

MESA REDONDA 1: RETOS Y OPORTUNIDADES DE LA FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ENTORNO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Adaptación de los profesionales sanitarios a las nuevas tecnologías

José Manuel Picas Vidal

Director de Sistemas de Información y TIC, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

Los antecedentes históricos del desarrollo de la informatización de la atención primaria en nuestro país han lastrado, probablemente durante muchos años, el desarrollo de sistemas integrados de información clínica. La necesidad, por parte de los organismos financieros, de disponer de información sobre una parte muy importante del presupuesto sanitario y la posibilidad de incidir en ello impulsaron durante muchos años un determinado modelo de desarrollo funcional que, afortunadamente, ha evolucionado hacia herramientas de soporte a las decisiones clínicas y de garantía de seguridad clínica hacia el paciente.

Tres aspectos emergentes que implicarán un importante cambio en la forma de trabajar de los profesionales sanitarios deben considerarse. En primer lugar, el propio papel del paciente, ciudadano, mucho más informado y capacitado para la comprensión (el concepto de "Health Literacy" tiene su valor aquí) y al mismo tiempo rodeado de un potencial informativo desbordante. El debate iniciado en otros países sobre el rol de la administración/organizaciones científicas en la validación de la información debe de potenciarse; ejemplos como el holandés y el danés deberían servir de referencia base para profundizar.

En segundo lugar, el rol de los profesionales sanitarios, en especial en la adquisición, compartición y aplicación del conocimiento; el aprendizaje del razonamiento clínico y habilidades generan la necesidad de empezar a diseñar un nuevo perfil, probablemente tecnológicamente más avanzado, a medio camino entre distintas aproximaciones formativas estándar actuales; a modo de ejemplo, los radiólogos han evolucionado su perfil hacia la adquisición de conocimientos de física, imagen digital y en habilidades quirúrgicas en la radiología intervencionista; el resto de profesionales sanitarios también tendrá que iniciar su camino hacia un rol más complejo, integrando conocimientos de otras disciplinas, como pueden ser ingeniería y escuelas de negocios. No será una evolución ni rápida

ni fácil, y dependerá de un conjunto de equilibrios que en este caso han de facilitar las nuevas herramientas colaborativas de generación de conocimiento.

El tercer punto a abordar (y no el menor) es la adaptación a la actual situación económica, que no va a permitir muchas alegrías en los próximos años; aquí emerge con fuerza una nueva aproximación, que propone potenciar la integración de servicios asistenciales entre la atención primaria y la atención hospitalaria. La necesidad de cambios estructurales profundos en la organización sanitaria empieza a ser una necesidad inaplazable y para que ello se realice debe modificarse el modelo organizativo, que actualmente responde a un modelo de financiación antítetico con un modelo de integración de servicios. La discusión abierta en Estados Unidos sobre el cambio del modelo de financiación de Medicare y el impulso al desarrollo de las Accountable Care Organizations (ACO) es, a juicio de muchos autores, un impulso definitivo para el rediseño de procesos, también genera un importante impulso a la aplicación de nuevas tecnologías bajo el liderazgo clínico y es una buena aproximación a lo que en el futuro debe considerarse como producto sanitario.

A este nivel, y en el contexto de este congreso, es necesario iniciar la discusión de hacia dónde debe evolucionar el papel del farmacéutico de atención primaria, figura clave para actuar técnicamente, con un rol enriquecedor y crítico al mismo tiempo, en el rediseño de procesos clínicos más eficientes, pero también para facilitar el desarrollo del "interface" del sistema con el paciente/ciudadano.

La voluntad de la ponencia es promocionar la discusión de estos aspectos entre los profesionales farmacéuticos que, al igual que otros profesionales, deben iniciar un proceso adaptativo rápido a un entorno que sufrirá una profunda evolución hacia conceptos como "accountability", transparencia, LEAN, modelos de negocio o soporte tecnológico avanzado.

Sistemas de soporte a la toma de decisiones en la práctica clínica

Eva Comín Bertrán

Médico de Familia, Centro de Salud Pare Claret, Institut Català de la Salut (ICS), Directora del Proyecto de Guías de Práctica Clínica del ICS, Barcelona, España

La introducción de la historia clínica informatizada en atención primaria (AP) ha supuesto un cambio importante en el modo de trabajar de los profesionales sanitarios. Permite acceder, durante el desarrollo de la visita, a múltiples fuentes de información sobre un mismo paciente e introducir elementos que ayuden a los profesionales en la toma de decisiones.

En el año 2000, el Institut Català de la Salut inició, con el Proyecto de Guías de Práctica Clínica (GPC), dirigido a médicos y en-

fermeras, el desarrollo de herramientas de soporte a la práctica clínica, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial a través de recomendaciones basadas en la evidencia científica.

La extensión a todos los profesionales de AP en el año 2005 de la utilización de la estación clínica de trabajo electrónico permitió iniciar el proyecto de informatización de guías y avanzar en el desarrollo de nuevos elementos de soporte en formato electrónico, que permitieran una mayor accesibilidad al contenido de las reco-

mendaciones científicas, la utilización de recordatorios y el *feed-back* de los propios resultados, como elementos clave para mejorar la implementación de las recomendaciones científicas y la calidad asistencial.

El ICS dispone actualmente de un conjunto de sistemas de soporte electrónicos que contemplan el abordaje de las principales patologías crónicas y los problemas agudos de salud más frecuentes y relevantes, junto con otras herramientas diseñadas para mejorar la calidad y seguridad de la prescripción, sustentadas en un sistema de ayuda inteligente que contextualiza las recomendaciones en función de las características individuales de cada persona. El proyecto está integrado por 4 elementos estrechamente relacionados entre sí: Guías de práctica clínica electrónicas, Guía terapéutica (GT), Self-audit y Prefaseg, todos ellos ligados a un módulo de prescripción común en el marco de la prescripción electrónica.

Un elemento clave de todos los proyectos, en el que han participado activamente farmacéuticos y farmacólogos de atención primaria, son las recomendaciones sobre prescripción y los elementos de *feed-back* y seguridad asociados a la misma. Las GPC y GT ayudan al profesional a seleccionar fármacos de primera y segunda elección teniendo en cuenta su eficacia y seguridad, a la vez que incorporan información sobre dosificación, interacciones y contraindicaciones graves, individualizando las recomendaciones en función de las características del paciente. Todas estas herramientas interactúan con la historia clínica informatizada y la prescripción electrónica, permitiendo detectar duplicidades e incorporar ele-

mentos de seguridad a la prescripción propia y a la compartida con otros profesionales.

El hecho de que los programas analicen la historia clínica informatizada del paciente y ofrezcan asesoramiento paralelamente al desarrollo de la actividad asistencial, constituye un elemento facilitador para la implementación de las recomendaciones, al tiempo que posee un efecto formativo.

Actualmente disponemos de resultados de utilización de todos estos elementos de soporte que indican una buena aceptación de los mismos. En su primer año de funcionamiento, la utilización de Self-audit ha implicado la revisión exhaustiva de un elevado número de tratamientos ya instaurados, y la supresión de duplicidades o tratamientos que entrañaban un peligro para el paciente, con un impacto económico importante. La revisión periódica de la prescripción a través de este programa permite al profesional la autoevaluación de su prescripción al tiempo que ayuda a mejorar conocimientos. Para los responsables de farmacia constituye una herramienta esencial para promover la mejora de la prescripción, permite interactuar con los profesionales, aportar soluciones a los problemas detectados y realizar nuevas recomendaciones.

En el futuro se prevé realizar la evaluación de la implementación y percepción de la utilidad por parte de los profesionales de todas estas herramientas, para valorar si su impacto es el esperado y seguir actualizándolas en función de las necesidades detectadas y los resultados obtenidos.

Evaluación clínica de la prescripción: un paso adelante

Encarna Cruz Martos

Farmacéutica, Subdirectora de C. Farmacia y Productos Sanitarios, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

El desarrollo de indicadores de calidad de la prescripción en la Comunidad de Madrid pretende ser un paso importante para fomentar el interés por el análisis de la utilización de medicamentos entre los profesionales sanitarios.

Los indicadores de farmacia deben ser útiles no sólo para los gestores, sino también para los profesionales asistenciales como una herramienta para comparar la práctica habitual con la evidencia científica, detectar posibilidades de mejorar y orientar hacia una prescripción racional.

Los indicadores seleccionados en la Comunidad de Madrid para su seguimiento abarcan tratamientos comunes para condiciones comunes en la práctica diaria, que van desde infecciones respiratorias altas, otitis, asma, EPOC, demencia, dolor, gastroprotección o úlceras cutáneas crónicas hasta indicadores de selección y de eficiencia (EFG, estatinas, sistema renina-angiotensina, IBP, entre otros), pasando por indicadores de seguridad (AINE crónicos en población anciana, benzodiacepinas en población mayor, etc.).

El objetivo del documento elaborado es aportar una batería de indicadores para el análisis de la utilización de los medicamentos en el ámbito de atención primaria de la Comunidad de Madrid, tanto desde una perspectiva clínica como desde la tradicional perspectiva del consumo.

En cada grupo de trabajo se han priorizado las patologías de mayor frecuencia en atención primaria y para ellas se han seleccionado indicadores que intenten dar una visión de cómo se utilizan los medi-

camentos y si esta utilización se ajusta a los estándares de calidad encontrados en la bibliografía.

Las novedades importantes de este documento son las siguientes:

- Recoge una batería de indicadores ligando indicación y prescripción.
- Se propone un estándar en la mayoría de los indicadores, basándose en la bibliografía disponible.
- Recoge un importante conjunto de indicadores en pediatría. Hasta la fecha no se disponía en la Comunidad de indicadores específicos para este grupo de población elaborados por pediatras.
- Se aborda el tema de la utilización de apósitos en úlceras cutáneas crónicas. Para el seguimiento y la evaluación de los indicadores recogidos en este grupo de enfermería se ha diseñado un protocolo específico en la historia clínica, que facilitará el seguimiento de los pacientes con úlceras y posteriormente permitirá realizar un análisis del seguimiento de las recomendaciones.

Los grupos de trabajo se formaron en el mes de junio de 2009 y han finalizado su trabajo en el mes de abril de 2010. La mayor parte del trabajo se ha realizado utilizando los “Espacios de Colaboración” de la Intranet de la Comunidad de Madrid, intentando realizar el menor número de reuniones posibles, y centrándolas en priorización y aprobación de indicadores y sus correspondientes fichas. Ha tra-

jado en los mismos un total de 46 profesionales sanitarios, 24% médicos de familia, 6,5% pediatras, 13% enfermería, 30% farmacéuticos de atención primaria y 24% profesionales de las gerencias (médicos y enfermeras).

De estos indicadores se han priorizado 18 indicadores en los contratos programa de los centros de atención primaria. Son destacables indicadores tales como:

- Adecuación del tratamiento de la CI con estatinas (67,52% mediana de los 258 centros de atención primaria de Madrid).
- Prevención secundaria con antiagregantes en pacientes con cardiopatía isquémica (mediana: 78,32%).

- Antibioterapia adecuada en faringoamigdalitis en pediatría (mediana: 80,19%).
- Seguridad de AINE en mayores de 65 años (mediana: 11,12%).
- Seguridad en el uso de benzodiacepinas de larga duración en mayores de 75 años (mediana: 3,36%).
- Adecuación del tratamiento de pacientes diabéticos con nefropatía (mediana: 66,08%).

La inclusión de indicadores de efectividad ligados con la indicación en los contratos programa de los médicos de atención primaria es un paso adelante para el cambio a incentivos ligados a resultados en los pacientes.

Seguimiento farmacoterapéutico del paciente: qué nos aportan las nuevas herramientas tecnológicas

Nora Izko Gartzia

Farmacéutica de Atención Primaria, Sector Migjorn, Servicio de Salud de Islas Baleares, Islas Baleares, España

Los farmacéuticos de atención primaria (FAP) de Islas Baleares tienen acceso a la historia clínica de atención primaria para llevar a cabo actividades asistenciales. Ateniéndonos a la legislación autonómica, los servicios de farmacia de atención primaria deben garantizar en todo momento la atención farmacéutica y planificación, coordinación y ejecución de programas y actividades dirigidas a fomentar el uso racional del medicamento.

La introducción de la prescripción en receta electrónica facilita a los FAP la revisión de los tratamientos farmacológicos. Entre las ventajas que aporta el programa a los profesionales sanitarios en comparación con sistemas anteriores destacan:

- Muestra la medicación prescrita al paciente ordenada por grupo terapéutico.
- Cada medicamento tiene doble identificación con nombre del principio activo y fantasía.
- La prescripción está ligada a diagnóstico.
- Identificación del médico que ha prescrito el tratamiento.
- La mayoría de presentaciones incluyen la dosis y frecuencia más habitual.
- El programa avisa del riesgo de duplicidad terapéutica.
- Incorpora bases de datos de información de medicamentos e interacciones.
- Se genera una hoja de instrucciones al paciente actualizada.
- Quedan registradas las dispensaciones realizadas (ayuda a comprobar la adherencia).
- Historia farmacoterapéutica compartida por AP/AE.
- El principal motivo de acceso a la historia clínica es la resolución de problemas de receta electrónica. Además, también se accede a revisar tratamientos de un medicamento concreto o un cupo determinado. El FAP en estas ocasiones no modifica las prescripciones, pero tiene la oportunidad de contactar con el médico o insertar una nota al profesional en la propia historia clínica.

Para los médicos de familia, la receta electrónica ha supuesto aprender una nueva herramienta informática y haber tenido

que superar las dificultades propias de la implantación. Sin embargo, las ventajas que aporta el sistema han superado estos inconvenientes, tal y como muestran los porcentajes de utilización de la herramienta (el 37,28% de pacientes de la comunidad autónoma están incluidos en receta electrónica el 31 de mayo de 2010). Esto se ha traducido en el descenso de la frecuenciación de los pacientes al centro (reducción de un 35,8% en consultas de enfermería y de un 22,8% en consultas médicas si comparamos el año 2006 con el 2008). Asimismo, el 90% de los pacientes valoró positivamente el servicio en una encuesta realizada en 2006.

La introducción de la receta electrónica en atención especializada, que finalizará en el curso de 2010, facilita la continuidad asistencial. Sin embargo, hay aspectos que deben reforzarse, como incidir más en la formación en medicamentos en este ámbito para evitar el incremento de prescripciones inducidas totalmente alejadas de las recomendaciones del Servicio de Salud. No hay que olvidar que con este sistema el paciente ya habrá iniciado el tratamiento para cuando acude al médico de familia, quedando este último con menor margen de maniobra.

La actualización y mantenimiento de todo lo referido con la receta electrónica recae en el equipo de farmacia de servicios centrales de la Comunidad, que introduce mejoras en el sistema de prescripción y actualiza los datos del nomenclátor de medicamentos. Además, anualmente, el FAP realiza reuniones en los centros de salud a la que acuden los médicos y farmacéuticos comunitarios, foro en el que se comunican las novedades en el programa y se recopilan incidencias.

Desde el punto de vista de los tratamientos farmacológicos, se han detectado aspectos a mejorar, como la presencia de tratamientos innecesarios, con duraciones excesivas y/o duplicidades. Por ello, consideramos clave la creación de una estación de trabajo para que el farmacéutico de atención primaria interactúe con el médico proponiendo mejoras de tratamiento, resuelva consultas, etc., y al mismo tiempo registre su actividad.

MESA REDONDA 2: EXPERIENCIAS NACIONALES E INTERNACIONALES: UNA VISIÓN PARA COMPARTIR

Las actividades del farmacéutico de atención primaria para adecuar la prescripción en el Servicio Nacional de Salud británico

Janice Steele

Acting Chief Pharmacist, Croydon Primary Care Trust

Introducción

En Reino Unido, los farmacéuticos clínicos se situaban históricamente en el hospital, donde mostraron ejercer una gran influencia sobre el uso de medicamentos. No existía un experto equivalente en atención primaria que asesorase a los médicos sobre su prescripción. Sin embargo, a lo largo de los últimos 15 años, el National Health Service (NHS) ha contratado farmacéuticos para trabajar con los médicos de familia en la mejora de la seguridad y coste-efectividad de sus prescripciones, en línea con el trabajo de los farmacéuticos clínicos en los hospitales. Durante todo este tiempo, la competencia profesional de estos asesores de medicamentos en atención primaria ha aumentado. Con el objeto de aumentar su impacto, ahora estos farmacéuticos centran sus esfuerzos en las siguientes áreas:

Áreas de actividad de un asesor sobre la prescripción de medicamentos

Análisis de datos

Diseño de indicadores de calidad y competencias que pueden servir para identificar los datos extremos y las áreas de mejora. También se está trabajando para establecer una relación entre el gasto en farmacia y resultados clínicos.

Previsión de futuro

Identificación de nuevas presiones comerciales (p. ej., nuevos fármacos a punto de ser comercializados) y trabajar con los clínicos para gestionar esas presiones. También se trabaja con los facultativos para optimizar el ahorro en cuanto sale un nuevo genérico (pérdida de patente). Diseñar el plan anual para priorizar las áreas de actividad.

Trabajo en la interfase

Gestionar la incorporación de nuevos medicamentos al NHS, acordar su lugar en la terapéutica, dónde se prescribirán y cómo se monitorizará su uso (gestión compartida). También se acuerda qué fármacos se incluirán en un formulario conjunto para atención primaria y especializada. Asimismo, mejorar la comunicación entre los hospitales y la atención primaria al consensuar qué información

sobre medicamentos se facilitará a los pacientes al ingreso y al alta hospitalaria.

Comunicación de la información

Los farmacéuticos trabajan en la mejora de la calidad de la información que disponen los prescriptores mediante:

- Boletines informativos (*newsletters*).
- Direcciones de internet.
- Reuniones para fomentar las buenas prácticas clínicas.
- Enlaces con educación médica.
- Software para enviar mensajes al ordenador del prescriptor.
- Programas de incentivación.

Creación y mantenimiento de personal cualificado

- Se necesitan profesionales con formación clínica para mantener la credibilidad.
- Se requieren habilidades de comunicación.
- Se necesita tener conocimiento de la atención primaria (en comparación con el hospital).
- Se necesita dar mensajes de apoyo fundamentados en la evidencia (p. ej., argumentos para el intercambio terapéutico de estatinas).
- Es necesario establecer una relación cercana entre el servicio de información de medicamentos y los clínicos.

El futuro

En 2008, el NHS gastó 11.000 millones de libras esterlinas en medicamentos, lo que supone un 18% del gasto total del NHS. El 70% del gasto en farmacia se realiza en la atención primaria. El NHS da empleo a más de 1.000 farmacéuticos que trabajan en los Trusts de Atención Primaria para contribuir a la contención del gasto. A través de los mecanismos descritos anteriormente, se ha reducido el incremento interanual del gasto farmacéutico en atención primaria desde cifras superiores al 10% hasta valores por debajo del 3%, a pesar del incremento de prescripciones (especialmente en prevención cardiovascular). Además de garantizar un uso coste-efectivo de los medicamentos, también se han desarrollado con éxito algunos proyectos relacionados con la seguridad de los medicamentos. Otras áreas nuevas de actividad incluyen la reducción de ingresos hospitalarios de origen iatrogénico y la disminución del gasto farmacéutico ocasionado por el mal cumplimiento del tratamiento.

Gestión de la información de medicamentos en el Reino Unido

David Erskine

Director, London & South East Medicines Information Service, Reino Unido

Introducción

En el Reino Unido existen unos 220 centros de información de medicamentos ubicados en hospitales. Nosotros colaboramos, a nivel regional, en la consecución de una coherencia en relación a los materiales formativos, a los procedimientos de respuesta a las preguntas recibidas y respecto al acceso a fuentes de información. Los directores regionales se reúnen de forma regular para establecer una política estratégica en áreas como el desarrollo de tecnologías de la información, acceso a los recursos y para evitar la duplicidad de esfuerzos.

Los farmacéuticos informadores sobre medicamentos, principalmente, responden a las preguntas clínicas formuladas por otros profesionales sanitarios (tanto asistenciales como gestores). Cada año se suele responder a unas 250.000 preguntas. También se facilita formación a unos 1.500 farmacéuticos cada año en relación con las habilidades necesarias para identificar, interpretar y comunicar la información sobre medicamentos.

Direcciones de internet

Publicamos todas nuestras políticas, materiales formativos e información de apoyo en nuestra página web (www.ukmi.nhs.uk). Esta página está pensada fundamentalmente para ser utilizada por farmacéuticos que trabajan en centros de información de medicamentos.

Durante los últimos 10 años también hemos creado una página web con gran cantidad de información llamada "National Electronic Library of Medicines" (www.nelm.nhs.uk). Esta página web posibilita que cualquier persona tenga acceso a la información y consejos que elaboramos sobre medicamentos y, en estos momentos, cuenta con más de

12.000 subscriptores (fundamentalmente profesionales sanitarios). Cada año se descargan más de 30 millones de archivos de este sitio.

En la página web presentamos diferentes tipos de información sobre medicamentos y los enlazamos mediante códigos, de modo que, para cada medicamento, el lector pueda encontrar las últimas novedades, guías nacionales, revisiones de alta calidad, información sobre seguridad, cambios en la ficha técnica y consejos. Colaboramos con otros centros de todo el país para recopilar esta información y, cada día, un farmacéutico examina unas 20 fuentes diferentes para identificar nueva información, resumirla, categorizarla y publicarla en la página web. A los usuarios registrados se les envía todos los días un correo electrónico destacando la nueva información en la página web y pueden elegir entre recibir todas las actualizaciones disponibles para ese día o sólo aquellas que son de su interés particular (p. ej., oncología).

Recientemente hemos añadido unos pocos centros sociales a nuestra página web. Por ejemplo, los farmacéuticos que trabajan en prisiones pueden compartir materiales y comunicarse más fácilmente entre ellos a través de la sección de centros sociales de nuestra web. También prestamos apoyo a los hospitales que quieren colgar sus formularios en la web, de modo que los médicos y farmacéuticos locales sepan qué fármacos usan sus especialistas locales.

Finalmente, también se incluye información sobre gestión de medicamentos para que los pacientes no sólo tengan información acerca de los fármacos propiamente dichos, sino también sobre servicios de apoyo para procurar su uso seguro, eficaz y coste-efectivo.

Al centrar nuestros esfuerzos en la publicación proactiva de información en esta página web, creemos que podemos maximizar el impacto del trabajo que hacemos al influenciar a una audiencia más numerosa que si lo hicieramos en una comunicación persona a persona.

Estudios farmacoepidemiológicos en colaboración con BIFAP. Una primera experiencia

Juan Erviti López

Farmacéutico de Atención Primaria, Jefe de Sección de Información y Asesoría del Medicamento, Servicio Navarro de Salud, Navarra, España

La base de datos para investigación farmacoepidemiológica en atención primaria (BIFAP) es un proyecto de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). Cuenta con el apoyo de las CC.AA. y de las principales sociedades científicas implicadas.

Se trata de una base de datos informatizada de registros médicos de atención primaria de salud para la realización de estudios farmacoepidemiológicos. En la actualidad se dispone de información anonimizada de más de 3 millones de pacientes pertenecientes a 1.236 médicos colaboradores (1.029 médicos generales y 207 pediatras) de toda España. BIFAP es la mayor y más detallada fuente de información pública para la realización de estudios farmacoepidemiológicos de España y una de las más importantes de Europa.

En 2008, un equipo de investigadores del Servicio Navarro de Salud (SNS-O) solicitó a BIFAP la posibilidad de realizar un pro-

yecto de investigación con la base. Se trataba de la primera experiencia de colaboración de BIFAP con un equipo independiente. BIFAP aceptó el reto y comenzó a desarrollarse el proyecto.

El equipo del SNS-O estaba formado por 3 farmacéuticos de atención primaria y un médico epidemiólogo. El objetivo del estudio era comprobar la hipótesis de que el uso de bisfosfonatos a largo plazo podría aumentar la incidencia de fracturas de cadera y fracturas atípicas en mujeres mayores de 65 años. El diseño del protocolo lo realizó el equipo independiente y, posteriormente, se discutió con el equipo BIFAP en 2 reuniones presenciales para matizar algunos aspectos del mismo y llegar a un protocolo definitivo. Se planteó la realización de un estudio de casos y controles anidado en la cohorte BIFAP.

Tras una primera fase de pilotaje en una pequeña muestra (100 casos de fractura de cadera), y una vez resueltas dudas y pequeñas discrepancias sobre la definición de “caso”, BIFAP procedió a la extracción de la totalidad de los casos registrados en la base entre 2005 y 2008. Los 3.200 casos, aproximadamente, fueron evaluados por el equipo independiente. Posteriormente, BIFAP reevaluó los casos como criterio de control de calidad.

La validación fue facilitada a los investigadores del equipo independiente mediante la habilitación de un acceso a través de internet a las historias contenidas en BIFAP. Es importante hacer notar que la evaluación fue ciega en 2 aspectos. En primer lugar, en las historias se omitió cualquier referencia a la medicación que tomaban las pacientes. De esta forma se evitó el posible sesgo de que los investigadores considerasen como “caso probable” a los “casos dudosos” o “no casos” por el hecho de que la paciente estuviera en tratamiento con alguna de las medicaciones en estudio. Además, se omitieron los nombres propios, de modo que no se pudiera identificar a los médicos que intervienen en el proceso de cada paciente, a los hospitales o ciudades de residencia de las enfermas. De este modo se imposibilitó que los investigadores llegaran a identificar o seguir la pista de las pacientes.

Una vez finalizada la validación, BIFAP procedió a la extracción de los controles apareados por distintas variables. Posteriormente generaron las variables del estudio y la hoja de datos (*data sheet*). BIFAP entregó la *data sheet* al equipo independiente para realizar el tratamiento estadístico de la información y la interpretación de los resultados.

Como resumen de esta primera experiencia de colaboración, se puede decir que BIFAP es un gran avance en la investigación farmacoepidemiológica en España. Facilita una información de historias clínicas de calidad contrastada, garantiza la calidad del proceso de extracción de la información, supervisa el trabajo del equipo investigador independiente y garantiza el ciego de los investigadores, necesario para que el proyecto tenga calidad suficiente.

Por otro lado, la libertad de planteamiento de las preguntas de investigación que se brinda al equipo independiente hace que se posibilite, en la práctica, que los investigadores del sistema público den respuesta a las lagunas terapéuticas existentes.

Sería deseable que en el SNS surgiera algún equipo más de investigación en farmacoepidemiología que trabajase con BIFAP y que, en un futuro próximo, estableciera colaboraciones con grupos nacionales e internacionales de investigación.

Variabilidad en la prescripción farmacéutica. ¿También la geografía es el destino?

Enrique Bernal-Delgado

Investigador Senior, Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Aragón, España

El problema de investigación

La idea que inspira el título de esta intervención, “Geography is destiny”, fue acuñada por Jack Wennberg al observar que, en dependencia del lugar donde una persona vive (o es atendida), la probabilidad de recibir un tipo de cuidados u otro y tener resultados sanitarios distintos es diferente.

Esta es también la idea que inspira el proyecto Atlas VPM, proyecto de investigación en servicios sanitarios y políticas de salud sustrato de esta ponencia, cuyo objetivo es describir la variabilidad injustificada de la práctica médica, entender los factores que están detrás de la misma y proponer estrategias para mitigarla.

La metodología

Atlas VPM observa la variabilidad desde una perspectiva poblacional, es decir, la variabilidad en las “tasas” de utilización de procedimientos, en hospitalizaciones o en DDD de medicamentos informa de las diferencias en el uso o en el acceso a los servicios sanitarios por el hecho de vivir en un determinado lugar. La relevancia de esta aproximación metodológica radica en su potencial influencia en las políticas de salud en España: las personas están íntimamente ligadas (expuestas) a los servicios sanitarios al estar adscritas administrativamente a ellos en función de su lugar de residencia.

Los resultados

Consecuencia de esta metodología (disponibles en www.atlasvpm.org) hemos aprendido, por ejemplo, que en función del lugar de residencia la probabilidad de recibir artroplastia de cadera o rodilla varía entre 5 y 6 veces; que las tasas de procedimientos de revas-

cularización apenas se correlacionan con la carga de cardiopatía isquémica a nivel poblacional; que pese a que se conoce la primacía de uso del stent en angioplastia o de mastectomía conservadora en cáncer de mama, y aunque se ha aumentado su utilización media, la diferencia entre áreas no disminuye, o que las hospitalizaciones por coma diabético no han disminuido y la variabilidad entre áreas sigue siendo extrema. En el terreno de la prescripción farmacéutica, las diferencias en el uso de psicoestimulantes o fármacos anti-demencia variaron entre 19 y 15 veces, respectivamente. Las diferencias en el resto de psicolépticos y psicoanalépticos oscilaron entre 2 veces en fármacos hipnóticos y 3,5 en antipsicóticos típicos. En fármacos cardiovasculares llamó la atención la variación en las DDD por 1.000 habitantes en los grupos terapéuticos más comunes, oscilando entre un factor de 4 para IECA y un factor de 7 para estatinas. También hemos aprendido que la comunidad autónoma de residencia, por lo tanto, las políticas sanitarias regionales, explican gran parte de la variación encontrada no por efecto de las políticas de precios, sino por la diferente intensidad de prescripción.

Atlas VPM y su trabajo en red

Geography is destiny implica también que el contexto local es esencial para interpretar la variabilidad y proponer respuestas apropiadas a las especificidades locales. No tiene sentido estudiar las variaciones sin que los agentes locales configuren la agenda de investigación, ayuden a interpretar los resultados y faciliten la eventual traslación de los mismos a la práctica. La red incorpora investigadores en servicios y políticas y profesionales de la administración sanitaria de cada autoridad sanitaria participante en el proyecto.

Este mestizaje permite, utilizando un proceso continuo de aprendizaje mutuo, utilizar el método científico para satisfacer las necesidades de información de la política y la gestión de los servicios.

Implicaciones para la política y la gestión sanitaria

Los destinatarios potenciales de los resultados de Atlas VPM son los responsables políticos, las agencias evaluadoras, los gestores sani-

tarios y los responsables de calidad en tanto que ATLAS VPM responde a preguntas como: a) ¿el acceso a un diagnóstico o procedimiento efectivo y seguro depende del lugar donde se vive?; b) el riesgo de sufrir un evento adverso atribuible a los cuidados sanitarios, ¿depende del lugar donde un paciente es atendido?, y c) ¿cuál es el coste de oportunidad para la sociedad de destinar recursos a procedimientos que apenas añaden valor y, al contrario, pueden producir daño?

CONFERENCIA DE CLAUSURA

Evaluación de los resultados en salud tras la implantación de diferentes estrategias de uso racional del medicamento en British Columbia

James Wright

Managing Director and Chair, Therapeutics Initiative, University of British Columbia, Vancouver, Canadá

Antecedentes

En 1994 se formó Therapeutics Initiative con 2 encomiendas principales: 1) proporcionar a los médicos y farmacéuticos información sobre farmacoterapia práctica y fundamentada en la evidencia científica, y 2) asesorar al Ministerio de Salud acerca de la mejor evidencia científica sobre los beneficios y daños de los fármacos existentes. Al principio tuvimos el privilegio de trabajar con un pequeño equipo de profesionales altamente cualificados pertenecientes al grupo Pharmacare del Ministerio. Tanto Pharmacare como Therapeutics Initiative tenían el objetivo común de optimizar el uso de fármacos y reconocieron que las prácticas de prescripción, en general, estaban lejos de su nivel óptimo.

Políticas implantadas

1. Se publica *Therapeutics Letter*, 6 números anuales, para facilitar a médicos y farmacéuticos la mejor información disponible sobre los beneficios y daños de los medicamentos y grupos de medicamentos.

2. Cartas que facilitan a los médicos la información sobre el coste de los medicamentos.

3. La financiación de los nuevos medicamentos se fundamentaba en la mejor evidencia disponible; se consideraba que un nuevo fármaco contaba con un claro beneficio si constituía una ventaja terapéutica o económica respecto a las alternativas adecuadas (cobertura basada en los resultados).

4. Precios de referencia para fármacos de una misma clase.

5. Acceso restringido a medicamentos, con excepciones en casos especiales.

Razones por las que las políticas fueron exitosas

1. Therapeutics Initiative no permitió que nadie con conflictos de interés formara parte de los órganos de decisión sobre la evaluación de la evidencia científica.

2. La selección de las preguntas para las revisiones sistemáticas era un proceso interactivo.

3. El grupo de evaluación de nuevos medicamentos siguió la metodología Cochrane y mejoró su capacitación sobre evaluación crítica y su valoración del riesgo de sesgo de los estudios a lo largo del tiempo.

4. Se contrató a investigadores independientes para que valorasen el impacto de las políticas sobre uso de medicamentos y resultados en salud.

5. El Ministerio de Salud mantuvo su compromiso de establecer una financiación basada en resultados en salud a pesar de las presiones políticas.

Resultados

1. Therapeutics Initiative y Therapeutics Letter tuvieron una gran aceptación, según se desprende de una encuesta realizada en el año 2006: más del 80% de los médicos de familia y más del 90% de los farmacéuticos opinaban que Therapeutics Initiative cumplía con sus encomiendas. Véase Therapeutics Letter 64 Your opinions of the Therapeutics Letter. The 2006 Survey. <http://www.ti.ubc.ca/letter64> informe completo.

<http://ti.ubc.ca/PDF/Survey2006Report.pdf>

2. El uso y coste de los medicamentos son sustancialmente menores en British Columbia para la mayor parte de grupos de medicamentos respecto al resto de Canadá. Véase Therapeutics Letter 72 Prescription drug costs. BC vs Canada. <http://www.ti.ubc.ca/letter72>

3. Se demostró que las distintas políticas no repercutían negativamente en la utilización de recursos sanitarios ni en los resultados de salud (p. ej., resultados de poner precios de referencia a los IECA. *N Engl J Med.* 2002;346: 822-9).

4. Se ejerció una presión enorme sobre el Gobierno de British Columbia para suprimir Therapeutics Initiative y las políticas de uso racional de medicamentos

5. Desde 1998 no se ha incluido ningún nuevo grupo de medicamentos (p. ej., estatinas) en el sistema de precios de referencia

Conclusiones

Se realizará una reflexión sobre:

1. Lecciones aprendidas por Therapeutics Initiative en los últimos 16 años.

2. Cuáles son los fallos del sistema de prescripción, investigación de medicamentos, ensayos clínicos, promoción de medicamentos y legislación sobre medicamentos.

3. Formas a través de las cuales el sistema podría mejorar.