

JORNADA DE DEBATE



El impacto de las nuevas tecnologías y la evaluación económica en la prescripción de medicamentos

Organiza:

Medical Economics

Con la colaboración de:



Nuevas tecnologías y sistemas de información en Atención Primaria

Las nuevas tecnologías y los sistemas de información en las consultas de Atención Primaria, así como la implantación de la receta electrónica, suponen un cambio cualitativo en la prescripción farmacéutica y una mejora de su calidad.

Impacto en los precios de referencia: su aportación al uso racional de los medicamentos

IV Pedro Gómez Pajuelo, *subdirector adjunto. Secretaría General del Instituto de Salud Carlos III*

V Jorge Mestre-Fernández, *Office of Health Economics. Londres*

Nuevas pautas de uso de medicamentos: prescripción por principio activo, impacto y tendencias de futuro

VI Antonio Peinado, *subdirector de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud*

VII Nieves Martín Sobrino, *directora técnica de Farmacia. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León*

La incorporación de la evaluación económica en las decisiones de precios y reembolso de medicamentos

X Antoni Gilabert, *gerente de Atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias. Servicio Catalán de Salud*

XI Francesc Puigventós, *Comisión de Farmacia del Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca*

Los nuevos sistemas de información como ayuda en la toma de decisiones en la prescripción de medicamentos

XII María José Piña, *coordinadora de Receta XXI. Servicio Andaluz de Salud*

XIII Ruth Usó, *Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana*

XIV Joan Pou, *subdirector General de Atención Primaria. Ib-salut*

Clausura del acto

XV Carmen Navarro Fernández Rodríguez, *directora general de Gestión Económica y Compras de Productos Farmacéuticos. Madrid*

El impacto de las nuevas tecnologías y la evaluación económica en la prescripción de medicamentos



De izquierda a derecha, Juan Oliva, Manuel García Abad, Federico Plaza y Álvaro Hidalgo.

El impacto de los precios de referencia, que desde su implantación en 1999 se han revisado tres veces; las diferentes estrategias aplicadas al uso de medicamentos a través de la prescripción por principio activo, promovidas por las comunidades autónomas; la Ley de Garantías y la regulación de los precios por medio de los comités de utilidad terapéutica, y los nuevos sistemas de información como ayuda en la toma de decisiones en la prescripción de fármacos, son las cuatro áreas de exposición y debate que tuvieron lugar en la jornada que el pasado 23 de septiembre organizó MEDICAL ECONOMICS, con la colaboración de la Fundación AstraZeneca. Todo ello en un marco cargado de historia y personajes vinculados a la Farmacia, como es el Ateneo de Madrid. El acto, introducido por Manuel García Abad, editor de MEDICAL ECONOMICS, estuvo coordinado y moderado por Álvaro Hidalgo, del Seminario de Investigación en Economía y Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha; Juan Oliva, de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (Fedea); Federico Plaza, director general de la Fundación AstraZeneca, y Joan Serra, responsable de Relaciones Institucionales de AstraZeneca.



PEDRO GÓMEZ PAJUELO

Subdirector adjunto de la Secretaría General del Instituto de Salud Carlos III.

“El sistema de precios de referencia está en situación crítica”

De 1993 a 1999 todos los crecimientos del gasto que ha habido interanualmente, con tasas de crecimiento por debajo del 11 por ciento, se deben a medidas relacionadas directamente con el precio.

La Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios tiene dos objetivos claros: el uso racional y la sostenibilidad del sistema. Respecto a esto último, la norma intenta desarrollar tres puntos básicos: el concepto de financiación selectiva y lo que todo ello conlleva, la modificación del sistema de precios de referencia y la promoción de los medicamentos genéricos.

De 1993 a 1999 todos los crecimientos del gasto que ha habido interanualmente, con tasas de crecimiento por debajo del 11 por ciento, se deben a medidas relacionadas directamente con el precio. En cuanto las medidas eran abortadas con el transcurso del tiempo, las tasas de crecimiento volvían a subir otra vez a trazas del 11 y del 11,5 por ciento. En 1996 el Gobierno limitó la financiación a los medicamentos que se determinasen bioequivalentes. Dos años más tarde, creamos un sistema para ahorrar 700 millones a base de reducir el precio de los medicamentos monofármacos y la incorporación de los genéricos.

La primera información sobre precios de referencia se establece en 1999 con el Decreto 1.035, precios que deben ser siempre superiores a los de los genéricos. Y del 2000 al 2002 se consiguen reducciones de precios de un 15 por ciento, o sea, del orden de 110 millones. Pero la medida no estaba dando los resultados halagüeños que habíamos previsto por-

que no despegaban los genéricos, la participación era relativamente baja y se había producido un efecto de desplazamiento inusitado. Se hace un análisis de la situación y se volvió a regular el sistema de precios de referencia. Ahora los conjuntos se crean en función del principio activo y vía de administración.

Cambios

En el año 2004, con el cambio político, se decide hacer una modificación del sistema con el Decreto 2402/2004. En todas las comunidades autónomas el gasto farmacéutico crece al unísono, pero sigue habiendo una disparidad tremenda entre las que tienen mayor presencia de genéricos y las que tienen menos. Y esto dura hasta la Ley 29/2006 de julio, completada con dos órdenes ministeriales cuyos impactos son: 136 grupos en la primera y 14 en la segunda; 119 principios activos afectados en la primera y 14 en la segunda, y un ahorro cuantificado de 600 millones en la primera y 144 millones en la segunda. Ahora, el sistema está en una situación de sostenibilidad cierta, con tasas por debajo del 7 por ciento.

¿Qué es lo que ha pasado hasta ahora con estos precios de referencia y su impacto sobre el uso racional? En cierta medida, los errores que habíamos ido apreciando se han ido subsanando paulatinamente, y creo que hemos encontrado unos conjuntos más cómodos desde el punto de vista de la Administración. Tam-

bién hemos logrado unos modelos más predecibles y transparentes.

¿Qué es lo que se espera del futuro? Incertidumbre. El sistema de precios de referencia está en una situación crítica, al menos muy sensible, debido a las sentencias judiciales, aún no firmes, sobre la olanzapina, la atorvastatina... Y no hay que olvidar que en unos meses saldrá una orden de precios de referencia con impactos calculados entre 300 y 400 millones de euros, y que puede afectar a 12-15 moléculas entre las que deberían de incorporarse las que están supeditadas a sentencia judicial. ¿Y qué pasará con el desarrollo de la receta electrónica? Una nueva incertidumbre.

¿Hay aspectos negativos? Pues claro. Este precio de referencia que tenemos ahora reduce el gasto a costa de la calidad de la prestación. ¿Influye en algo el principio activo escogido por el prescriptor? Es uno de los problemas que tiene el precio de referencia. Una cosa es que induzcamos a que se prescriba por principio activo, de lo cual soy partidario, y otra es que eso afecte a la elección del médico en la toma de decisiones del principio activo que crea que es más necesario.

Queda por desarrollar una investigación sobre los efectos de los precios de referencia en el uso racional de los medicamentos. Las intervenciones de precio tienen una orientación de contención del gasto con unos efectos casi exclusivamente a corto plazo. ■



“Hay que incentivar a los médicos y a las farmacias”

Un sistema de precios de referencia bien definido parece ser una condición necesaria pero no suficiente para generar competencia en precios y reducir el gasto público en medicamentos.



JORGE MESTRE-FERNÁNDEZ
Office of Health Economics.
Londres.

Los agentes involucrados en el mercado farmacéutico: las empresas, la distribución, las farmacias y los médicos tienen incentivos desiguales a la hora de decidir qué medicamento se prescribe, cuál se dispensa y cuál consume el paciente.

¿Cuál es el objetivo de los sistemas de precios de referencia? Un objetivo implícito es intentar fomentar la competencia en el mercado de medicamentos sin patente incluidos los genéricos, y el objetivo principal, generar ahorros para las arcas públicas una vez que la marca ha perdido la patente.

Se han publicado un par de artículos que nos pueden ayudar a seguir implementando un sistema de precios de referencia óptimo. En uno de ellos, Moreno y Torres (2007) analizan los mercados de medicamentos de marca más grande entre los años 1999 a 2005. Los autores concluyen que el sistema de precios de referencia no ayuda excesivamente a fomentar la competencia de genéricos, que en vez de ayudar a la entrada de nuevos competidores parece que la restringe. Una de las grandes ventajas de los genéricos respecto a los medicamentos de marca es el diferencial de precios y con un sistema de precios de referencia esos diferenciales de precios se equiparan.

Al pagador no le importa demasiado si hay 18.000 productos de genéricos o dos, lo importante es que haya una competencia fuerte en precios y que eso des-

púes genere unos ahorros a las arcas públicas. Pero lo que la literatura económica demuestra, más o menos, es que a mayor número de empresas, mayor competencia en precios. Según estos autores, los sistemas de precios de referencia en España no han generado esa competencia.

Precio de referencia

El segundo artículo, de hace un par de años, es del profesor Jaume Puig, de Barcelona, que analiza el mercado terapéutico de las estatinas. Lo que este autor ha concluido es que las bajadas de precios y la competencia en precios en este mercado en España están asociadas a las decisiones regulatorias arbitrarias del ministerio y, además, demuestra que los precios que están por encima del precio de referencia bajan al precio de referencia, porque, obviamente, si no, se quedan sin cuota de mercado. Pero con los precios por debajo del precio de referencia los productores no tienen incentivos para seguir bajando el precio.

En Francia se introduce un sistema de precios de referencia en 2003, y a finales del año pasado las autoridades sanitarias estaban muy contentas porque el crecimiento del mercado de genéricos había sido bastante mayor de lo esperado. Y lo que hay que tener en cuenta es que no sólo fue por la introducción del sistema de precios de referencia, sino que se llegó a un acuerdo entre la Administración pública con farmacéuticos y con médi-

cos para generar y para fomentar el uso, la prescripción y la dispensación de medicamentos genéricos, incluidos incentivos económicos, y además se realizaron bastantes campañas de promoción para la sociedad en general sobre los medicamentos genéricos.

Un sistema de precios de referencia bien definido parece ser una condición necesaria pero no suficiente para generar competencia en precios y reducir el gasto público en medicamentos. El concepto que tienen en el Reino Unido es el de generar competencia en el mercado sin patente para después esos ahorros reinvertirlos en medicamentos innovadores. Para que eso sea necesario, los laboratorios tienen que tener la posibilidad de competir en precios y debe haber unas diferencias en precios relativamente significativas entre el medicamento de marca y los genéricos, porque si no, no hay espacio para los genéricos, y si no hay espacio para los genéricos el potencial de un ahorro de un sistema de precios de referencia con todo lo que lleva detrás es bastante menor. Y tiene que haber una actualización periódica. Una de las condiciones más importantes que hay que tener en cuenta son los incentivos, tanto en la prescripción como en la dispensación. Si los agentes sanitarios no tienen incentivos para promover el uso de los productos más baratos, siempre sujeto a una cantidad, no se va ni a prescribir ni a dispensar. ■



ANTONIO PEINADO ÁLVAREZ
Subdirector de Farmacia y
Prestaciones del Servicio Andaluz
de Salud.

“En Andalucía ocho de cada diez recetas se prescriben por principio activo”

Se ha comprobado que a medida que la proporción de prescripción por principio activo aumenta, se produce un incremento paralelo en el consumo de genéricos.

Prescribir un medicamento utilizando su denominación común internacional o nombre de principio activo en lugar de su nombre comercial es una buena práctica profesional recomendada por la OMS y que Andalucía comenzó a promover en 2001. Gracias a una estrategia compleja que requirió la participación de los distintos agentes implicados: los profesionales del Servicio de Salud, en especial los facultativos médicos, las oficinas de farmacia y los pacientes, ha dado como resultado que en 2008 casi ocho de cada diez recetas se realice de este modo.

La participación de las farmacias se articuló mediante la firma de un acuerdo entre la Consejería de Salud y el Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos el 6 de junio de 2001, que establecía que cuando un médico prescribiera un medicamento por principio activo, el farmacéutico podía dispensar cualquier presentación que se ajustara a los parámetros de prescripción indicados en la receta. Se hizo una campaña de información dirigida a los profesionales sanitarios, personalizada a cada médico de la organización. Y en colaboración con el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y con todas las asociaciones de consumidores y usuarios de Andalucía, se diseñó y realizó una campaña informativa dirigida a los ciudadanos.

Las herramientas de ayuda a la prescripción fueron clave en toda la estrate-

gia. El módulo de prescripción del aplicativo de historia electrónica de salud se modificó para permitir la prescripción por DCI (Denominación Común Internacional). Y se le dotó de sistemas recordatorios y ayuda para convertir la prescripción inicial en forma de nombre comercial en una prescripción por DCI si el profesional así lo quería. A partir de 2002 en los contratos programa de los hospitales y de AP, así como en los acuerdos de gestión de las unidades de gestión clínica, se incluyeron objetivos sobre prescripción por principio activo. Sin el argumento de los importantes ahorros económicos que el modelo reportaba habría sido imposible movilizar y aunar las voluntades políticas, profesionales y sociales necesarias.

Marcas comerciales

Una de las preocupaciones manifestadas por algunos médicos era el cambio excesivo de marcas comerciales dispensadas que podría producirse en las sucesivas dispensaciones. Un análisis de las dispensaciones realizadas entre junio y diciembre de 2006 puso de manifiesto que más de la mitad de los pacientes reciben siempre la misma presentación del medicamento cuando se les prescribe por principio activo. El análisis se basó en las dispensaciones de tres de las formulaciones de principios activos que han alcanzado más altas tasas de prescripción por DCI: omeprazol, enalapril y simvastatina.

La prescripción por principio activo es voluntaria y hay dos profesionales que intervienen: el médico, que sólo va a cambiar la prescripción cuando ve que su paciente está en condiciones de asumir las explicaciones necesarias y el cambio, y si no, va a seguir produciéndola como siempre, por marca comercial. Y la Oficina de Farmacia, que cuando ve que un paciente no admite o no le iría bien un cambio de una marca a otra, le siguen manteniendo la marca.

En cuanto al impacto económico de esta estrategia es de resaltar que el ahorro estimado en gasto farmacéutico ha sido de 334,3 millones de euros en el tiempo que lleva implantada esta medida. De enero a junio de este año 2008 se han ahorrado más de 23 millones, y calculamos que al final de año serán unos 47 millones. Se ha comprobado que a medida que la proporción de prescripción por principio activo aumenta, se produce un incremento paralelo en el consumo de genéricos.

Esta estrategia es la base para poder lograr avances significativos en la selección óptima de los equivalentes terapéuticos para cada caso y paciente. Por otro lado, sólo a través de la DCI son posibles los sistemas expertos de ayuda a la selección del tratamiento que ya empiezan a incorporar las herramientas de prescripción informatizada y que, sin duda, tendrán un formidable desarrollo en el futuro. ■

“Nos centramos en el mercado para el que existe genérico comercializado”

Las comunidades con más cuota de prescripción por principio activo también son las que tienen una cuota de genéricos más elevada: Andalucía, Cantabria y Castilla y León.



NIEVES MARTÍN SOBRINO

Directora técnica de Farmacia de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

La responsabilidad de la Administración sanitaria en la prestación farmacéutica consiste en el mantenimiento de la calidad de la misma a un coste asumible y sostenible. La prescripción por principio activo ofrece ventajas, tales como la búsqueda e identificación del producto, uso de un lenguaje internacional y común para todos los profesionales, permite un acuerdo de precios menores con los colegios oficiales de farmacéuticos, mantiene la iniciativa de utilización de genéricos, asimila a precios de referencia a un mayor número de medicamentos, se cumplen los objetivos de los planes anuales de gestión y existe una mejora de la eficiencia con una reducción del gasto para el ciudadano y para los gobiernos. Las comunidades con más cuota de prescripción por principio activo también son las que tienen una cuota de genéricos más elevada: Andalucía, Cantabria y Castilla y León.

Ha habido una oposición pública y permanente a todo tipo y a toda actividad relacionada con la prescripción por principio activo. Se plantea el problema de posibles cambios en el producto dispensado a crónicos pero, sin embargo, lo que no se considera en ningún caso es que en algunos ámbitos se está haciendo un cambio continuo de unos genéricos por otros y, teóricamente, eso no tiene ningún problema, pero en la prescripción por principio activo parece que sí plantea problemas.

La Administración lo que pretende es ser más eficiente y gestionar mejor los fondos públicos, dejando hueco para la utilización de la innovación. Sin embargo, creo que en este caso esa oposición frontal está marcada por una estrategia de mercado absolutamente legítima, pero es una estrategia de mercado. El modelo que hemos tenido que implantar no afecta en gran medida al tema de las licencias, porque nos centramos en el mercado para el que existe genérico comercializado. Y, al igual que el resto de comunidades autónomas, hemos montado una base de datos de medicamentos que, a efectos de la prescripción por principio activo, crea las agrupaciones de especialidades que son iguales.

Sistema de prescripción

MEDORA es el sistema integrado de gestión de Atención Primaria y es donde está incorporado el módulo de prescripción. Lo que hace, sobre todo, es facilitar y ayudar, dar herramientas e información al médico, facilitando la prescripción por principio activo y facilitándole el cumplimiento de los objetivos e indicadores de prescripción de los planes anuales de gestión. Apoya el acceso, agilidad y seguimiento de la prescripción de cada paciente, pues tiene sus historias farmacoterapéuticas, y permite también actualizar la información sobre los medicamentos en el mercado. En el acuerdo que firmamos con los colegios de farmacéuticos sola-

mente están los principios activos para los que hay genérico en el mercado, porque teníamos que respaldar la política de genéricos en la que veníamos trabajando desde finales de los 90. Se dispensaba siempre genérico si existía dentro del marco de precios menores, para favorecer el mensaje a los médicos.

El 80 por ciento de los genéricos se prescriben como principio activo, con lo cual sí hemos llegado a ese objetivo que nos habíamos planteado inicialmente. No hay sustitución, sino una elección del producto a dispensar, de la marca, o del genérico a dispensar, y se mantiene el mismo genérico a los pacientes de una forma absolutamente mayoritaria. Nosotros valoramos la diferencia entre el coste de los genéricos cuando se prescriben como tal o cuando se utiliza la marca dentro del grupo para el que hay genérico, y la diferencia en el impacto es 133 millones de euros.

Conclusión: iniciamos una estrategia sobre prestación farmacéutica que actúa sobre los hábitos de prescripción del médico, que son los que se han revelado más eficaces en la mejora de la calidad de la prestación y la contención del crecimiento del gasto, resultados que son visibles a medio y largo plazo pero persisten en el tiempo y se retroalimentan si se incentivan de forma adecuada, alineando los objetivos de los profesionales y de los pacientes con los de las organizaciones sanitarias. ■



Francesc Puigventós y Juan Oliva (sentados) y Carmen González, de la Fundación AstraZeneca y Álvaro Hidalgo.



Abraham Herrera, de Bayer Schering Pharma (izda.) y Luis Truchado (dcha.), de EuroGalenus.



De izda. a dcha., Jorge Mestre, del Office of Health Economics; y Pedro Parque y Manuel Martín, de Chiesi España.



Regina Revilla, de MSD, y Pablo Recio, ex consejero de Sanidad de Andalucía.



De izda. a dcha., Cristina Álvarez y Carmen González, de la Fundación AstraZeneca; Jesús Lozano; director de la Fundación para la Formación de la OMC; y Enrique González, de *Medical Economics*.



Eugeni Sedano, de Esteve, y Nieves Martín Sobrino, de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.



De izda. a dcha., Joan Serra y Federico Plaza, de la Fundación AstraZeneca, con Antonio Peinado, del Servicio Andaluz de Salud.



De izda. a dcha., el senador Jesús Aguirre, Honorio Bando, vicepresidente del Instituto Carlos III y de Idepro; y Mariano Alonso, de Uriach.



De izda. a dcha., Eugeni Sedano, de Esteve; Joan Serra, de AstraZeneca; José Clérigues, de la Consejería de Sanidad Valenciana; Emili Esteve, de Farmaindustria; y Ruth Usó, de la Consejería de Farmacia de la Generalitat Valenciana.



De izda. a dcha., Maribel Ruiz, de Drug Farma; Beatriz López, de 3M; y Beatriz Rodríguez, de *Medical Economics*.



Carmen González con Álvaro Hidalgo, coordinador de la jornada.



De izda. a dcha., Ildefonso García Salsa, del Sistema Andaluz de Salud; José Lendinez, de AstraZeneca; y Felipe López Cano, de Indra.

“Los comités de utilidad terapéutica condicionarán la política de precios y financiación de los medicamentos”

Para Federico Plaza, director general de la Fundación AstraZeneca, la celebración de esta jornada de debate coincide con un doble momento muy singular. Por un lado, la crisis económico-financiera que atraviesa el país, que hace “esencial más que nunca conjugar políticas de estímulo a la investigación, desarrollo e innovación en España con un crecimiento moderado del gasto farmacéutico”. Y, por otro, la aprobación el año pasado de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento, cuyo desarrollo reglamentario se halla incompleto.



Federico Plaza.

En este sentido señaló, en la presentación del acto, que faltan por determinar cuestiones muy importantes respecto de la política farmacéutica. Y a título de ejemplo citó “todo lo relacionado con el papel de las comunidades autónomas desde el punto de vista de los informes de utilidad terapéutica, que van a condicionar las decisiones de la Comisión Interministerial de Precios, en materia de precios y de financiación pública de medicamentos”. Dicho papel corresponde asumirlo a los comités de utilidad terapéutica.

Plaza explicó que lo que se pretende con esta jornada “es hacer una revisión de las diferentes estrategias, de las diferentes medidas que se están adoptando en los últimos tiempos y que reflejan las tendencias del presente y sobre todo de futuro desde el punto de vista del control del gasto farmacéutico, promovidas tanto por la Administración Central como por las comunidades autónomas, y orientadas a promover un uso más racional de los medicamentos”.



ANTONIO GILABERT

Gerente de Atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias del Servicio Catalán de la Salud.

“Es fundamental la corresponsabilización con la industria”

En Cataluña existe, desde 2005, la Comisión de Evaluación Económica e Impacto Presupuestario cuya finalidad es potenciar el perfil farmacoterapéutico de los medicamentos y reforzar el concepto de coste de oportunidad.

Nos encontramos en toda Europa con el mismo problema en cuanto a sostenibilidad: hacer posible sistemas nacionales de salud de cobertura universal con nuevos tratamientos, con medicina individualizada a la vista, pero con diferencias en las políticas de abordaje de la prestación farmacéutica por países, incluso entre comunidades. Voy a centrarme en lo que es el Plan Estratégico de la Prestación Farmacéutica que tenemos en Cataluña para 2007-2010 y en los aspectos ligados a esta evaluación económica que se está desarrollando.

Evaluación económica. En Cataluña tenemos, desde 2005, la Comisión de Evaluación Económica e Impacto Presupuestario cuya finalidad es potenciar el perfil farmacoterapéutico de los medicamentos y reforzar el concepto de coste de oportunidad, tanto en la toma de decisiones como en la gestión de la prestación, y con una voluntad de maximizar el beneficio de los recursos utilizados. Estamos realizando estimaciones de impacto presupuestario para ver cómo y de qué manera financiamos ciertos medicamentos. Sus miembros son personas con amplia experiencia en la economía de la salud pertenecientes al Servicio Catalán de la Salud, la Agencia de Evaluación de Tecnologías e Investigación Médica de Cataluña, la Universidad Pompeu Fabra y otros.

Una parte muy importante de su trabajo es el protocolo de las revisiones sistemáticas de estudios de evaluación eco-

nómica de medicamentos y ver cuál es el procedimiento normalizado. Este procedimiento tiene un protocolo de 13 fases, que van desde la selección, en la que se tiene en cuenta lo que es la prevalencia o incidencia de la patología, la indicación principal, el impacto presupuestario, la variabilidad en la práctica clínica y los costes y las prioridades de la política sanitaria, hasta la difusión del dictamen final. También se prevé la revisión, como mínimo cada dos años, de la nueva evidencia de los medicamentos revisados. Y se ha establecido un período de seis meses para la realización de estas evaluaciones o de estas revisiones sistemáticas.

¿Cuáles son los productos actuales que ha producido esta comisión? Básicamente dos: una revisión sistemática de lo que serían las estatinas y otra de los inhibidores de la bomba de protones. Después, la comisión redacta sus conclusiones: lo que dicen los autores y las recomendaciones de uso en base a esas conclusiones y a la evidencia disponible en el estudio. La finalidad es generar el conocimiento y las herramientas, dar una serie de recomendaciones a los gestores, los médicos, los farmacéuticos, a los que intervienen en el sistema sanitario para poder decidir.

Impacto presupuestario en los tratamientos de alta complejidad. Los tratamientos de alta complejidad básicamente integran lo que son las terapias farmacológicas huérfanas, los medicamentos de terapia avanzada, de terapia génica, ti-

sular, incluyendo algunos últimos en la terapia del cáncer, etcétera. Este programa consta de tres niveles: evaluación de criterios de uso y de resultados; autorización individual de estos casos o seguimiento grupal y comprobar si los resultados se adecúan a las expectativas; y ver cómo lo financiamos y proponer estrategias de corresponsabilización, nuevos marcos de actuación, diálogo con los agentes implicados.

Corresponsabilización con la industria farmacéutica. Esto es fundamental. En este negocio al final estamos todos y, por lo tanto, habrá que buscar el equilibrio. Éstas serían, pues no es una realidad en este momento, las características de los acuerdos de colaboración en las políticas de corresponsabilización. Los acuerdos de corresponsabilización tienen dos características: las compensaciones, ya sea en función de presupuesto por producto o terapia, y el establecimiento de un presupuesto por paciente de uso en población diana. Hay algunas experiencias en Europa y estamos siguiéndolas.

Y un aspecto que tiene que ver con la evaluación económica es el tema del *bench marking* en indicadores de coste, pero siempre estandarizados por edad y sexo. Nosotros lo que hacemos es una difusión de este *bench marking* a todos nuestros proveedores, a todos los gestores que tienen responsabilidad y decisión sobre los presupuestos públicos en materia de medicamentos. ■



“Hay que discernir entre la equivalencia terapéutica y la mayor eficacia”

En el Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca tenemos un programa de guías y protocolos terapéuticos para elegir el medicamento mejor y más eficiente en caso de equivalencias terapéuticas.



FRANCESC PUIGVENTÓS

Comisión de Farmacia del Hospital de Son Dureta y Grupo Génesis.

En el Hospital Son Dureta y en la mayor parte de los hospitales de nuestro país, se dispone de Guías Farmacoterapéuticas que incluyen los medicamentos aprobados para cubrir las necesidades del centro. Hay un proceso de evaluación y selección de los medicamentos que se lleva cabo en el seno de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica, en las que participan diferentes expertos y especialistas, así como representantes de la dirección del hospital.

Para facilitar que el paciente reciba el mejor medicamento según las evidencias y las guías terapéuticas, en los hospitales también se han desarrollado en los últimos años los llamados Programas y Guías para el Intercambio Terapéutico. En los ellos se dan indicaciones para que se elija el medicamento más adecuado incluido en el hospital. En el caso de que dos medicamentos sean equivalentes terapéuticos en eficacia y seguridad, se recomienda prescribir el más eficiente, desde el punto de vista del hospital y del sistema de salud. En los hospitales se dispone, así mismo, de guías clínicas y protocolos terapéuticos enfocados a la patología. Este tipo guías están muy cerca de la prescripción y de los sistemas y aplicaciones de ayuda a la toma de decisiones, prescripción electrónica, etc., que cada vez van a tener más influencia e impacto.

El proceso de evaluación de un nuevo fármaco en el hospital, se inicia con una solicitud. El modelo de solicitud está

pensado para que lo realice el facultativo del hospital que piensa que este medicamento debe incorporarse. A continuación, se redacta un informe técnico de evaluación para valorar de forma sistemática las evidencias sobre beneficio y riesgo y los aspectos de eficiencia. Después de su estudio, la Comisión de Farmacia Terapéutica toma la decisión, según la cual el medicamento puede ser aprobado e incorporado la Guía Farmacoterapéutica del hospital o ser rechazado. También puede ser declarado equivalente terapéutico. En muchas ocasiones se establecen indicaciones y condiciones de uso.

Protocolos clínicos

Una vez decidido que el medicamento se incorpora al hospital, hay que determinar en qué tipo de pacientes presenta ventajas y si se incluye en un protocolo clínico. Hemos desarrollado unas líneas metodológicas para determinar cómo hay que posicionar el fármaco en el esquema terapéutico, en base a los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y coste.

En el hospital, los medicamentos que son equivalentes terapéuticos reciben la denominación de medicamentos homólogos. Salen a concurso público o bien se someten a una negociación de adquisiciones, lo que facilita su gestión y adquisición con competencia de precios, que así se orientan según el mayor o menor valor terapéutico aportado por el me-

dicamento. Es necesario que en los hospitales se realicen estudios económicos de coste de eficacia incremental, empleando para ello los datos iniciales sobre eficacia del fármaco para la indicación estudiada. Simplemente, sabiendo el coste del tratamiento de referencia respecto con el que se compara y cuántos pacientes hay que tratar para una unidad adicional de eficacia, podemos hacer una estimación del coste de eficacia incremental. Asimismo, el impacto económico y los resultados en salud esperables en el ámbito del hospital son información relevante. Por otro lado, cada vez vamos recibiendo más información sobre estudios de coste-utilidad elaborados por organismos independientes y más referencias que nos aportan información adicional de interés.

A nivel de los hospitales, en 2005 y dentro de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria se creó el Grupo Génesis (Grupo de Evaluación de Novedades. Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos). Este grupo colabora de forma horizontal con diferentes hospitales. Se ha desarrollado un modelo metodológico para la evaluación de los nuevos medicamentos y de una forma transparente, los informes de evaluación se publican en la página web del grupo, para obtener un intercambio de información que facilita mucho que se pueda acelerar el proceso de redacción de los informes. ■



MARÍA JOSÉ PIÑA

Coordinadora de Receta XXI del Servicio de Asistencia Farmacéutica del Servicio Andaluz de Salud.

“Con Receta XXI hemos mejorado la comunicación y conseguido calidad”

Un 93 por ciento de la población de Andalucía dispone de Diraya en Atención Primaria y se ha implantado ya en todas las consultas externas y servicios de la urgencias de los hospitales.

El punto de partida más importante fue la creación de Diraya, un proyecto, un sistema, creo que único en el mundo. Permite integrar la historia del ciudadano en una historia única que es compartida por todos los profesionales del Servicio Andaluz de Salud. Cada paciente de Andalucía, vaya al centro de salud que vaya, vaya al hospital que vaya, su historia es única. Eso es fundamental. Diraya significa conocimiento y lo que intenta es que se comparta ese conocimiento por parte de todos los profesionales. La historia es para uso de todos los profesionales que la requieran para atender a ese paciente, y de ella se beneficia la receta electrónica, que en Andalucía es Receta XXI, posible gracias a Diraya. En ella está toda la información del paciente y permite incorporarle todos los sistemas de ayuda a la prescripción que actualmente tenemos y los que estamos desarrollando.

Sin una historia única difícilmente podemos tener sistemas de ayuda a la prescripción. No a muy largo plazo incluso el ciudadano desde su domicilio podrá ver vía *web* sus prescripciones, sus dispensaciones y su historia de salud. Un 93 por ciento de la población de Andalucía dispone de Diraya en Atención Primaria y se ha implantado ya en todas las consultas externas y servicios de urgencias de los hospitales, y se está pensando utilizar en los hospitales. Las farmacias están casi al 98 por ciento.

Iniciamos Receta XXI en Andalucía con un convenio en 2002 entre el Servicio Andaluz de Salud y el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Y el éxito de Diraya y de Receta XXI en particular, se debe a que está hecho por y para los profesionales. El pilotaje para la AP se inició en Torreblanca, un barrio aislado de Sevilla en 2003, y en diciembre de 2007 lo iniciamos para la especializada en Pozoblanco. Los datos nos demuestran que es eficiente. El 45 por ciento de las dispensaciones en toda Andalucía ya son por Receta XXI, que se usa mucho más en pacientes con medicamentos crónicos. Hay zonas básicas que ya utilizan la Receta XXI (más del 80 por ciento) y centros de salud que tienen el 100 por cien.

Diraya

La prescripción electrónica y los sistemas de ayuda a la prescripción son posibles gracias a Diraya; nos van a permitir un uso más racional del medicamento porque le podemos incorporar tantas ayudas como necesitemos, que van a garantizar la seguridad del paciente. La mayoría de los errores de medicación producen ingresos en las urgencias de los hospitales.

Con todo ello conseguimos la calidad. Si mejoramos las tecnologías al servicio de la prescripción es para que hagamos prescripciones más racionales, más seguras para el paciente. ¿Qué mejoramos también con el sistema de pres-

cripción electrónica? Hemos mejorado la comunicación y la comunicación mejora la prescripción. El paciente también se ve beneficiado, porque se le comunica toda su información, tanto del médico como del farmacéutico, y la comunicación entre los tres sentidos aumenta la calidad de la prescripción. Las farmacias pueden ver cuándo el paciente ha retirado el medicamento y cuándo puede volver a la consulta del médico. El farmacéutico ve incluso la última marca que le dispensó al paciente, con lo cual puede continuar con la misma marca. Como resultado de esta comunicación y con el papel de los farmacéuticos hemos tenido ya datos: en 2008, el 0,06 por ciento de las prescripciones se anulan cautelarmente por un farmacéutico y el porcentaje en el que la confirman los médicos es casi del 94 por ciento. Con todo ello estamos garantizando que la prescripción sea algo mucho más compacta, puesto que ponemos todas las medidas a disposición del médico. El trámite del visado también se ha simplificado muchísimo con Receta XXI. Y, por supuesto, las interacciones, que significan un esfuerzo enorme; se están analizando nueve bases de datos.

Denis Prottis, uno de los mejores expertos en sistemas de informática de la salud en el mundo, dijo recientemente que Andalucía estaba entre los tres mejores sistemas del mundo en prescripción electrónica, junto con Dinamarca y Suecia. ■



“No entendemos la historia de prescripción separada de la historia clínica”

La dispensación electrónica arrancó en la Comunidad Valenciana en marzo de 2008 y ya hay 84 oficinas de farmacia cubiertas, con 144.277 habitantes y 600.000 recetas electrónicas.



RUTH USÓ

Dirección General de Salud Pública.
Consejería de Farmacia de la
Generalitat Valenciana.

El desarrollo de gestor de la prestación farmacéutica GAIA se encarga de todo lo que es la integración o la gestión, tanto de la prescripción como dispensación, y está basado en la asistencia sanitaria. Y los proyectos más importantes son la implantación de receta electrónica, la guía farmacoterapéutica interactiva como herramienta y el proyecto de gestión de gasto farmacéutico basado en riesgo clínico. Al proyecto Abucasis nosotros también lo consideramos un proyecto único. Compone la historia clínica única ambulatoria y llegamos a la consulta especializada, a la externa de hospital y a la hospitalaria.

Hay que identificar al personal sanitario con una tarjeta. La Generalitat Valenciana tiene firma electrónica, que reconoce el puesto donde estamos, los perfiles y el nivel de actuación. En el Sistema de Información Poblacional (SIP) tenemos nuestro DNI sanitario, y ya lee las tarjetas sanitarias de cualquier otra comunidad, de manera que cualquier persona de otra comunidad que sea atendida en la nuestra ya tiene su historia clínica aquí. Toda actuación sobre la historia del paciente en cualquier ámbito y en cualquier centro al final va a estar recogida en un sistema centralizado con una gestión directa, incluida la inspección médica. El profesional sanitario puede realizar una propuesta de interconsulta, que significa que un médico de Prima-

ria puede enviar una consulta al especialista, éste le devuelve la contestación y en función de ello dirige al paciente al especialista o no.

No entendemos la historia de prescripción separada de la historia clínica. Y no visamos recetas, sino tratamientos. Para nosotros es muy importante el diagnóstico. Hemos hecho una relación con códigos diagnósticos y se han realizado 1.743.471 correlaciones para que cuando el médico prescribe y pone un diagnóstico de una amigdalitis y le da al paciente una simvastatina, le salga una alerta que le diga que la indicación terapéutica del medicamento no tiene relación con el diagnóstico. El médico puede libremente seguir con ella o no, pero ya estamos poniendo mejoras de calidad que surgen del análisis de los datos.

Guía 'on line'

Un nuevo módulo es la guía farmacoterapéutica interactiva. Lo que desarrollamos son módulos interactivos que permitan que la guía sea una asistencia *on line* para el profesional. El médico puede prescribir de la misma manera que lo estaba haciendo hasta ahora, pero intentamos hacérselo fácil. Tiene total libertad de prescripción. Lo que se ha creado es una herramienta que permite incluir cualquier guía o protocolo. Con la dispensación electrónica arrancamos en marzo pasado y ya hay 84 oficinas de farmacia cubiertas, con

144.277 habitantes y 600.000 recetas electrónicas.

La Agencia Valenciana de Salud divide a nuestra comunidad en 22 departamentos. Es un plan estratégico desarrollado en unidades descentralizadas, que tienen máxima autonomía de gestión, con la integración de la asistencia en formas alternativas a la gestión directa. Se marca un plan y cada departamento depende de sí mismo.

Se trata un proyecto en el que hemos agrupado a todos los habitantes de la Comunidad Valenciana por su morbilidad y contactos con el sistema y por todos los niveles asistenciales, y se analizan tanto los contactos como la prescripción de medicamentos, cualitativa y cuantitativamente. Lo que pretendemos con este proyecto, que ya tenemos en marcha, es crear para cada paciente y grupo de pacientes un conjunto mínimo de datos poblacional que tomaremos de las distintas fuentes de información. Permite un sistema de ajuste de riesgo clínico en el establecimiento de presupuestos de consumo, que consideramos necesario y básico para la atención, sobre todo de pacientes crónicos, y supone un importante cambio y revolución en lo que son los diseños de indicadores de productividad. Nos va a permitir crear modelos de predicción de gasto farmacéutico, no solamente qué pasa ahora sino predecir qué va a pasar en cinco años. Es decir, tener un arma de decisión a medio y largo plazo. ■

**JOAN POU**

Subdirector general de Atención Primaria del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

“En la prescripción hemos introducido un sistema de incentivos monetarios”

Los incentivos no salen de un ahorro de la gestión de farmacia, sino de una bolsa de incentivos ya predeterminada, incluida en el contrato de gestión con los equipos de Atención Primaria.

Las aplicaciones directamente relacionadas con la prescripción farmacéutica en nuestra comunidad son: aplicaciones de gestión (GAIA), aplicaciones clínicas, la historia clínica de Primaria, la historia de salud y el programa informático, que está en desarrollo desde el año 2002 y aplicaciones de prescripción y dispensación, como la receta electrónica, en fase de implantación. Nosotros no hemos adoptado una historia clínica única informatizada, sino un modelo de historia de salud que lo que hace es ir a buscar, a través de un dispositivo, las distintas historias clínicas que puede tener un paciente en cualquiera de los hospitales y de los centros de Atención Primaria que hay, e importar los datos que una comisión de clínicos ha considerado relevantes para que éstos estén a disposición de todos los profesionales.

El GAIA lo utilizamos fundamentalmente como aplicación de gestión. Tiene varios apartados: apoyo de prescripción, herramienta de gestión—cálculo de indicadores y de incentivos—sistematizada para los profesionales, y una herramienta de información a técnicos, farmacéuticos, directivos y profesionales asistenciales. En 2005 empezó siendo un catálogo corporativo de medicamentos con facturación de recetas, y se inició el cálculo de indicadores cuantitativos y cualitativos del sistema, la presupuestación capitativa y el plan de incentivos global para médicos de Atención Primaria.

En 2006 se incorporó el catálogo de medicamentos con atributos clínicos y administrativos, y en 2007, el catálogo de medicamentos con alertas de farmacovigilancia y el plan de incentivos global de Atención Primaria para médicos, enfermeras y administrativos y la integración en receta electrónica. En 2008 se va a desarrollar una *web* para que los médicos consulten sus indicadores e incentivos. Respecto a la gestión de prescripción farmacéutica, lo primero es la información a los profesionales sobre su propia prescripción, que lo hacemos a través de GAIA; luego están los indicadores de prescripción de calidad y de eficiencia, también a través de GAIA; y las herramientas de gestión a través del contrato de gestión de los seguimientos presupuestarios de equipos de Atención Primaria y del resultado de incentivos.

Alinear intereses

El objetivo de la aplicación de los incentivos es alinear los intereses de los profesionales con los de la organización y motivar hacia la mejora del proceso asistencial globalmente y dentro de él, en este caso, específicamente de la prescripción. Las condiciones para su aplicación en nuestra comunidad autónoma son: la estructura de la organización, la existencia de los contratos de gestión, negociación y sus características y, en AP, una cultura de evaluación de incentivación. Los incentivos no salen de un ahorro de la gestión de far-

macia, sino de una bolsa de incentivos ya predeterminada, incluida en el contrato de gestión con los equipos de AP. Son incentivos integrales, es decir, basados en la valoración del producto global del equipo de AP. Tiene una parte de resultados individuales por médicos y una parte de equipo. Los incentivos son mixtos, monetarios y no monetarios, y existe la posibilidad de convertir los monetarios en no monetarios: días, formación, determinados recursos para el equipo, etcétera. La estructura del sistema de incentivos parte de un incentivo que se multiplica por tres constantes. La primera es seguimiento a la educación presupuestaria del equipo de AP, la segunda sería indicadores de calidad asistenciales, y una tercera que sería de indicadores de prescripción farmacéutica. En 2007, un 88 por ciento de los equipos de AP tuvieron incentivos. Al médico que percibió más incentivos le supuso un 12 por ciento de su retribución anual.

Las perspectivas que tenemos consisten en avanzar en el impulso de la gestión clínica, en los indicadores de educación clínica del tratamiento y en la mejora de la prestación global. Tenemos que dar el paso para aplicar el sistema de incentivos en atención hospitalaria y sociosanitaria y avanzar en la elaboración global de la gestión. A finales de año tendremos la receta electrónica implantada en toda la comunidad, lo que nos aportará nuevos campos en los que desarrollar los incentivos. ■



“El proyecto más importante en el que estamos inmersos es la receta electrónica”

En la Comunidad de Madrid no sólo se quiere pasar de una receta convencional a otra informatizada, sino que sirva para revisar los procedimientos de dispensación y de prescripción para lograr una mejor atención al paciente.



CARMEN NAVARRO

Directora general de Gestión Económica y de Compras de Productos Farmacéuticos de la Comunidad de Madrid.

La Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento, en su artículo 89 establece la posibilidad de que se haga una financiación selectiva y no indiscriminada de los medicamentos, basándose en análisis económicos, en las alternativas que puede haber a la dispensación de determinados medicamentos para determinadas afecciones y en la racionalización del gasto público. Nos encontramos en un momento difícil con una crisis económica mundial y, en consecuencia, también las administraciones ven minorados sus niveles de ingresos. Por eso, mi Dirección General ha unido la gestión económica con lo que es la compra de productos farmacéuticos y sanitarios. Debemos recetar bien, dispensar bien, financiar bien, pero no nos debemos olvidar nunca de que tenemos que hacer la financiación rigurosa y que, por supuesto, es muy importante que midamos las alternativas terapéuticas, que hagamos análisis de coste y eficiencia y evaluemos los medicamentos para tomar las mejores decisiones.

Esto nos ayuda a los gestores, pero creo que también las evaluaciones económicas y el análisis coste-eficacia de los medicamentos es una demanda que cada vez tienen más los clínicos, porque hay determinados medicamentos que a lo mejor tienen la misma eficacia terapéutica que otros, pero con unos precios mucho más caros. Éste es un tema en el que en

los países de nuestro entorno ya están avanzando. Por otra parte, el impacto de las nuevas tecnologías en la prescripción de los medicamentos es una cuestión muy interesante, puesto que estamos en un momento en que tenemos exceso de información que, como no la gestionemos bien y no la ordenemos bien, al final no nos servirá para tomar las decisiones adecuadas, y está claro que los sistemas de información y el avance de las nuevas tecnologías nos llevan a ellos.

Nuevas tecnologías

En la Comunidad de Madrid tenemos el objetivo, muy importante, de avanzar en las nuevas tecnologías y, de hecho, tenemos el 100 por cien de los centros de salud informatizados y un programa para informatizar totalmente nuestros hospitales. Los nuevos hospitales que se pusieron en marcha durante el año pasado y éste ya están totalmente informatizados, y ahora lo que se está haciendo es un programa para informatizar el resto de los hospitales, los que se llaman convencionales. La Comunidad de Madrid informatiza, digitaliza todas las recetas que se dispensan y se facturan al mes, que son más de ocho millones, y capta todos los datos de estas recetas que, además de servirnos para saber cómo se utilizan nuestros medicamentos y para saber el nivel que tenemos de genéricos, de principios activos, cómo dispensamos, cómo recetamos, también sirven a otras cosas muy

importantes en relación con la seguridad de los pacientes y con la mejora de la calidad de los pacientes.

El aspecto más importante en el que estamos inmersos en cuanto a lo que es informatización y sistemas de información de la prescripción y de la dispensación de los medicamentos, es la implantación de la receta electrónica. Queremos no sólo pasar de una receta convencional a una receta informatizada, sino que nos sirva para revisar todos los procedimientos de dispensación y de prescripción de medicamentos para que al final todo ello redunde en una mejor calidad de la atención al paciente, que es el objetivo prioritario que tenemos que tener todos en la Sanidad.

Como cualquier reforma importante, estamos avanzando en ello; no somos de las comunidades que lo tenemos más avanzado, lo tengo que reconocer, hay otras comunidades que tienen más avanzada la receta electrónica, pero en este momento estamos intentando dotarle de un gran impulso para ver si el año que viene ya podemos tener o empezar a implantar la receta electrónica. Lo más importante no es el diseño que hagamos de esta receta ni la implantación que hacemos, sino que nos pongamos absolutamente todos de acuerdo: Administración, médicos y farmacéuticos para que esta reforma al final en lo que redunde sea en una mayor calidad de atención a los pacientes. ■