos de prescripción electrónica.

El informe *La coordinación entre niveles asistenciales mediante la RE*, encargado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, pretende arrojar luz sobre estas cuestiones y resaltar la potencialidad de la RE en la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales y la cooperación interprofesional, aspectos ambos imprescindibles para avanzar en la mejora de la calidad asistencial.

El mencionado informe ha sido elaborado en el contexto del Plan Nacional de Calidad 2014 impulsado por el MSSSI y encargado a la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

CCAA	% CS	% C°	% OF	%AE	% eRecetas
	mayo 14	mayo 14	mayo 14	mayo 14	marzo 14
Galicia	100	100	100	100	100
Baleares	100	100	100	100	96,74
Andalucía	100	100	100	100	95,99
Valencia	100	100	100	100	100
Extremadura	100	100	100	100	87,76
País Vasco	100	100	100	100	83,68
Cataluña	100	100	100	98,33	94,24
Castilla La Mancha	100	100	100	87,50	66,77





Canarias	100	100	100	0	91
Navarra	100	100	100	0	88,46
Aragón	100	100	100	0	87,90
INGESA	100	100	100	0	27,22
Cantabria	100	100	100	0	76,90
Madrid	51,33	99,37	35,11	0	12,78
Asturias	41,18	18,54	100	0	13,81
Murcia	2,38	0	1,41	0	0,26
La Rioja	0	0	0	0	0
Castilla León ⁽¹⁾	0	0	0	0	0
SNS	87,97	49,79	81,13	67,14	77,36

(1) Se realizó un pilotaje en el año 2009.

CS = Centro de Salud; C° = Consultorio; OF = Oficina de Farmacia; AE = Atención especializada; eReceta = receta electrónica.

Fuente: información suministrada por las CCAA en mayo de 2014. Los datos de recetas facturadas corresponden al mes de marzo de 2014.

Elaboración: MSSSI.

	Pendiente abordar
	Piloto
	En extensión
	Implantación 100%

Alcance del informe y método de elaboración empleado

El informe se ha realizado a partir del análisis del modelo de la RE desarrollado en el marco del Sistema Sanitario Catalán y de los resultados obtenidos a lo largo de los siete años transcurridos desde que en 2006 se puso en marcha la prueba piloto. Actualmente, puede considerarse finalizada la implantación de la RE en el ámbito de la atención primaria y la atención hospitalaria ambulatoria, y en fase de implantación en los ámbitos socio-sanitario y de salud mental.

El análisis contempla la revisión del marco normativo establecido por el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), con especial atención a las normas referidas a la coordinación asistencial entre la atención primaria y la atención especializada, así como a la revisión de la bibliografía reciente.

El presente informe describe, por tanto, las particularidades del modelo de la RE vigente en Cataluña, las oportunidades de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que proporciona y algunas recomendaciones de mejora derivadas del análisis de las fortalezas y debilidades de dicho modelo. Estas recomendaciones han sido generadas desde la perspectiva del proveedor sanitario y, por tanto, usuario de la receta electrónica a partir de las fortalezas y debilidades observadas en Cataluña. Sin embargo, su análisis puede ilustrar la implementación de la RE en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

La RE en Cataluña: modelo de diseño técnico, funcional y marco legal

Antecedentes

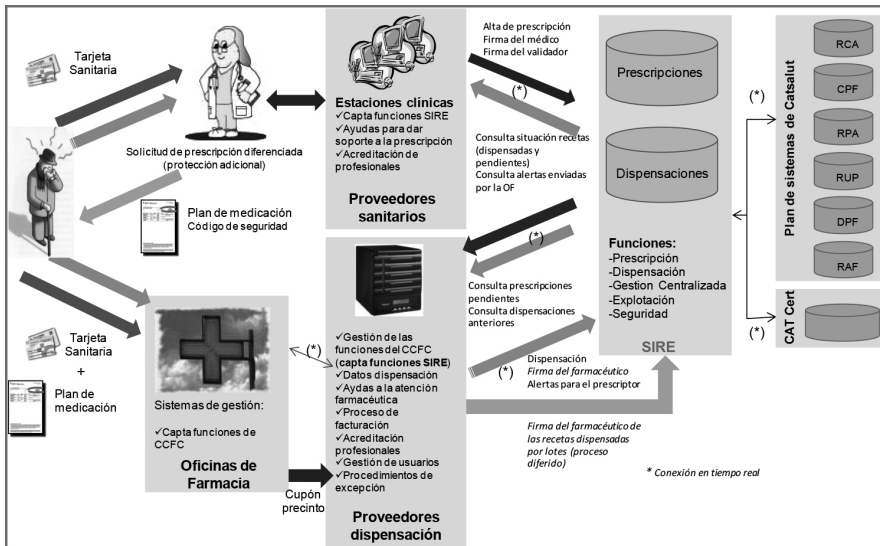
La RE es un sistema centrado en el paciente que integra los procesos de prescripción y dispensación y que está orientado a favorecer el uso racional del medicamento. En el marco del Servicio Catalán de la Salud, la prescripción se realiza en la estación clínica de trabajo del centro de salud o institución sanitaria a disposición del profesional prescriptor, que la firma electrónicamente, y así se generan las recetas correspondientes, las cuales son dispensadas en alguna de las oficinas de farmacia de la red pública, debidamente adaptada al sistema y en la que el profesional farmacéutico firma igualmente, de manera inequívoca, los medicamentos dispensados. El paciente, identificado por su tarjeta sanitaria (TSI) y el Plan de Medicación vigente, accede a las recetas que el sistema telemático ha generado.

Tal y como están configurados los flujos de información² (véase figura 1), el proceso se inicia con la prescripción electrónica realizada desde los centros de trabajo (centros de atención primaria), la cual queda almacenada en una base de datos o repositorio denominado Sistema Integrado de RE (SIRE), a la que acceden las oficinas de farmacia, previa presentación por parte del paciente de su tarjeta sanitaria.

El SIRE incorpora de manera segura los datos indispensables para el proceso asistencial relativos a la identificación del paciente, la identificación del medicamento o producto sanitario, la posología y duración del tratamiento, la unidad asistencial que origina la prescripción, así como la identificación de la farmacia dispensadora.

² Proyecto Rec@t. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.6c4bc79d4-38cb6ec3bfd8a10b0c0e1a0/?vgnextoid=5afa2020fa7ba310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextchannel=5afa2020fa7ba310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Figura 1. Diagrama del modelo de receta electrónica



Progresivamente, se han ido incorporando otros elementos clínicos necesarios para la gestión de la prestación farmacéutica, como son registros de pacientes, alertas o filtros que actúan sobre las duplicidades, sobredosificación o información sobre medicamentos intercambiables. En el momento actual, SIRE no contiene datos clínicos del paciente que permitan integrar filtros de seguridad clínica que requieran este tipo de registro.

SIRE también está conectado a los catálogos y al sistema analítico del sistema de información sanitaria del CatSalut (medicamentos y productos farmacéuticos, aseguramiento, etc.), lo cual garantiza la integridad del sistema.

Hoy en día este sistema está totalmente implantado en la atención primaria de salud y en la atención hospitalaria, sobre todo en los ámbitos de consultas externas, urgencias y altas hospitalarias, y se está desplegando en los de salud mental y socio-sanitario.

Ventajas de la receta electrónica

La RE mejora la calidad de la información porque permite integrar los procesos de prescripción y dispensación y disponer de información cualitativa y cuantitativa integrada en tiempo real de manera compartida por todos los profesionales.

La RE mejora la seguridad clínica de los pacientes. Disponer de información integrada en un único Plan de Medicación, junto con la posibilidad

de integrar herramientas de soporte a la prescripción y dispensación, facilita el seguimiento terapéutico, y previene igualmente errores en el uso de los medicamentos.

La RE mejora la coordinación entre profesionales de diversos niveles sanitarios ya que permite establecer actuaciones coordinadas orientadas a la mejora de la calidad asistencial, según el medicamento.

La RE mejora también la accesibilidad y disminuye el número de visitas burocráticas para renovar la medicación. Finalmente, la RE fomenta la sostenibilidad debido a que establece mecanismos que favorecen el uso racional de los medicamentos.

En consecuencia, la RE constituye una apuesta fundamental orientada hacia la consolidación de un sistema sanitario más integral e integrado.

Funcionamiento de la receta electrónica en la práctica clínica

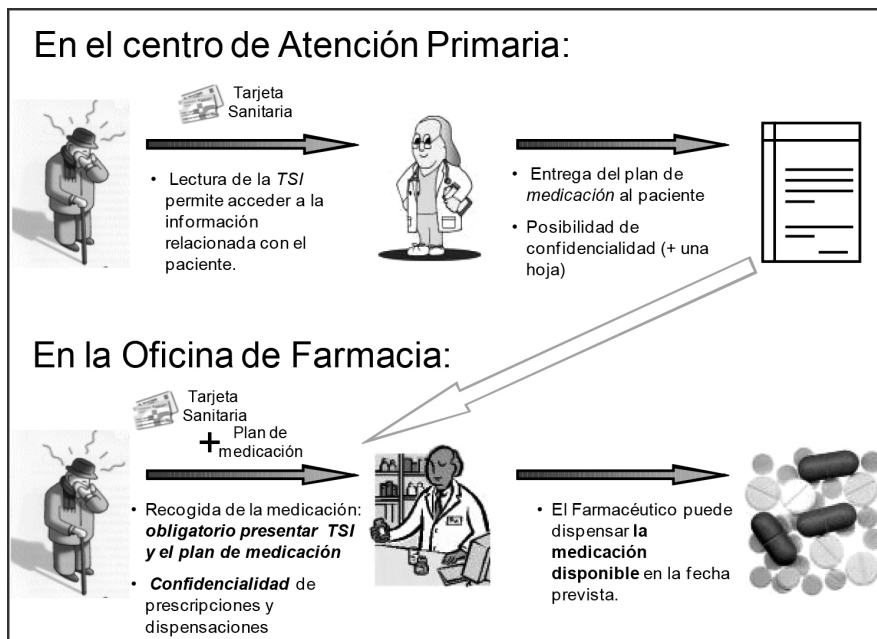
Como se puede apreciar en la figura 2, inicialmente el médico prescribe un tratamiento y entrega al paciente el Plan de Medicación, documento donde consta el nombre del medicamento, la dosis, la frecuencia de administración y el tiempo previsto del tratamiento, así como algunos comentarios necesarios para el correcto seguimiento del tratamiento. El Plan de Medicación incorpora también información sobre el coste previsto del tratamiento, lo que permitirá al paciente conocer el gasto generado por la atención sanitaria que recibe.

Para recoger los medicamentos en la farmacia el paciente deberá llevar el Plan de Medicación y la tarjeta sanitaria. Dicho Plan incluye un código unívoco que permite garantizar al paciente la seguridad de acceso a su medicación. A través del sistema de información de la farmacia, esta podrá consultar el tratamiento a petición del paciente y dispensar los medicamentos necesarios. Durante la vigencia del Plan de Medicación, se podrán recoger los medicamentos a medida que se vayan necesitando, cuando esté a punto de acabarse el envase anterior, sin necesidad de volver al centro de atención primaria para renovar las recetas.

Al final de la vigencia del Plan de Medicación, el paciente deberá volver al centro de salud para que le revisen el tratamiento y valoren si hay que mantenerlo, cambiarlo o si se puede considerar definitivamente finalizado.

El establecimiento del denominado Plan de Medicación por parte del CatSalut constituye uno de los conceptos clave en el proceso descrito anteriormente, pues favorece la interrelación entre prescriptores y dispensadores, y crea un nuevo canal de comunicación entre ellos. Se trata de un docu-

Figura 2. Funcionamiento de la receta electrónica



mento escrito que se entrega al paciente y que contiene toda la información necesaria para poder seguir correctamente el tratamiento.

A continuación se señalan algunas de las características del Plan de Medicación establecido en Cataluña:

- Permite que determinadas prescripciones se impriman por separado, si el paciente así lo solicita, por razones de confidencialidad.
- Agrupa los tratamientos en función de si son crónicos o de larga duración, agudos o de corta duración, o tratamientos que se deben seguir solo en caso de que sea necesario.
- Separa los medicamentos estupefacientes.
- Establece un código de seguridad imprescindible para acceder a la información del paciente.
- Incluye la información orientativa del coste del tratamiento para un mayor conocimiento y concienciación social sobre el precio de los servicios sanitarios.

A modo de conclusión, debemos destacar que las características que el CatSalut ha definido en el modelo de la RE instaurada en Cataluña han sido las siguientes:

- la integridad y privacidad,
- la transversalidad,
- el acceso seguro a la información del paciente,
- la accesibilidad a la prestación farmacéutica,
- la gestión conjunta de la prescripción mediante un sistema centralizado que permite insertar mensajes entre profesionales en tiempo real,
- el empleo de un modelo de implantación escalable e interoperable,
- el establecimiento de un portal seguro que incluye un plan de contingencia para una posible indisponibilidad del sistema,
- la seguridad jurídica garantizada por un detallado marco legal.³

La RE, como ya se ha dicho, se encuentra implantada en todos los centros de atención primaria del Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Catalunya (SISCAT), hecho que ha requerido la adaptación de las estaciones clínicas de los diferentes proveedores y de las oficinas de farmacia y su integración en un sistema común. La existencia de un sistema multiproveedor es un hecho diferencial respecto a las otras CCAA.

³ Decreto 159/2007, de 24 de julio, que regula la RE.

Orden SLT/72/2008, de 12 de febrero, por la cual se despliega el Decreto 159/2007.

Decreto 91/2009, de 9 de junio, que regula la RE y la tramitación telemática de la prestación farmacéutica.

Instrucción 04/2012 del CatSalut, requerimientos y criterios comunes mínimos para la prescripción, revisión y renovación de tratamientos crónicos mediante receta.

Revisión de la literatura: barreras y oportunidades de coordinación entre niveles asistenciales mediante la RE

La coordinación y continuidad asistencial es un elemento clave de la atención sanitaria centrada en el paciente, objetivo prioritario del Sistema Sanitario Catalán. Las tecnologías de la información que han permitido poner en marcha la RE en el SISCAT, conjuntamente con la historia clínica compartida (HC3), permiten establecer una mejor coordinación asistencial entre los niveles asistenciales en Cataluña. Potencialmente, mejoran la atención sanitaria de calidad centrada en el paciente y reducen la probabilidad de los errores en la medicación.

La RE ha sido implantada en otros sistemas sanitarios, cada uno de ellos adaptándose a las singularidades de cada contexto sanitario. En el sistema australiano, por ejemplo (www.health.gov.au/.../e-prescribing), se atribuye al modelo de prescripción informatizada una mejora de la confidencialidad y seguridad, una mayor claridad y rapidez en la transmisión de la información sobre la prescripción, una reducción del tiempo dedicado a rellenar formularios por parte de los profesionales, menos errores de prescripción y dispensación, así como también una disminución de los efectos adversos causados por los medicamentos.

Los beneficios globales de la introducción de las tecnologías de la información en el sistema sanitario son compartidos⁴ por la mayoría de los gestores sanitarios. Sin embargo, es muy importante conocer las barreras existentes para la implantación de herramientas electrónicas en el sistema sanitario con el fin de poder diseñar estrategias que faciliten su implantación.

Una revisión sistemática de la literatura⁵ clasificó estas barreras y destacó las siguientes: la falta de adaptación a las necesidades específicas de los profesionales, falta de fiabilidad percibida, problemas de interoperabilidad, falta de tiempo para introducir los datos necesarios en el sistema, interferencias en la relación médico-paciente, preocupación por la seguridad de los datos, así como por la falta de incentivos para la implantación y de soporte de

⁴ Yamamoto LG, Khan AN. Challenges of electronic medical records implementation in the emergency department. *Pediatric Emerg Care* 2006; 22:184-91.

⁵ Boonstra A, Broekhuis M. Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:231.

los líderes clínicos. Resulta evidente que algunos de estos problemas pueden haber afectado a la implantación en el modelo catalán, aunque su buen funcionamiento actual ha convertido muchas de estas barreras en poco relevantes, y actualmente el modelo de la RE implantado en Cataluña es una realidad. Sin embargo, como se ha mencionado, aspectos destacados como la interoperabilidad entre sistemas, así como la falta de incentivos paralelos para la gestión coordinada de la RE entre los diferentes niveles asistenciales, son problemas compartidos por otros sistemas sanitarios.

Una revisión centrada en la prescripción electrónica⁶ dividía los modelos tecnológicos utilizados en el modelo *push*, en el cual el prescriptor dirige a una farmacia concreta, y el modelo *pull*, en el que cualquier farmacia autorizada puede dispensar el medicamento.

El modelo catalán cumple los criterios del segundo modelo, aunque el primero es el más utilizado en el mundo y, en particular, en Estados Unidos.

Globalmente, se considera que los protocolos de mensajería interna son aspectos que hay que mejorar, sobre todo entre sistemas diferentes. Las mejoras constatadas en la bibliografía se centran en dos aspectos: la calidad de la oferta farmacológica disponible para los profesionales y la mejor capacidad de monitorizar la adherencia terapéutica de los pacientes.

Entre los aspectos negativos descritos, hay que mencionar los problemas asociados a la dispensación de los fármacos en las oficinas de farmacia asignadas y el hecho de que la valoración del sistema de la RE viene muy condicionada por el contexto sanitario, por el grado de implementación y por la tecnología utilizada en cada sistema sanitario.

Hay todavía poca información publicada sobre los beneficios de la tecnología aplicada a la RE. Habría que profundizar más en la evaluación de la implementación y en los beneficios atribuidos al modelo de la RE con diseños metodológicamente sólidos para efectuar la evaluación de los resultados.

Esta constatación también es extrapolable a los sistemas de eSalut en general.⁷ A pesar de ello, hay que mencionar aspectos positivos relacionados con la percepción de la RE por parte de los usuarios al entender que los objetivos de su implantación son solucionar problemas prácticos asistenciales y dar soporte informativo a las interacciones medicamentosas o la prevención de los errores en la prescripción.⁸

⁶ Motulsky A, Lamothe L, Sicotte C. Impacts of second-generation electronic prescriptions on the medication management process in primary care: en systematic review. *Int J Med Inform* 2013; 82:473-91.

⁷ Black AD, Caro J, Pagliari C et al. The impact of eHealth on the quality and safety of health care: en systematic overview. *PLoS Med* 2011; 8:e10000387.

⁸ Gagnon MP, Nsangou ER, Payne-Gagnon S, Sicotte C. Barriers and facilitators to implementing electronic prescription: a systematic review of user groups' perceptions. *J AM Med Inform Assoc* 2013; Oct 15 (e pub ahead of print).

Diversas encuestas realizadas a los usuarios de la RE dentro del Plan de Encuestas (PLAENSA), año 2010 y 2013, asignan a la RE en Cataluña una nota muy alta desde el punto de vista de satisfacción del paciente (8 puntos sobre 10).

Una consideración relevante de esta revisión es la constatación de que un factor que supone una barrera o inconveniente en un momento determinado (por ejemplo, la visualización de la prescripción de un médico por parte de otros profesionales) puede llegar a ser una ventaja en otra ocasión. Se deduce, pues, que, aunque la tecnología sea de calidad y funcione de forma eficiente, la valoración de ciertos factores asociados con estos procesos son muy dependientes del contexto sanitario y del momento de implantación.

Como comentario final y aunque la evidencia no es clara porque se basa en estudios observacionales y a menudo retrospectivos, hay que mencionar que uno de los factores con mayor potencialidad de mejora es la reducción de los problemas relacionados con la medicación y con el uso inapropiado de ciertos medicamentos en ancianos y polimedcados.⁹ Este factor, junto con la mejora de la monitorización de la adherencia terapéutica y la facilidad para proveer a los profesionales de la información básica para evitar interacciones medicamentosas o errores en la prescripción o en la dispensación, son los aspectos relevantes de la RE. Asimismo, la RE es también un buen instrumento de coordinación entre niveles asistenciales y profesionales sanitarios.

⁹ Clyne B, Bradley MC, Hughes C, Fahey T, Lapane KL. Electronic prescribing and other forms of technology to reduce inappropriate medication use and polypharmacy in older people: A review of current evidence. *Clin Geriatr Med* 2012; 28:301-22.

Diagnóstico de situación e identificación de áreas de mejora en la RE

Uno de los principios básicos del Sistema Sanitario Catalán es el de la necesaria coordinación entre diferentes niveles asistenciales con el fin de poder ofrecer a la atención sanitaria requerida por el paciente el nivel de resolución más apropiado para su patología, garantizar la continuidad asistencial, el uso racional y eficiente de los recursos por parte de los profesionales y que estos sean los idóneos para prestar la atención que necesita el paciente, tal como establece el Plan de Salud de Cataluña.

Los objetivos e instrumentos planteados por el CatSalut en torno a la coordinación asistencial quedan recogidos en su instrucción 07/2009 de criterios y actuaciones de mejora de la coordinación y continuidad asistencial, accesibilidad y resolución. La RE, una herramienta de salud basada en las nuevas tecnologías, constituye un soporte fundamental para la consecución de estos objetivos, debido a su capacidad para facilitar en tiempo real la conexión entre profesionales de diferentes niveles asistenciales y por la posibilidad de integrar programas que mejoren la seguridad clínica en la prescripción y dispensación farmacéutica.

Como ya se ha avanzado, la implantación de la RE en Cataluña se inició en la atención primaria, donde ya se ha finalizado. Ahora se está implantando en la atención especializada, donde ya está implantada a nivel de hospitales de la red pública y parcialmente en salud mental y socio-sanitaria. Por ello, en el Plan de Medicación, que está, como se ha mencionado anteriormente, centrado en el paciente, intervienen profesionales de diferentes ámbitos asistenciales. Además, y dado que en Cataluña existen diversas entidades proveedoras de servicios sanitarios (al conjunto se le denomina SISCAT), con sistemas de información diferentes, la RE se ha desarrollado en un marco de trabajo único para todo el territorio catalán y con una elevada capacidad de interoperabilidad, lo que añade un mayor grado de dificultad al proyecto.

Aunque la dinámica de despliegue de la RE desde el punto de vista tecnológico ha sido única en todo el SISCAT, actualmente se está avanzando en la definición de un modelo conceptual y de funcionamiento para avanzar en la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales. Con este nuevo modelo se pretende solventar algunas de las deficiencias inicialmente existentes, entre las que se destacan las siguientes:

1. La ausencia, en algunos ámbitos, de guías farmacológicas y de práctica clínica compartida para los diferentes niveles asistenciales plantea problemas de coordinación y de la denominada «prescripción inducida» por los médicos de atención especializada, que influye en los resultados del análisis cualitativo y cuantitativo global de la prescripción farmacéutica. Hay que mencionar que el programa de armonización de fármacos en atención primaria y especializada desarrollado en Cataluña¹⁰ y la participación en la confección de Informes de Posicionamiento Terapéutico del MSSSI pueden ser el primer paso para controlar los efectos de este problema.
2. La falta de Indicadores de Calidad de Prescripción Farmacéutica comunes para los diferentes ámbitos asistenciales, lo cual implica que el procedimiento de evaluación de resultados no es comparable. Un problema añadido es que el foco de atención depositado en la calidad asistencial no es el mismo en todos los ámbitos asistenciales ni existen modelos de incentivación comunes entre niveles.
3. El déficit de sistemas de información clínica compartida que permitan que los profesionales de los diferentes ámbitos y entidades puedan tener acceso a la información clínica del paciente. La Historia Clínica Compartida de Cataluña (HC3) no está desplegada de forma similar en todas las entidades ni todas las entidades sanitarias incorporan la misma información.
4. Falta definir una solución para la problemática que tiene lugar con frecuencia en los pacientes crónicos cuando estos tienen que ser atendidos por médicos de diferentes niveles asistenciales. Debería definirse quién es el médico responsable de la coordinación del Plan de Medicación para que esta situación no conllevara un aumento de la prescripción y los consiguientes problemas de seguridad y efectividad derivados de ella y debería afrontarse también la posibilidad de discrepancia en el criterio clínico entre profesionales, así como la significativa variabilidad detectada en la duración de la prescripción entre los médicos especialistas de diferentes territorios y entidades (entre 1 y 3 meses o más). Esta problemática se da también en el resto de las CCAA. La normativa vigente contempla que la duración del tratamiento se adecuará al plan terapéutico establecido, que en el caso de la prescripción electrónica no podrá superar el plazo máximo de un año (RD 1718/2010, de 15 de diciembre) y que periódicamente se llevará a cabo una revisión del tratamiento prescrito a pacientes cró-

¹⁰ Instrucción 14/2012 sobre programa de armonización de medicamentos en atención primaria y comunitaria del CatSalut <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.6c4bc79d438cb6ec3bfd8a10b0c0e1a0/?vgnextoid=12bfe280989fd310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextchannel=12bfe280989fd310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD>

nicos. Sin perjuicio de otros plazos que se puedan establecer por necesidades de seguimiento o de control y que requieran revisiones específicas, en ningún caso el plazo para revisar la medicación podrá ser superior a un año. Esta revisión mínima anual del tratamiento se realizará durante la visita médica del paciente (instrucción CatSalut 04/2012 de requerimientos y criterios comunes mínimos para la prescripción, revisión y renovación de tratamientos crónicos mediante receta) y deberá estar debidamente justificada.

5. Variabilidad en el modelo de prescripción en los centros de salud mental. En algunas regiones sanitarias, la prescripción se realiza en los propios centros de salud mental, mientras que en otras regiones estos centros solo hacen la primera receta y las siguientes son asumidas por atención primaria. Esta divergencia de modelo tiene repercusiones sobre el seguimiento asistencial del paciente y las políticas estratégicas y contractuales. Este problema se reproduce en otras CCAA.
6. Problemas de comunicación entre niveles. En la práctica hay poca discusión clínica sobre criterios de diagnóstico y tratamiento de patologías susceptibles de ser tratadas en los dos ámbitos asistenciales. Un problema añadido es la dificultad para asumir el papel de consultor por parte del médico especialista; otro problema complementario es la ausencia de voluntad para asumir el papel de médico responsable por parte del médico de atención primaria en determinadas situaciones clínicas del enfermo.
7. Déficit en la utilización de los sistemas de mensajería entre profesionales. Los sistemas de mensajería entre la farmacia comunitaria y el médico de atención primaria y entre la atención especializada y la primaria están siendo actualmente ajustados para dar respuesta a las necesidades observadas.
8. Avances en la incorporación de herramientas para una prescripción segura. El sistema Rec@t no ha podido disponer hasta ahora de suficientes herramientas para prevenir problemas relacionados con los medicamentos y mejorar la seguridad clínica de la prescripción, aunque hay que mencionar que en la actualidad se está trabajando en esta dirección. Aunque en el entorno de algunos proveedores sanitarios como el Institut Català de la Salut están muy avanzados en este sentido, hay que señalar como un inconveniente que la administración no obliga al resto de proveedores a disponer de estas herramientas integradas en el módulo de prescripción, función que se está asumiendo ahora desde la RE.
9. No todos los módulos de prescripción electrónica de las diferentes entidades proveedoras disponen de herramientas electrónicas de soporte a la práctica clínica a los profesionales sanitarios.

10. Falta de integración de la Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria (MHDA) en el Plan de Medicación del paciente. Tampoco se pueden prescribir hasta el momento presente mediante la RE fórmulas magistrales y está prevista a medio plazo la interoperabilidad entre CCAA para enfermos desplazados.

Como ya se ha mencionado, gran parte de la problemática detallada en este apartado están presentes en todo el Sistema Nacional de Salud, independientemente de la comunidad autónoma a la que nos refiramos.

Marco conceptual que facilita la coordinación entre niveles asistenciales mediante la RE

Las recomendaciones que se exponen más adelante se han elaborado de acuerdo con un marco conceptual previamente establecido, cuyos principales rasgos se exponen a continuación.

La instrucción CatSalut 04/2012 de requerimientos y criterios comunes mínimos para la prescripción, revisión y renovación de tratamientos crónicos mediante receta establece que en el caso de los pacientes crónicos se revisará el Plan de Medicación una vez al año, como mínimo. La RE, al ser accesible para todos los profesionales implicados en el plan terapéutico del paciente, es un instrumento idóneo para que estos procesos de revisión de la medicación puedan ser efectuados fácilmente. Esta revisión tiene que tener trazabilidad y debe estar debidamente justificada. Hay que definir, por tanto, quién es el médico responsable de esta revisión, cuestión no descrita en la mencionada instrucción.

Para clarificar los aspectos clave de la implantación de la RE hay que aclarar una serie de conceptos básicos relacionados con la coordinación entre niveles asistenciales que, según lo establecido en la instrucción 7/2009, pueden interpretarse de forma ambigua. Se trata de los conceptos «derivación e interconsulta» y el de «trazabilidad».

Con relación a «derivación e interconsulta», es necesario introducir un aspecto clave, que es aclarar la relación entre el médico de atención primaria y los de otros niveles asistenciales, según el tipo de consulta realizada por el médico de atención primaria a los facultativos de los hospitales o de otros niveles asistenciales. En este sentido, se plantea tipificar el motivo de la consulta en interconsulta o derivación con el objetivo de identificar al facultativo responsable del paciente en cada momento. Se entiende por «interconsulta» un intercambio de juicio clínico diagnóstico y/o terapéutico entre profesionales, cuyas actuaciones derivadas tendrían que estar atribuidas al facultativo que ha solicitado la consulta. Se entiende por «derivación» la delegación y aceptación de la responsabilidad clínica del enfermo a otro profesional por un periodo de tiempo variable según la misma patología y porque debido al tipo de patología lo considera conveniente. En este último caso, tanto las pruebas diagnósticas como terapéuticas realizadas a partir de la derivación tendrán que estar atribuidas al facultativo que atiende al paciente. La interconsulta implica que el especialista recomienda pero no prescribe (más allá

de la prescripción inmediata), mientras que la derivación implica asumir las prescripciones. Esta distinción es muy relevante para delimitar las responsabilidades clínicas de cada médico que interviene en el proceso asistencial del enfermo y su responsabilidad en el Plan de Medicación. Cada modificación del Plan de Medicación tendrá que ser argumentada y aceptada por el médico responsable del enfermo, que es quien deberá emitir la RE correspondiente.

Con relación a la denominada «trazabilidad» de cada uno de los cambios efectuados en el contexto de la prescripción electrónica, es imprescindible que esté garantizada, de forma que quede constancia de quién hace la prescripción en el Plan de Medicación o quien lo modifica, si se da el caso. Esta trazabilidad exige argumentar las razones del cambio y, muy especialmente, cuando no siguen las guías de práctica clínica.

Finalmente, es importante remarcar que el Plan de Salud de Cataluña y las diferentes instrucciones del propio CatSalut establecen de manera clara el papel central en la coordinación asistencial del paciente a la atención primaria de la salud. Por lo tanto, con criterio general se entiende que el médico responsable del paciente es su médico de atención primaria. Sin embargo, puede haber excepciones a este criterio como consecuencia de las necesidades derivadas de la patología que sufra el enfermo, como pueden ser los casos de enfermos de cáncer, sida, fertilización in vitro trastornos de salud mental graves, de identidad y/o de género, pacientes sometidos a un trasplante de órgano y todos aquellos la gravedad de la enfermedad de los cuales requiera la atención especializada de forma continuada. En todos estos casos, el médico de atención primaria tendrá que estar permanentemente informado mediante la historia clínica compartida y los informes médicos que sean necesarios, así como por los canales adecuados de información y mensajería entre profesionales. Este punto es especialmente relevante porque muchos de estos enfermos pueden requerir medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria que, como se ha comentado anteriormente, no queda recogida en el plan terapéutico del paciente.

Modelo de funcionamiento de la RE para potenciar la coordinación entre niveles asistenciales

Una vez revisados los aspectos clave del marco conceptual que fije la relación entre los diferentes niveles asistenciales, la mejora del modelo de la RE requiere una serie de premisas relacionadas con la introducción de algunas modificaciones en el propio modelo sanitario y el seguimiento del paciente según el modelo asistencial.

Como se ha comentado, el despliegue de la RE está muy avanzado en todos los niveles asistenciales y hay que complementarlo con otras medidas orientadas a aumentar la coordinación asistencial, la calidad de la prescripción y la seguridad clínica.

Las medidas que se proponen a continuación pretenden dar respuesta a los problemas mencionados en el apartado de diagnóstico de la situación del documento:

1. Hay que definir claramente las responsabilidades médicas en el marco de la necesaria coordinación asistencial. El médico de atención primaria es el responsable de coordinar la atención médica de los enfermos que tiene asignados. Eso implica que es el responsable de conciliar la medicación del paciente en caso de cambio de nivel asistencial, de comunicar y entregar al paciente el nuevo plan terapéutico fruto de la conciliación,^{11,12} así como de revisar y prescribir las terapias farmacológicas del paciente con la periodicidad que la evolución clínica del enfermo lo requiera.¹³ Se recomienda hacer la revisión de la medicación como mínimo una vez al año. Por lo tanto, es el médico de atención primaria quien integrará la

¹¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS, 27 junio 2012.

¹² Ester Amado (coordinadora). Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: Información en el paciente, conciliación, revisión y adherencia. Barcelona: Sociedad Española Farmacia Atención Primaria; 2012.

¹³ PPAC 2012. Manejo de la medicación en el paciente crónico: conciliación, revisión, desprescripción y adherencia. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematic/Linies%20dactuacio/Model_assistencial/Atencio_al_malalt_cronic/documents/arxi-us/2_6_us_racional_de_farmac.pdf

prescripción (con las excepciones necesarias mencionadas en el punto siguiente) y quien tendrá acceso continuado a la historia clínica compartida, y recibirá la información, en tiempo real, de cualquier cambio en el Plan de Medicación efectuado en otro nivel asistencial.

2. Hay excepciones al punto anterior, como pueden ser enfermos que, por su situación clínica, su patología (enfermedades de baja frecuencia y/o elevada complejidad) o por las perspectivas de su evolución, deben estar bajo responsabilidad continuada del médico especialista hospitalario. También hay enfermedades que comportan una medicación por cuyas características, vía de administración, margen terapéutico, efectos adversos y clasificación como Medicación Hospitalaria de Dispensación Ambulatoria (MHDA) o Especial Control Médico obligan a que el paciente sea visitado en la atención especializada durante un periodo de tiempo largo y continuado. En esta categoría hay que citar enfermedades como el cáncer, el sida, pacientes con fertilización in vitro, tratamiento de la hormona del crecimiento, trastorno de identidad de género, enfermedades raras y de salud mental. Los principales grupos medicamentosos implantados se especifican en el anexo.
3. Cuando el enfermo requiera una consulta al especialista (interconsulta), será el médico de atención primaria quien la solicitará o descartará bajo su criterio clínico y su responsabilidad, decisión que deberá estar debidamente fundamentada. En este caso, la responsabilidad continuará siendo del médico de atención primaria y será fundamental que los motivos de cualquier cambio queden registrados en la historia clínica electrónica.
4. Cuando el enfermo requiera ingreso hospitalario o visita a urgencias, las prescripciones de los especialistas serán bajo su única responsabilidad. Cuando el paciente sea dado de alta, tendrá que recibir medicación suficiente para un periodo de tiempo idóneo y el Plan de Medicación deberá tener una validez máxima de un mes hasta que sea nuevamente revisado y conciliado por el médico de atención primaria.
5. Un tema pendiente de resolver es qué médico debe asumir la prescripción farmacológica de los pacientes afectados de múltiples patologías tratadas en diferentes niveles asistenciales de forma continuada durante un periodo largo de tiempo (por ejemplo, una mujer con cáncer de mama, hipertensión y diabetes tipo II). Sería lógico que la medicación de esta paciente fuera asumida por el especialista hospitalario de acuerdo con el médico de familia con el fin de evitar duplicidades o visitas innecesarias o de puro trámite administrativo. El

criterio general tendría que ser que la prescripción la realizara el médico responsable del paciente en el nivel asistencial en el que fuera atendido de forma continuada, según el modelo asistencial.

6. Promover la formación en el «papel de consultor» por parte de los profesionales potencialmente afectados en este proceso asistencial, sobre todo los especialistas ambulatorios y hospitalarios, así como en el «papel de médico responsable».
7. La evidencia científica establecida en las guías de práctica clínica y en las guías farmacoterapéuticas, así como el conocimiento en el ámbito de la seguridad en el uso de los medicamentos, debería estar integrada en forma de herramientas de soporte digital en los módulos de prescripción electrónica. Las herramientas tendrían que ser interoperables para ser integradas en las historias clínicas electrónicas de todo el SNS.
8. Los criterios de evaluación de la calidad y seguridad de la prescripción farmacológica deberían ser compartidos por todos los niveles asistenciales.
9. El sistema de incentivos de los médicos de atención especializada, tanto cuando asumen la función de médico responsable del paciente como la función de médico consultor y de los médicos de consultas externas hospitalarias, tiene que estar sometido a los mismos criterios.
10. El sistema de pago tiene que promover esta integración de los sistemas de información, la evaluación y gestión compartida del proceso asistencial y la delimitación clara de las responsabilidades clínicas. El modelo con base capítativa o territorial favorece el modelo propuesto en este informe, aunque no es el único factor necesario para su éxito. El liderazgo clínico, su implicación y la claridad de funciones y papeles de los profesionales son muy relevantes en esta integración.

Recomendaciones para la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales mediante la RE

En este apartado y a modo de conclusión, se proponen una serie de recomendaciones para mejorar el modelo de gestión de la RE y contribuir a potenciar su papel instrumental en la coordinación asistencial con el objetivo de consolidar la figura del médico de primaria como responsable de los pacientes que tiene asignados y, en consecuencia, consolidar la mejora del uso racional de los medicamentos y la calidad asistencial.

Este conjunto de medidas tienen la finalidad de consolidar el modelo de la RE desarrollado en Cataluña clarificando el papel de la atención primaria y la atención especializada en la decisión terapéutica y la modificación del Plan de Medicación. La implantación de guías comunes a todo el SISCAT redundará en una mejor información disponible para los médicos en el momento de establecer y/o modificar el Plan de Medicación, así como en una reducción de la probabilidad de errores e interacciones medicamentosas. Finalmente, hay que establecer guías de práctica clínica, sistemas de evaluación de la calidad de la prescripción e incentivos similares entre niveles asistenciales para alcanzar una mejor coordinación asistencial y, en consecuencia, promover una atención más centrada en el paciente.

Todas las propuestas son susceptibles de aplicarse en el conjunto del Sistema Nacional de Salud:

a) Aspectos generales:

1. Establecer guías de práctica clínica y guías fármaco-terapéuticas compartidas entre atención primaria y especializada. Estas guías compartidas deben ser impulsadas por el SNS e integradas en la historia clínica electrónica como sistema de ayuda a la decisión clínica.
2. La evaluación de la calidad de la prescripción farmacéutica debe realizarse de acuerdo con los principios recogidos en las guías de práctica clínica y guías fármaco-terapéuticas compartidas antes mencionadas, y también se tienen que vincular a las mismas los sistemas de incentivos fijados por cada organización sanitaria.

3. Evaluar conjuntamente desde la atención primaria y la atención especializada las novedades farmacológicas de medicamentos de utilización en atención primaria. En este sentido, los programas de armonización de la medicación, el Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos y los Informes de Posicionamiento Terapéutico son instrumentos esenciales. Deberían integrarse los dictámenes de estas evaluaciones en listas electrónicas vinculadas a la historia clínica compartida.
4. Disponer de herramientas integradas en la historia clínica electrónica que contribuyan a prevenir problemas relacionados con los medicamentos en el momento en que el médico realiza la prescripción, así como de herramientas que faciliten la revisión de la medicación a posteriori. Las tablas electrónicas con las que se dotan estas herramientas de soporte a la seguridad clínica tendrían que ser compartidas por todas las entidades y centros del sistema sanitario.
5. Los criterios de evaluación de la calidad e idoneidad de la prescripción de los pacientes con la RE tienen que ser los mismos tanto en atención primaria como en especializada, con las excepciones de los pacientes con MHDA y criterios clínicos que requieran su derivación continuada a atención especializada.
6. El modelo de la RE y los instrumentos que incorpora tienen que ser publicitados y accesibles a los pacientes y profesionales, especialmente aquellos aspectos que hacen referencia a la responsabilidad médica y a las guías de práctica clínica en las que se basan.

b) Aspectos de implantación práctica del modelo de la RE:

1. La medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA) debe estar integrada en el Plan de Medicación y accesible en la historia clínica compartida. También se recomienda incorporar en el Plan de Medicación los tratamientos prescritos por los médicos del sistema sanitario público, aunque no estén financiados por el CatSalut.
2. Los sistemas de gestión de la información y de mensajería entre profesionales y niveles asistenciales deben ser totalmente compatibles y en tiempo real. La información transmitida entre niveles siempre tiene que incluir el Plan de Medicación actualizado y su justificación clínica.
3. Cuando el enfermo haya sido visitado en las consultas externas de un hospital y dado de alta de su proceso para ser seguido en atención primaria, debe recibir un Plan de Medicación actualizado

con una duración máxima de un mes, argumentado a partir de la evidencia científica en general y de las guías de práctica clínica en particular. Durante este periodo, el médico de atención primaria deberá visitar al enfermo y valorar y conciliar el tratamiento incluido en su Plan de Medicación según su criterio clínico en tanto que responsable del enfermo. Todo cambio en el Plan de Medicación tendrá que estar sometido a criterios de trazabilidad y deberá estar clínicamente justificado, así como confirmado por el médico responsable y disponible para todos los niveles asistenciales.

Anexo

Fármacos para procesos oncológicos

- Los principios activos del grupo L01 (citostáticos).
 - ✓ Su prescripción la asumirá la atención especializada. No se tienen en cuenta los productos de administración intravenosa que se administrarán directamente desde el hospital de día.
- Los principios activos del grupo H01CB (somatostatina y sus análogos).
 - ✓ Se utilizan principalmente en tumores neuroendocrinos y gastroenteropancreáticos.
 - ✓ Su prescripción la asumirá la atención especializada.
- Los principios activos del grupo L02 (terapia endocrina) y del grupo H01CA (hormonas liberadoras de las gonadotrofinas).
 - ✓ Se recomienda limitar la prescripción a cargo de la atención especializada a un breve espacio de tiempo y que el seguimiento de la prescripción crónica se realice en el ámbito de la atención primaria.
 - ✓ Con el objetivo de que el médico de atención primaria disponga de toda la información que le permita llevar a cabo el correcto seguimiento del paciente, será necesario un informe clínico detallado o la información correspondiente en formato electrónico del hospital donde consten, principalmente, el diagnóstico y el tratamiento prescrito, la duración, la posología y las pautas de seguimiento de este.

Pacientes con tratamiento hormonal por trastorno de identidad de género

- Estos pacientes serán atendidos únicamente en la unidad especializada de referencia.
- El tratamiento hormonal que requieran lo asumirá la atención especializada.
- Los principios activos utilizados se engloban en los grupos G03BA (andrógenos), G03CA (estrógenos), G03CB (inhibidores de la testosterona), G03HA (antiandrógenos), L02BB (antiandrógenos).

Fármacos para el tratamiento de la acromegalia

- Los principios activos del grupo H01CB (inhibidores de la hormona de crecimiento) y del grupo H01AX (somatropina y análogos).
 - ✓ Su prescripción la asumirá la atención especializada.

Fármacos para trasplantados en tratamiento con inmunosupresores

- La prescripción de los principios activos del grupo L04A (inmunosupresores) la asumirá la atención especializada.
- La prednisona (H02AB07) asociada a estos tratamientos como tratamiento crónico podrá ser prescrita desde la atención especializada.

