





# LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA A TRAVÉS DE RECETA EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

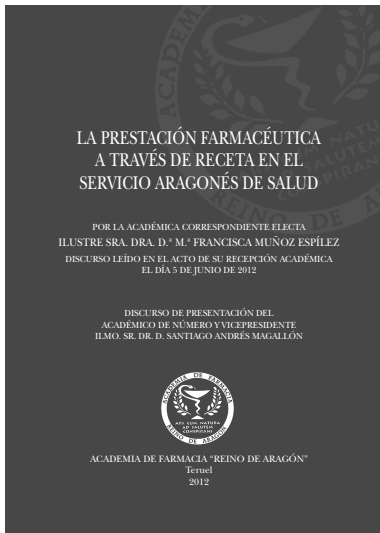
POR LA ACADÉMICA CORRESPONDIENTE ELECTA  
ILUSTRE SRA. DRA. D.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> FRANCISCA MUÑOZ ESPÍLEZ  
DISCURSO LEÍDO EN EL ACTO DE SU RECEPCIÓN ACADÉMICA  
EL DÍA 5 DE JUNIO DE 2012

DISCURSO DE PRESENTACIÓN DEL  
ACADÉMICO DE NÚMERO Y VICEPRESIDENTE FUNDADOR  
ILMO. SR. DR. D. SANTIAGO ANDRÉS MAGALLÓN



ACADEMIA DE FARMACIA "REINO DE ARAGÓN"

Teruel  
2012



*Edita:*

Colegio oficial de Farmacéuticos de Zaragoza

*Distribuye:*

Academia de Farmacia "Reino de Aragón"

*Imprime:*

Cometa, S.A.  
Ctra. Castellón, Km. 3,400 — 50013 Zaragoza

*Depósito Legal:*

Z 1301-2012

# Sumario

*Discurso de Presentación*

Ilmo. Sr. Dr. D. Santiago Andrés Magallón ..... 00

*Discurso de recepción Académica*

Ilustre Sra. Dra. D.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Francisca Muñoz Espílez..... 00

AGRADECIMIENTOS ..... 00

LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA A TRAVÉS DE RECETA EN EL  
SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD ..... 00

BIBLIOGRAFÍA ..... 00



*Discurso de Presentación*

Ilmo. Sr. Dr. D. Santiago Andrés Magallón





Excmo. Sr. Presidente de la Academia de Farmacia “Reino de Aragón  
Excmas., Ilmas. y Eminentísimas Autoridades Eclesiásticas, Colegiales  
Académicas y de la Administración

Señoras y Señores, Amigos:

La invitación del Sr. Presidente y Rector Magnífico para tomar la palabra en el solemne acto de recepción académica de la Dra. Francisca Muñoz Espílez, supone para mí un honor, gran satisfacción y una profunda emoción. También por el hecho de traer la Academia a Teruel, una sugerencia del Rector que yo apoyé entusiásticamente.

En la presentación de esta Ilustre turolense, quiero destacar mi admiración, tanto en lo profesional como en lo humano, y porque nos une, junto a su marido (Presidente quasi-perpetuo del Colegio de Farmacéuticos hasta hace poco), una gran amistad.

Por otro lado, este Vicepresidente-Fundador nacido en Molinos tiene, por línea paterna, más de cinco generaciones de turolenses, dedicados principalmente a la docencia en los centros de enseñanza de Teruel. Valga como ejemplo mi bisabuelo, Pedro Andrés Catalán, que fue catedrático de matemáticas y director del Instituto de esta querida Ciudad. En los años 40, mi padre, Pedro Andrés Zapatero, y dos de sus hermanos, se trasladaron, como gran número de paisanos a Barcelona, acabando como profesores y catedráticos del Instituto Menéndez y Pelayo de la Ciudad Condal.

La Dra. Muñoz es farmacéutica por vocación, gracias al amor por la Bioquímica; ciencia que nació y es esencia, en los estudios de Farmacia. Cursa brillantemente la carrera en la Universidad Complutense de Madrid, realizando, tanto la tesina como la tesis doctoral en el Departamento de Bioquímica de esa Facultad de Farmacia y obteniendo la máxima calificación de sobresaliente “cum laude”.

Completa su extraordinario currículum con la diplomatura en Sanidad en la Escuela Nacional de Zaragoza. Especialización en Farmacoeconomía y Análisis del Uso de los Medicamentos por la Escuela Nacional de Madrid.

Especialización en Farmacoterapia en la persona mayor por la Universidad de Navarra y Acreditada por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud para la realización de auditorías docentes.

Su actividad profesional le lleva a la Farmacia Hospitalaria, una de las especialidades de nuestra profesión de mayor prestigio, dada la estrecha colaboración con nuestros compañeros sanitarios, los Médicos. Pasa por el Hospital Universitario del Río Hortega de Valladolid y después por el Hospital La Paz de Madrid donde realizó como farmacéutica interna residente la especialidad en Farmacia Hospitalaria. Finalmente accede, por oposición al Cuerpo Sanitario, a la escala de Farmacéuticos Inspectores del Sistema Nacional de Salud, siendo actualmente Inspectora Farmacéutica con destino en Teruel.

La Dra. Muñoz ha asistido a infinidad de cursos y seminarios, tanto de bioquímica, farmacología, análisis clínicos y microbiología, como de gestión, evaluación y control de los Servicios Sanitarios.

Su perfil docente pasa cronológicamente por: Profesora de prácticas y Profesora ayudante del Departamento de Bioquímica de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid; Profesora de prácticas de Bioquímica Clínica en la Escuela de Análisis Clínicos de la Facultad de Farmacia de la Complutense; Profesora del Curso Teórico Práctico de Nutrición Parenteral del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario del Río Hortega en Valladolid; y profesora del Curso de Formación de Farmacéuticos de Administración Sanitaria en Zaragoza.

Publicaciones en revistas nacionales y extranjeras, principalmente de bioquímica, farmacoeconomía, atención farmacéutica geriátrica, y sanidad preventiva. Junto con un gran número de comunicaciones en congresos, completan, a groso modo, el quehacer de esta profesional e incansable Farmacéutica.

Ilustre Dra. Muñoz Espílez, querida Paquita, enhorabuena y felicidades a ti, a Mariano tu marido, hijos, familiares, compañeros y amigos turolenses. Bienvenida a la Academia de Farmacia “Reino de Aragón”. Tu incorporación contribuye a enaltecer la importante figura que representa el cuerpo de Farmacéuticos Inspectores Sanitarios de la Administración en nuestra Sociedad. Y aunque muchos de nuestros ancestros tuvieron que irse a sitios lejanos para demostrar su valía profesional, tu formación, trabajo y tenacidad nos hace poder decir con orgullo, que la Ciudad de los amantes y del mudéjar, puede acoger a excelentes profesionales y científicos, que la hacen aún más grande.

De todo corazón, gracias Teruel, mi querida Capital.

Muchas gracias a todos

*Discurso de recepción Académica*

Ilustre Dra. D.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Francisca Muñoz Espílez

Inspectora de Farmacia  
Servicio Aragonés de Salud  
Teruel



Excelentísimo Sr. Presidente de la Academia de Farmacia “Reino de Aragón” y Rector Magnífico

Excmas. Autoridades

Ilmos. Señoras y Señores Académicos

Queridos familiares y amigos,

Es para mí un gran honor optar para ser recibida como Académica en esta ilustre Academia de Farmacia “Reino de Aragón”. Debo agradecer al Presidente y a los académicos que la constituyen, que hayan considerado mi trayectoria profesional merecedora de este reconocimiento. Particularmente deseo agradecer a D. Santiago Andrés, turolense también, haber aceptado realizar la presentación de este discurso, y al Profesor Manuel López Pérez, la contestación del mismo.

Este es un día para mí muy feliz, por ser aceptada en esta institución y hacerlo en mi ciudad. El hacer este acto de la Academia de Farmacia en Teruel, y la presencia aquí de sus miembros, familiares y amigos, es una atención que agradezco enormemente.

Estamos en el Claustro del Palacio Episcopal, cedido generosamente por el Señor Obispo, a quien agradezco mucho su atención. Está situado en la plaza del Venerable Francés de Aranda, prócer turolense que fue compromisario de Caspe, reunión de la que este año se celebra el sexto centenario y que fue decisiva en la historia del Reino y de la Corona de Aragón.

En este momento tan emotivo de mi vida profesional, salvando las distancias puedo decir como Vargas Llosa: «toda la vida he tenido a mi lado gentes que me uerían y alentaban y me contabiaban su fe cuando dudaba. Gracias a ellos y, sin duda también a mi terquedad y algo de suerte, he podido dedicar buena parte de mi tiempo a esta pasión, vicio y maravilla» que en mi caso es la farmacia quiero expresar mi profunda gratitud a todas aquellas personas e instituciones que, a lo largo de mi carrera, han hecho posible que hoy pueda dirigirme a ustedes. En primer lugar, quiero tener un recuerdo muy especial para D. Santiago Gascón Muñoz, farmacéutico

primo mío ya fallecido, que fue catedrático de Bioquímica y Rector de la Universidad de Oviedo. Él fue quien me animó a estudiar la preciosa carrera de Farmacia y también a realizar la Tesis Doctoral, dijo que al acabar la carrera era lo primero que tenía que hacer, y en un buen Departamento de investigación.

Así, en quinto curso de carrera, entré en el Departamento de Bioquímica de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid, gracias al cariño y generosidad del Profesor Ángel Santos Ruiz, director de dicho Departamento. De esta etapa, deseo manifestar un cariñoso recuerdo a mis directoras de Tesina de licenciatura y Tesis Doctoral, Dras. Sisty Cañadas y Pilar González. Con ellas inicié mi formación científica, y me transmitieron el entusiasmo por la investigación y en especial por la bioquímica. Su cariñosa acogida y todas las enseñanzas que de ellas recibí nunca las olvidaré. También guardo un magnífico recuerdo de compañerismo y amistad del resto de compañeros del Departamento, alguno ya fallecido y otros aquí presentes, Profesores Ángel Giménez Solves, Julio Montoya, Jesús Osada y muy especialmente, Manuel López Pérez, que fue miembro del tribunal de mi Tesis Doctoral.

Finalizada mi etapa de formación doctoral, me incorporé como farmacéutica Interna Residente a los servicios de farmacia de los hospitales Del Río Hortega de Valladolid primero y después al del hospital La Paz de Madrid, donde cursé la especialidad de farmacia hospitalaria. Mi gratitud a todos mis compañeros, pero en especial a M.<sup>a</sup> Jesús Perrino y a la jefa del Servicio, Esperanza Jiménez Caballero. Ella me transmitió el amor a la farmacia hospitalaria y me motivó constantemente en mi desarrollo profesional. Fue también la que me animó a preparar oposiciones al Cuerpo Sanitario de Inspección de la Administración Sanitaria de la Seguridad Social, cuerpo al que sigo perteneciendo desde hace más de 25 años. Siempre le estaré agradecida.

Tomé posesión como farmacéutica inspectora en 1985, y volví a mi ciudad natal. Tengo que confesar que fui muy bien recibida, pues era una plaza de nueva creación y encontré gran apoyo y amistad en todos mis compañeros, la mayor parte de los cuales sigue trabajando en Teruel, algunos con cargos muy destacados, y siguen siendo mis amigos. Gracias de todo corazón por vuestra amistad.

También mi gratitud a mis compañeros de Inspección de farmacia que día a día han estado y están trabajando, codo con codo, para que las tareas salgan adelante. Gracias por vuestro apoyo siempre.

A lo largo de estos años he desarrollado actividades muy interesantes de inspección y gestión de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional

de Salud siempre en mi querida ciudad de Teruel. He viajado por toda la provincia y he conocido a sus médicos, farmacéuticos; he visitado sus hospitales, Centros de salud, residencias de ancianos. He realizado auditorías en numerosos hospitales, por casi toda España y he tenido la oportunidad de conocer a mucha gente, lo que ha hecho que sea muy feliz con mi trabajo.

La última mención deseo dedicársela a mi familia. A mi madre, que me gustaría que estuviera aquí, a mi padre y hermanos, que siempre generosamente han apoyado mis decisiones, y con su esfuerzo y comprensión han hecho posible que sea quien soy, personal y profesionalmente. A mis queridos hijos María y Mariano, futuros farmacéuticos, de quienes tan orgullosa me siento; y muy especialmente a mi marido Mariano, lo mejor que me ha pasado en la vida, farmacéutico al que admiro profundamente. Siempre me ha apoyado y animado en todo, y gracias a él hoy me atrevo a dirigirme a ustedes.

Gracias a todos los que me escuchan por el afecto y apoyo que con su presencia me brindan.

En esta disertación intentaré hacerles llegar lo más destacado de la prestación farmacéutica a través de receta en el Servicio Aragonés de Salud desde que se produjeron las transferencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de Aragón en diciembre de 2001.

El tema lo he titulado:

**LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA  
CON RECETA EN EL  
SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD**





*La prestación farmacéutica  
a través de receta en el  
Servicio Aragonés de Salud*



Son características de la condición humana, la enfermedad y la vejez. Una forma de superación de dicha condición, es el avance de la ciencia médica y su aplicación a todos los hombres sea cual sea su situación económica o su dolencia concreta.

En la desaparición de enfermedades epidémicas que afectaron durante siglos a la humanidad, en la mejora de la calidad de vida de nuestros mayores o de la de muchos de nuestros enfermos crónicos, diabéticos, asmáticos epilépticos, y muchos otros, han intervenido de forma decisiva los medicamentos.

El hombre necesita los medicamentos, con ellos mejora su condición, pero tienen que ser accesibles a todos aquellos que los necesitan.

La prestación farmacéutica es uno de los logros más relevantes de nuestro Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS). La universalidad, calidad y equidad que la caracterizan, así como su accesibilidad a través de las oficinas de farmacia hace que sea una de las prestaciones más valorada por los ciudadanos. Todas estas cualidades junto con el importante arsenal terapéutico disponible para la práctica clínica, hace que la prestación farmacéutica repercuta en gran medida en el proceso asistencial, y tenga un relevante peso económico en los presupuestos sanitarios, suponiendo en la actualidad el 17,7 por ciento sobre el gasto sanitario total.

En España, en el año 2011, el gasto en medicamentos con receta oficial del SNS, superó los 11.136 millones de euros y se dispensaron casi mil millones de recetas.

El Servicio Aragonés de Salud gastó 362 millones de euros, y en las 710 oficinas de farmacia de Aragón dispensaron más de 29 millones de recetas.

Cada turolense, como media, gastó 250 euros. El activo, 58; y el pensionista, 673, casi doce veces más. Cada activo retiró de la farmacia 9 recetas, el pensionista 55, y su precio medio casi duplicó el de las de activo.

Tabla I: Indicadores cuantitativos año 2011 Sector Teruel

	<b>Activos</b>	<b>Pensionistas</b>	<b>Total</b>
<i>Gasto por persona protegida y año (euros)</i>	58,0	673,0	249,6
<i>Nº recetas por persona protegida y año</i>	8,5	55,2	23,0
<i>Gasto medio por receta (euros)</i>	6,8	12,2	10,8

El Omeprazol fue el principio activo más consumido en número de envases, seguido del paracetamol y el *Ácido acetilsalicílico* en su indicación de antiagregante plaquetario.

Tabla II: Principios activos más consumidos en Aragón en 2011 ordenados por numero de envases

<b>Descripción</b>	<b>Nº Envases</b>	<b>Gasto</b>	<b>Gasto/envase</b>
Omeprazol	1.401.690	3.560.747 €	2,54 €
Paracetamol	867.592	1.891.525 €	2,18 €
Acetil salicílico ácido	663.727	1.391.821 €	2,10 €
Ibuprofeno	598.366	1.311.635 €	2,19 €
Simvastatina	574.783	1.483.441 €	2,58 €
Atorvastatina	498.762	6.216.654 €	12,46 €
Lorazepán	456.494	835.841 €	1,83 €
Metformina	409.709	942.506 €	2,30 €
Aceticisteina	361.603	872.620 €	2,41 €
Tramadol en asoc.	338.805	1.792.276 €	5,29 €

En importe, las dos primeras posiciones las ocupan el Formoterol y el Salmeterol asociados a otros antiásmáticos. Las condiciones ambientales provocan que enfermedades como el asma ganen terreno en la sociedad y hace que las compañías farmacéuticas dirijan sus esfuerzos a desarrollar medicamentos para hacer frente a estas patologías. Les sigue la atorvastatina y en cuarto lugar Esomeprazol.

Tabla III: Principios activos de mayor gasto en Aragón en 2011

<b>Descripción</b>	<b>Gasto</b>	<b>Envases</b>
Formoterol asociado	6.608.567,40	116.231
Salmeterol asociado	6.585.136,60	97.941
Atorvastatina	6.216.653,70	498.762
Esomeprazol	5.372.649,90	179.357
Tiotropio bromuro	5.321.147,40	109.616

Descripción	Gasto	Envases
Escitalopran	4.365.610,20	204.030
Insulina glargina acción lenta	3.835.140,20	54.766
Clopidogrel	3.770.544,60	150.510
Pantoprazol	3.767.588,00	270.219
Duloxetina	3.569.207,70	90.797

A nivel del SNS, los subgrupos que suponen más gasto son el de Hipolipemiantes: Inhibidores de la HMG CoA reductasa, con 820 millones de euros, le sigue el de Inhibidores de la bomba de protones, y en tercer lugar, Adrenérgicos y otros agentes para padecimientos obstructivos de las vías respiratorias(8).

Tabla III. Subgrupos terapéuticos de mayor consumo en SNS en 2010 ordenados por importe a P.V.P.

CLAVE SUBGRUPO ATC	NOMBRE SUBGRUPO	CONSUMO (mill. €.)	ENVASES (miles)	PRECIO MEDIO/ ENVASE	% DEL TOTAL	$\Delta\%$ 2010/2009 (en importe)	$\Delta\%$ 2010/2009 (en envases)
C10AA	<i>Inhibidores de la HMG CoA reductasa</i>	820,09	47.510,63	17,26	6,38	-10,41	9,65
A02BC	<i>Inhibidores bomba de protones</i>	626,09	68.871,43	9,09	4,87	-1,68	5,87
R03AK	<i>Adrenérgicos y otros agentes contra padecimientos obstructivos vías respiratorias</i>	585,79	8.418,39	68,40	4,48	2,86	2,92
C09CA	<i>Antagonistas de la angiotensina II, monofármacos</i>	502,61	19.705,22	25,51	3,91	-3,78	2,18
C09DA	<i>Antagonistas de la angiotensina II y diuréticos</i>	448,85	15.458,38	29,04	3,49	3,81	6,63
N03AX	<i>Otros antiepilépticos</i>	429,98	7.858,97	54,71	3,35	10,78	12,84
N06AX	<i>Otros antidepresivos</i>	350,68	10.678,36	32,84	2,73	6,51	11,83
B01AC	<i>Inhibidores agregación plaquetaria, excluyendo heparina</i>	341,86	31.770,79	10,76	2,66	-5,59	4,96
N06AB	<i>Antidepresivos: ISRS</i>	325,31	18.600,77	17,49	2,53	-5,12	5,15
N05AX	<i>Otros antipsicóticos</i>	283,78	2.770,09	102,44	2,21	7,22	7,69

Desde diciembre de 2001, fecha en que se traspasan a la Comunidad Autónoma de Aragón las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) (1), es el Departamento de Salud y Consumo el que

asume sus funciones en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y con ello la gestión de la prestación farmacéutica (2). Al Servicio Aragonés de Salud (en adelante SALUD) le corresponde la política de uso racional del medicamento y el seguimiento y control de la prestación farmacéutica (3).

El ejercicio de esta función se asume en virtud del derecho reconocido en el Estatuto de Autonomía de Aragón, y completa el marco competencial sanitario perfilado en el mencionado Estatuto, sumándose a las competencias exclusivas en materia de sanidad y salud pública, ordenación farmacéutica y de ejecución de la legislación sobre productos farmacéuticos.

La Ley de Salud de Aragón (4) regula las actuaciones que en el ámbito de la Comunidad autónoma de Aragón, permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución Española, garantizando el derecho de los ciudadanos a obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud.

Todo este panorama competencial, que supone un acercamiento de la gestión sanitaria a los ciudadanos de esta Comunidad Autónoma, mereció abrir nuevos cauces de concertación entre la Administración Sanitaria y las Corporaciones Profesionales, en aras de una Sanidad más participativa y de calidad.

La voluntad de cooperación y el entendimiento entre la Comunidad Autónoma de Aragón y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las tres provincias, han permitido a lo largo del tiempo encontrar posturas de interés común, que se han traducido en la rúbrica de numerosos Convenios, siendo el primero después de las transferencias sanitarias el Concierto de la prestación farmacéutica con las oficinas de farmacia de Aragón (5).

Se firma en Zaragoza, el 31 de enero de 2003, de una parte el Consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón, y de otra el Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y los Presidentes de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las tres provincias aragonesas. Deja sin efecto el antiguo Concierto entre el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos y el INSALUD de 1998.

El Concierto regula la dispensación de recetas médicas del SNS en la comunidad autónoma, a través de las oficinas de farmacia y su facturación al SALUD. Incluye siete Anexos, siendo los tres últimos de nueva incorporación en relación con el anterior Concierto con INSALUD, y el resto básicamente similares.

En relación con la **dispensación en la oficina de farmacia**, los farmacéuticos están obligados a dispensar, siempre que el beneficiario presente una receta oficial que reúna los requisitos de validez establecidos y abone la correspondiente aportación. La dispensación se debe efectuar en todas y cada una de las oficinas de farmacia legalmente establecidas, siempre que no estén sometidas a sanción que les impida la dispensación y, en todo caso, bajo la dirección y responsabilidad del farmacéutico.

Los farmacéuticos no pueden dispensar ningún medicamento ni producto sanitario cuando les surjan dudas racionales sobre la validez de la receta médica presentada, y deben extremar la cautela en el caso de prescripciones de estupefacientes y psicótopos, respetando y garantizando en todo caso, el derecho a la intimidad personal y familiar de los ciudadanos.

Se establecen causas de devolución de las recetas que no se ajusten a la normativa vigente. Existiendo:

- Recetas nulas totales: SALUD no abonará su importe.
- Recetas nulo margen: SALUD no abonará el margen de beneficio profesional del farmacéutico, novedad incorporada en este Concierto.
- Recetas nulas parciales: SALUD abonará parte del precio.
- Recetas subsanables: se devolverán las recetas a la oficina de farmacia para su cumplimentación.

Regula las **fórmulas magistrales**, acordándose que, hasta la entrada en vigor del Formulario Nacional, son dispensables con cargo al SALUD las fórmulas elaboradas con los principios activos contenidos en este Concierto, en la vía de administración que garantice la eficacia, seguridad y calidad de la fórmula.

El proceso de preparación de las fórmulas magistrales debe realizarse según las normas técnicas y científicas del arte farmacéutico, y son de aplicación las normas de correcta elaboración y control de calidad de las fórmulas magistrales (6). Se deben dispensar en los envases adecuados a su composición, debiendo estar correctamente etiquetados, con los datos de: composición, médico prescriptor, paciente, fecha de elaboración y caducidad, condiciones de conservación, vía de administración, excipientes de declaración obligatoria, nombre de la farmacia y número libro recetario.

Se especifica el precio de venta al público de las fórmulas magistrales con cargo al SALUD, que se calcula teniendo en cuenta el precio de los principios activos, el de los excipientes y el de los honorarios profesionales, detallados en este concierto. Además hay que añadir el precio del envase y, al precio resultante, el IVA aplicable a los medicamentos.

Todas las oficinas de farmacia están obligadas a dispensar fórmulas magistrales y preparados oficinales en las condiciones legalmente establecidas para ello. Aquellas que no dispongan de los medios necesarios, pueden contratar la realización con otra oficina de farmacia, otro servicio de farmacia u otra entidad legalmente autorizada (7).

El **proceso de facturación de recetas con cargo al SALUD** es único y uniforme para las tres provincias aragonesas. Se realiza por cada Colegio Oficial de Farmacéuticos, preferentemente por meses naturales, a través de la mecanización informática de las recetas. Los datos que se graban a partir de cada receta y que son considerados necesarios para el proceso de facturación y un correcto control de la prestación farmacéutica son 20, con un total de 125 dígitos, que incluyen: provincia, mes, datos de identificación del paciente, datos del médico, fecha de prescripción, fecha de dispensación, datos de la farmacia, datos del medicamento prescrito, del dispensado, entre otros. Con la información obtenida de las recetas, además de grabarla en CD ROM que se utiliza como instrumento de control del proceso, el SALUD ha desarrollado el programa de gestión del que se obtienen mensualmente todos los indicadores de la prestación farmacéutica cuantitativos y cualitativos, tanto a nivel provincial como autonómico. Toda la información está disponible para facultativos y gestores en una web, con distintos niveles de acceso.

Asimismo, se remiten los datos al Ministerio de Sanidad quien hace públicos mensualmente los datos de consumo de medicamentos a nivel del Estado. Todo este proceso hace que el gasto farmacéutico con receta sea uno de los más transparentes de la sanidad pública.

Con los CD ROM de facturación también se confeccionan mensualmente las facturas de recetas que sirven como documento para la formalización del pago.

Se confeccionan tres clases de facturas:

- Factura individual por farmacias, por separado cada uno de los regímenes: trabajadores activos, pensionistas, accidentes de trabajo, campañas sanitarias; y dentro de cada régimen, una factura para cada uno de los tipos de recetas.
- Factura resumen provincia, por cada régimen y tipo de receta.
- Factura resumen general, detallando el importe a PVP, aportación y líquido.

Las recetas se presentan por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos amparadas de las correspondientes facturas individuales de cada oficina de farmacia hasta el día 10 del mes siguiente al que corresponda la factura. Se hace en cada capital de provincia, levantándose las correspondientes actas



de recepción, en las que consta la documentación recibida y el resultado de la verificación. Se presentan por separado para cada oficina de farmacia en cajas especialmente acondicionadas para contener 500 a 1.000 recetas, unidas por grupos de 25 y de forma que no puedan desordenarse en relación con la factura. Deben ir por separado las recetas de activos, pensionistas y accidentes de trabajo.

Las especialidades farmacéuticas y los efectos y accesorios se valoran y facturan de acuerdo con los precios legalmente autorizados por el Ministerio de Sanidad, debidamente actualizados y comunicados a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos con suficiente antelación o, en su caso, a los precios de referencia o precios máximos de facturación establecidos. En este primer Concierto se acordó que cuando se produjera una revisión de los precios de las especialidades farmacéuticas, y con objeto de evitar perjuicios económicos a ambas partes, se establecía un plazo de setenta días para la aplicación mecanizada de los nuevos precios.

De la factura valorada se establecen una serie de deducciones como son, la parte correspondiente a la aportación del beneficiario que haya sido abonada por éste a la oficina de farmacia en el momento de la dispensación, además el importe correspondiente a la dispensación de absorbentes de incontinencia urinaria, que antes era el 11 por ciento, y en este Concierto se acuerda que será del 13 por ciento, y por último, el importe resultante de las deducciones aplicadas a las oficinas de farmacia en función de sus facturaciones al SNS (9).

En cuanto al **procedimiento de pago**, la Intervención Delegada de SALUD debe cursar órdenes de transferencia antes del día 20 de cada mes, para el abono efectivo con fecha valor día 20 a cada Colegio Provincial de su correspondiente factura. En este punto, es de valorar el esfuerzo del Gobierno de Aragón en el cumplimiento de esta cláusula, pues en estos momentos en muchas Comunidades autónomas hay retrasos en los pagos y en Aragón se han cumplido fielmente los plazos de pago.

Una de las novedades aportadas por este Concierto y que supondrá una gran herramienta de gestión, es la **prescripción por principio activo bajo Denominación Oficial Española (D.O.E) o Denominación Común Internacional (D.C.I.)**. De hecho en el año 2011 se ha establecido como obligatorio en todo el Estado español.

La DCI constituye un término claro, reconocido para el profesional sanitario, que no se presta a confusión con otros nombres y que facilita la identificación del medicamento en las fuentes de información y su lugar en la terapéutica. También al constituir un lenguaje común, facilita la comunicación entre los sanitarios y los ciudadanos.

La prescripción por principio activo ayuda a evitar errores en la prescripción y dispensación, favorece una mayor independencia del profesional sanitario frente a la actividad profesional de la industria farmacéutica y homogeneiza la gestión de compras y de stocks de las oficinas de farmacia al permitir unificar el arsenal farmacológico. Asimismo, promueve el uso de especialidades farmacéuticas genéricas con el objeto de rebajar la factura farmacéutica con cargo al SNS.

Se acuerda que cuando la prescripción se realice por principio activo, el farmacéutico debe dispensar a su criterio profesional, una de las especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) existentes en el mercado. Caso de inexistencia de EFG, dispensará una especialidad farmacéutica.

Se fijan los precios máximos de facturación para la dispensación de especialidades prescritas por principio activo, lo que supone un gran ahorro para el sistema y facilita la gestión a los farmacéuticos en sus oficinas de farmacia. No se fija precio máximo para aquellas presentaciones de las que no existan un mínimo de 2 genéricos en el mercado, correspondiendo a la Comisión Central la aprobación de la inclusión de nuevas presentaciones y actualización del referido Listado de Precios Máximos Acordados, que se decide efectuar semestralmente.

SALUD y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos Aragoneses se comprometen en el ámbito de sus respectivas responsabilidades, a informar y difundir el contenido del acuerdo entre todos los facultativos médicos y farmacéuticos de SALUD, así como a los farmacéuticos de oficina de farmacia.

La prescripción por principio activo, era, a la firma del concierto, del cuatro por ciento en Aragón, y al año de la implantación del 8,13 por ciento en Aragón y del 16 por ciento en la provincia de Teruel

Se recoge un **acuerdo para la dispensación de productos dietoterápicos complejos y nutrición enteral domiciliaria** con cargo al SALUD, que será mediante receta previamente visada por la inspección de servicios sanitarios, y el beneficiario no abonará ninguna aportación por estos productos. Por vez primera, se alcanza un acuerdo sobre la forma de fijar el precio de facturación de estos productos, mediante una fórmula matemática que los relaciona con el coste medio en los proveedores de las farmacias.

La última novedad de este Concierto es el establecimiento de la **obligatoriedad de identificación en la oficina de farmacia de todos los usuarios** del SALUD a cuyo nombre figuren las recetas, mediante la presentación de la Tarjeta Sanitaria Individual no caducada (10), y en el caso de que la receta no contenga el Código de Identificación del Paciente en código de barras, la farmacia debe imprimir sus datos de identificación en una etiqueta autoadhesiva que se coloca en el cuerpo de la receta. Los pacien-

tes no aragoneses se quedan identificados únicamente con el código de la Comunidad autónoma de procedencia. En ese momento faltaba por cumplimentar este dato por parte del médico en el 42 por ciento de las recetas en Zaragoza, el 27 por ciento en Huesca y 19 por ciento en la provincia de Teruel. Un año después de la implantación de esta medida se consiguió identificar a más del 95 por ciento de los usuarios, lo que permite conocer con exactitud el consumo individual de fármacos de todos los pacientes de nuestra Comunidad autónoma, facilitando las tareas de uso racional del medicamento. También permite conocer el consumo farmacéutico de pacientes desplazados y especificado por su Comunidad de procedencia.

El sistema de clasificación de medicamentos utilizado en España en la actualidad es el mismo que en el resto de los países miembros de la Unión Europea desde 2003, fecha en que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC (Anatomical, Therapeutic, Chemical Classification System) con la finalidad de poder adoptar criterios y decisiones con carácter unitario (11). Actualiza además, la relación de medicamentos excluidos de la financiación pública así como los grupos y subgrupos terapéuticos que tienen la consideración de aportación reducida.

\* \* \* \*

La prestación farmacéutica está incluida en el catálogo de prestaciones del SNS, recogido en la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** (12) y comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

La Ley aborda una reordenación del ejercicio de las competencias que con carácter exclusivo corresponden al Estado en materia de evaluación, registro, autorización, vigilancia y control de los medicamentos y de los productos sanitarios, así como la decisión sobre su financiación pública y la fijación del precio correspondiente, sin perjuicio de las competencias ejecutivas de las comunidades autónomas. Según esta Ley, a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), como organismo técnico especializado, le compete, entre otros cometidos, la evaluación y, en su caso, autorización de los medicamentos y de los productos sanitarios, mientras que el Ministerio, a través de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, debe resolver sobre la financiación pública y el precio de los medicamentos y productos sanitarios previamente autorizados, así como las condiciones especiales de prescripción y dispensación de medicamentos en el SNS. Se modifican los órganos de dirección de la Agencia, en

cuyo Consejo Rector, de nueva creación, se da entrada a las comunidades autónomas, atendiendo a la legítima aspiración de éstas de participar, en alguna medida y sin detrimento del carácter exclusivo de la competencia estatal, en el proceso de toma de decisiones que pueden conducir a la inclusión de una especialidad farmacéutica o de un producto sanitario entre los de financiación pública, que corresponderá asumir a las haciendas públicas autonómicas.

Se insta a la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las comunidades autónomas para acometer acciones encaminadas al uso racional del medicamento, como programas de educación sanitaria dirigidos a la población general para la prevención de la automedicación, el buen uso de los medicamentos, y programas de formación continua de los profesionales, que les permita una constante incorporación de conocimientos sobre nuevos medicamentos y la actualización sobre la eficacia y efectividad de éstos.

Establece la obligación de las oficinas de farmacia de colaborar con el SNS en el desempeño de la prestación farmacéutica a fin de garantizar el uso racional del medicamento, actuando los farmacéuticos coordinadamente con los médicos y otros profesionales sanitarios. Recomienda ya, tender a la dispensación individualizada de medicamentos y a la implantación de la receta electrónica, en cuyo desarrollo participarán las organizaciones colegiales médica y farmacéutica.

En el marco de la Ley del medicamento (13), el Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, se compromete a establecer los criterios generales y comunes para el desarrollo de la colaboración de las oficinas de farmacia, por medio de Conciertos que garanticen a los ciudadanos la dispensación en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio nacional, independientemente de su comunidad autónoma de residencia.

La ley modifica el sistema de precios de referencia vigente hasta este momento, introduciendo cambios muy importantes en la definición de conjuntos, en el cálculo del precio de referencia, en las condiciones de sustitución por el farmacéutico y en las condiciones de fijación del precio del genérico incluido en el sistema, por el laboratorio.

\* \* \* \*

En el año 2003 el gasto farmacéutico con receta a nivel del Estado, aumenta el 12,2 por ciento en relación con el año anterior, y el número de recetas facturadas se incrementa un 6,7 por ciento. En Aragón los incrementos fueron del 10,8 por ciento y 5,5 por ciento respectivamente. Estos

crecimientos anuales superiores al diez por ciento, requirieron de la adopción de una serie de medidas de contención del gasto farmacéutico público, para garantizar la sostenibilidad de esta importante prestación. Por ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo en noviembre de 2004 desarrolló el **Plan estratégico de política farmacéutica para el SNS** que se acompañó de una serie de medidas excepcionales, dirigidas a la contención del gasto farmacéutico y que fueron recogidas en **Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre**, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico(14).

El precio de venta de laboratorio de los medicamentos se reduce, en los dos años siguientes al de la fecha de entrada en vigor de este Real Decreto, en un 4,2 por ciento en el año 2005, y en un 2 por ciento en el año 2006. Los almacenes de distribución y las oficinas de farmacia, sin coste adicional alguno para ellas, pueden devolver a los laboratorios farmacéuticos las existencias afectadas. Se anula la posibilidad de convivencia de precios para amortiguar el efecto de la bajada.

Se reducen los márgenes de los almacenes mayoristas de distribución, actualiza el precio a partir del cual se aplica el margen fijo en las oficinas de farmacia y se reduce el margen profesional por la dispensación de medicamentos genéricos. Se actualiza también la escala de deducciones aplicable a las oficinas de farmacia en función de su facturación mensual al SNS. El importe de facturación a partir del cual se aplica la deducción pasa a 31.627,66 euros, y se modifican los tipos aplicables en cada tramo, pasando el tramo mínimo del 7 al 8 por ciento y el tipo máximo del 13 al 15 por ciento.

El Decreto regula también el procedimiento para proceder a revisión coyuntural de los precios de las especialidades farmacéuticas, de acuerdo con la Ley del medicamento, que lo puede hacer el Gobierno, a propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo, con audiencia de los sectores afectados y previo acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos, e informe del Consejo de Estado, de oficio y de forma general mediante Real Decreto.

La Ley del medicamento dotó a la sociedad española de un marco normativo estable y previsible para todos los agentes sociales involucrados en el manejo de los medicamentos: industria farmacéutica, empresas de distribución, farmacias, profesionales sanitarios, poderes públicos y los propios ciudadanos. Pero en los años posteriores, al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas asumieron paulatinamente competencias en materia de

sanidad, incluida la gestión de la prestación farmacéutica, y por otra parte, era necesario incorporar a nuestro ordenamiento jurídico todas la Directivas Comunitarias relativas a medicamentos de uso humano y veterinario.

Así, al amparo del artículo 149.1.16<sup>a</sup> de la Constitución (15), que atribuye al Estado competencia exclusiva en materia de legislación sobre productos farmacéuticos, en julio de 2006 se aprueba la **Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios** (16), que deroga la Ley del medicamento.

Esta Ley aborda todos los temas relacionados con medicamentos e incorpora a la prestación farmacéutica las novedades pertinentes, de las que merece destacar:

Desaparece el concepto de especialidad farmacéutica sobre el que ha venido asentándose la normativa española, y que afecta a la definición de los medicamentos legalmente reconocidos, la nueva definición de medicamento de uso humano, el concepto de genérico armonizado en la Unión Europea y la incorporación de la definición de medicamento de uso veterinario.

Incorpora criterios europeos de protección de la innovación, investigación y desarrollo, para colaborar en el fomento de la competitividad del sector en España. Promueve la disponibilidad rápida de genéricos en el mercado. Así, el solicitante de un producto genérico puede presentar la solicitud de autorización transcurridos ocho años como mínimo a partir de que se haya autorizado el medicamento de referencia en cualquier Estado miembro de la Unión Europea, lo que permitirá ir realizando la evaluación y tramitación administrativa para su autorización, si bien no podrá comercializar el medicamento hasta transcurridos diez años. Además, se abre la posibilidad de introducir en el mercado los medicamentos genéricos con marca, como consecuencia de la nueva regulación europea

Es importante también la incorporación del concepto de «autocuidado de la salud» relacionado con la calificación de medicamentos como medicamentos no sujetos a prescripción médica. Se trata de adaptar la redacción de la Ley a la realidad social del siglo XXI, en la que cada vez tiene más importancia el uso de medicamentos sin prescripción, pero que debe ser realizada en el marco de un uso racional del medicamento, a cuyos fines se considera imprescindible el papel del farmacéutico en todo lo relacionado con una automedicación responsable.

Regula los medicamentos veterinarios, lo que constituye una auténtica novedad de la Ley, que acoge una concepción de estos medicamentos alejada de la consideración de medicamentos especiales. Se regulan como medicamentos dotados de características propias, y han de cumplir las garantías

generales de calidad, seguridad y eficacia para la salvaguardia de la salud de los animales, así como la salud pública. Asimismo, se incorpora como regla general la exigencia de prescripción veterinaria previa a la dispensación, de medicamentos destinados a los animales productores de alimentos y se regula el sistema español de farmacovigilancia veterinaria. Son tiempos de cambio para la industria farmacéutica, sus márgenes se han reducido, las investigaciones son cada vez más costosas y el medicamento de uso humano se enfrenta al hecho de que expiran las patentes de las moléculas más vendidas, por ello la diversificación en el sector veterinario se alza como una alternativa viable (17). La cadena del medicamento de uso animal es parecida a la de uso humano, la única diferencia está en la distribución que se realiza en un 80 por ciento en las entidades ganaderas, siempre con la condición imprescindible de que debe ser un farmacéutico quien supervise la dispensación.

La ley se refiere también a las garantías sanitarias de las fórmulas magistrales, que serán preparadas con sustancias de acción e indicación reconocidas legalmente en España, en las oficinas de farmacia y servicios farmacéuticos legalmente establecidos que dispongan de los medios necesarios para su preparación.

Regula las garantías sanitarias de los medicamentos especiales, que incluyen las vacunas y demás medicamentos biológicos, medicamentos de origen humano, medicamentos de terapia avanzada, los radiofármacos, los medicamentos con sustancias psicoactivas con potencial adictivo, medicamentos homeopáticos, los de plantas medicinales y los gases medicinales. De entre todos ellos, debe destacarse los medicamentos de terapia celular, que hoy ya son una realidad clínica, con dos productos en el mercado, además de resultados muy alentadores en diferentes líneas de investigación (18).

Son también reguladas las actividades de salud pública tendentes a la identificación y prevención de los riesgos del uso de los medicamentos una vez comercializados, pues aunque los medicamentos han contribuido decisivamente a la mejora de la esperanza y al aumento de la calidad de vida, en ocasiones plantean problemas de efectividad y de seguridad que han de ser conocidos por los profesionales. Refuerza el sistema español de farmacovigilancia del SNS, con un enfoque más innovador, incorporando el concepto de fármacoepidemiología y la garantía de seguimiento continuado del balance beneficio/riesgo de los medicamentos autorizados.

En relación con los ensayos clínicos con medicamentos, destaca como novedad, y como garantía de transparencia, la posibilidad de que la Administración sanitaria pueda publicar los resultados de los ensayos clínicos cuando dicha publicación no se haya llevado a cabo por el promotor del

mismo en plazo, y siempre que los citados resultados permitan concluir que el producto presenta modificaciones de su perfil de eficacia o de seguridad; y ello, porque se toma en especial consideración el interés que, tanto para los pacientes que han participado en el ensayo como para los médicos y para la población en general, reviste el poder conocer los resultados del mismo, si de éstos se deriva que el medicamento plantea problemas de eficacia o de seguridad.

Para corregir el problema de las exportaciones paralelas derivadas de las bajadas de precios, refuerza las obligaciones de los almacenes mayoristas, en especial en el ámbito del abastecimiento. Éstos posibilitan la llegada del medicamento a cualquier parte del territorio en un tiempo mínimo, lo que permite garantizar el acceso del ciudadano al medicamento cuando lo necesite. Precisamente por este motivo deben asumir una serie de obligaciones con el SNS, entre las que debe destacar el tenerlo continuamente abastecido.

Dedica especial atención al uso racional de los medicamentos, principio en medidas como una nueva regulación de la receta médica, atribuyendo la Ley al médico u odontólogo, en exclusiva, la facultad de prescribir medicamentos. La receta médica se configura como una auténtica garantía de servicio profesional para el paciente, por lo que el farmacéutico dispensará con receta aquellos medicamentos que la requieran.

La Ley contiene una precisa regulación de las obligaciones de trazabilidad. Se impone la obligación, tanto a laboratorios como a almacenes mayoristas y oficinas de farmacia, de garantizar la adecuada trazabilidad de los medicamentos, como medida que coadyuva tanto a evitar un eventual desabastecimiento como a suministrar una precisa información sobre el destino último de los medicamentos comercializados en España, lo que facilitará considerablemente la retirada del mercado de productos defectuosos y permitirá luchar más eficazmente contra las imitaciones fraudulentas.

Tiene en cuenta además la previsión de un sensible aumento de la población, un marcado envejecimiento de la misma, así como de la cronicación de numerosas patologías y, por tanto, unas mayores necesidades sanitarias. El crecimiento sostenido de las necesidades en materia de prestación farmacéutica tendrá, por tanto, que enmarcarse necesariamente en estrategias de uso racional de los medicamentos y de control del gasto farmacéutico. En este sentido, la Ley considera necesario que la financiación selectiva y no indiscriminada de medicamentos, se realice en función de la utilidad terapéutica de los mismos y de su necesidad para mejorar la salud de los ciudadanos.

Regula el régimen de fijación y revisión de precios industriales y de márgenes de distribución y dispensación, incorporando como criterio para



la fijación de precio, la valoración de la utilidad terapéutica del medicamento y el grado de innovación, consecuencia de la aplicación efectiva del principio de financiación selectiva de medicamentos, principio que debe inspirar la incorporación de todo medicamento al SNS.

Se modifica también en esta Ley el sistema de precios de referencia para posibilitar los necesarios ahorros al SNS, incorporando la gradualidad en su impacto, la objetividad, al afectar a todos los medicamentos con más de diez años en el mercado, y su previsibilidad, lo que determina un marco predecible para la industria farmacéutica en nuestro país.

Para completar la transposición de Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano, se aprueba el **Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente** (19). Armoniza y recopila en un solo texto la normativa comunitaria sobre medicamentos de uso humano, y los medicamentos tradicionales a base de plantas.

Revisa el procedimiento de autorización nacional y especialmente el de reconocimiento mutuo, con el fin de reforzar la posibilidad de cooperación entre Estados miembros y, asimismo, con el mismo fin, se incorpora un nuevo procedimiento de autorización comunitario denominado descentralizado y se establecen garantías de confidencialidad en la evaluación, transparencia y publicidad de las decisiones.

La necesidad de garantizar un adecuado seguimiento de los efectos terapéuticos y del perfil de seguridad de cada nuevo medicamento, hace que la autorización de comercialización deba renovarse cinco años después de concedida. Una vez ratificada esa autorización, el periodo de validez debe ser, normalmente, ilimitado sin perjuicio de la evaluación continuada de los riesgos a través de sistemas adecuados de farmacovigilancia y de estudios de utilización de medicamentos en condiciones reales de uso.

Por otra parte, el marco legislativo europeo prevé la posibilidad de que un medicamento autorizado no sea comercializado, estableciendo que toda autorización que no haga efectiva la comercialización del medicamento durante tres años consecutivos pierda la validez. No obstante, deben establecerse excepciones a esta norma cuando estén justificadas por razones de salud pública o interés general.

Otro aspecto fundamental del medicamento es su identificación y la información que ha de constar en el etiquetado y en el prospecto del mismo como garantía de su correcto empleo, promoviendo la seguridad y la eficacia en su utilización. Como anexo se recogen los datos que deben de

figurar en la ficha técnica del medicamento y la información que debe incluirse en el etiquetado de los medicamentos. Se establecen los símbolos, siglas y leyendas que deben aparecer en el etiquetado de los medicamentos y los datos que debe contener como mínimo el prospecto y que se elabora de acuerdo con la ficha técnica del medicamento.

El 30 de junio de 2008 se publica el **Convenio marco de colaboración, entre el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Huesca, de Teruel y de Zaragoza y la Comunidad Autónoma de Aragón** (20), por el que se establecen las líneas generales de actuación en materia de atención farmacéutica y promoción de la salud. El Convenio tiene por objeto establecer un marco general de cooperación entre el Departamento de Salud y Consumo y los Colegios de Farmacéuticos de Aragón, para el desarrollo y ejecución de planes y actuaciones de mejora de los servicios que se prestan a los ciudadanos desde las oficinas de farmacia. Recoge el Convenio para el tratamiento de deshabituación con metadona y el Concierto de la prestación farmacéutica.

El **Convenio para el tratamiento de deshabituación con metadona** dirigido a toxicómanos dependientes de opiáceos en la comunidad Autónoma de Aragón afecta a las oficinas de farmacia ubicadas en la Comunidad Autónoma de Aragón debidamente acreditadas al efecto, que prestan su colaboración profesional en el programa de sustitución con opiáceos a personas afectadas por drogodependencias que desarrolla el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón.

El tratamiento comprende la atención sanitaria del proceso, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de la cartera de servicios de estas Unidades Asistenciales hasta el alta. No obstante, como mínimo, se consideran incluidos: elaboración y dispensación de la fórmula magistral, dispensación y administración de metadona, educación sanitaria y gestión de la información de órdenes médicas y hojas de control de dispensación de metadona.

La participación de las oficinas de farmacia en el programa tiene carácter voluntario, pero en todo caso los Colegios Oficiales de Farmacéuticos deben realizar las actuaciones precisas para procurar dicha participación, facilitando al Departamento de Salud y Consumo información actualizada de las oficinas de farmacia colaboradoras.

Se establece una tarifa de facturación por paciente y mes por el servicio de elaboración y dispensación ambulatoria de metadona, lo que constituye una novedad, pues es la única dispensación cuya remuneración al farmacéutico es por servicio y no con un margen proporcional al coste del fármaco dispensado.

**El Concierto de la prestación farmacéutica con las Oficinas de Farmacia de Aragón 2008** aporta cuatro novedades en relación con el anterior: la necesidad de implantación en el plazo más breve posible del sistema de receta electrónica, el visado electrónico, la aportación de imágenes digitalizadas de las recetas y algunas modificaciones en la formulación magistral.

Conscientes de las ventajas para los usuarios aragoneses, los Colegios de Farmacéuticos y la Administración de la comunidad autónoma de Aragón convienen en la necesidad de implantación, en el plazo más breve posible, del sistema de **receta electrónica en Aragón** manifestando ambas partes su apoyo a esta iniciativa.

Así en julio de 2008 comienza en la ciudad de Teruel el plan piloto de receta electrónica, afectando a los dos centros de salud de la capital, con sus 24 médicos y a las 11 oficinas de farmacia de la ciudad. Con esta premisa, se puede suponer que los comienzos no fueron fáciles, especialmente por el gran número de facultativos implicados y porque no se estableció un plan de formación del personal. El Colegio de farmacéuticos de Teruel contrató los servicios de un informático a tiempo completo y las oficinas de farmacia tuvieron que adaptar sus programas informáticos. A finales de 2008, es decir cinco meses después de su inicio, ya había en Teruel 2.409 usuarios de receta electrónica y se habían dispensado 20.584 medicamentos. Tres años después, en el año 2011, podemos decir que han dispensado 360.521 recetas electrónicas a un total de 8.014 pacientes distintos. El 31 por ciento de los medicamentos prescritos en atención primaria, lo son mediante receta electrónica, 29 por ciento en un Centro y 34 por ciento en el otro.

Figura 1: Medicamentos dispensados en receta electrónica en la ciudad de Teruel.

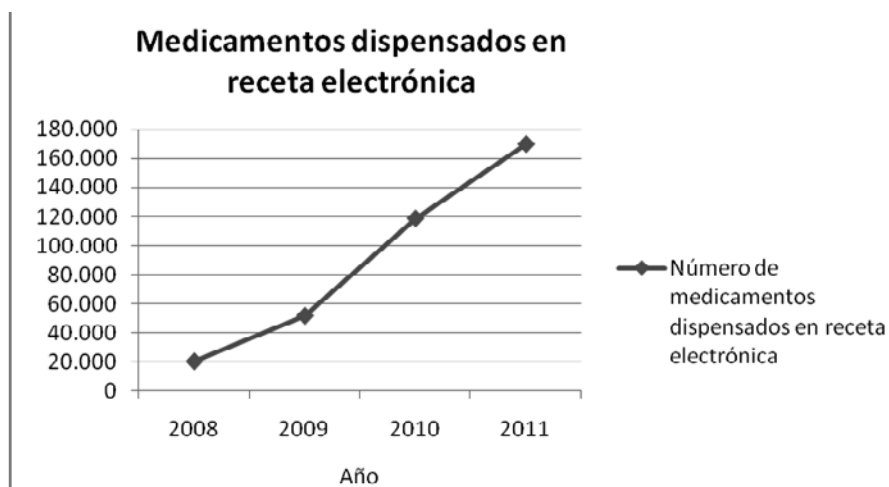
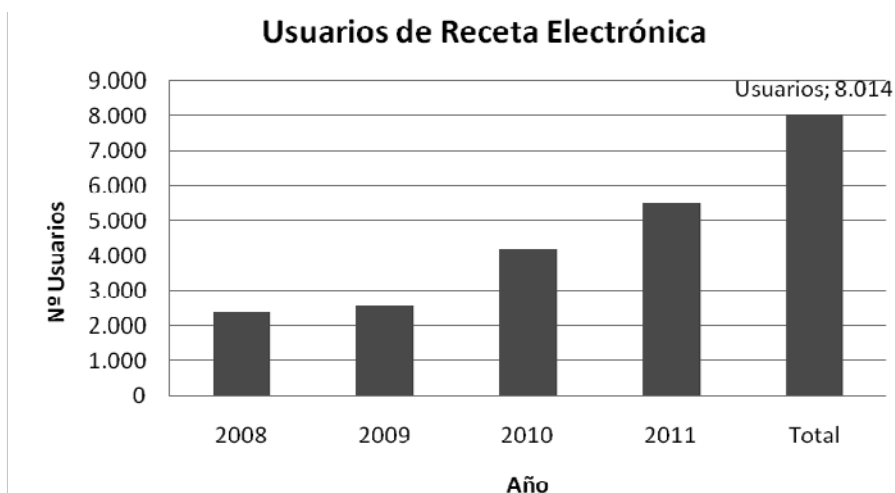


Figura 2: Usuarios de receta electrónica en la ciudad de Teruel



En cuanto a su distribución en las distintas oficinas de farmacia de la ciudad, el porcentaje de dispensaciones de receta electrónica sobre el total de recetas, va desde el 14.6 por ciento al 41.7 por ciento, estando la media en el 26.1 por ciento. No se corresponde con el volumen total de facturación ni está relacionado con la proximidad de la oficina de farmacia al Centro de salud, lo que hace que sean otros factores los que influyen en la valoración de la oficina de farmacia por los ciudadanos.

Tabla IV: Porcentaje de dispensación de receta electrónica por las oficinas de farmacia de la ciudad de Teruel

oficina farmacia	% recetas dispensadas	% receta electrónica sobre total
1	5,4	37,0
2	18,2	27,3
3	9,3	20,0
4	4,2	14,6
5	9,7	15,8
6	10,9	33,2
7	13,0	22,6
8	8,2	33,5
9	3,1	41,7
10	15,1	23,4
11	2,9	29,5

La satisfacción de los pacientes es muy alta, pues les evita tener que ir al médico para la renovación de los tratamientos, no acumulan medicamentos en sus domicilios, y se evitan duplicidades e interacciones. Nunca se ha dejado de dispensar ningún medicamento por problemas técnicos ni ha habido ninguna reclamación en Inspección.

Los médicos, que al principio tuvieron sus reticencias por falta de formación, han visto descongestionar sus consultas y conocen los medicamentos que el paciente ha retirado de la farmacia, es decir el cumplimiento terapéutico, dato que desconocen con las recetas tradicionales.

La Administración ahorra costes, pues se reduce el tiempo que los facultativos dedican a renovar tratamientos y disminuye el gasto por persona protegida. Además se conoce puntualmente los datos de facturación sin tener que esperar a finalizar el mes.

La receta electrónica ha supuesto un espectacular cambio en la faceta dispensadora de la oficina de farmacia, que aunque ha tenido que asumir costes importantes en comunicaciones, informática y formación de personal, gracias a la herramienta de conciliación ha disminuido sus errores de dispensación. Además, su avanzada tecnología ofrece oportunidad de mejores prestaciones sanitarias, entre ellas, la atención farmacéutica (21, 22).

Con la firma de este Concierto, las oficinas de farmacia de Aragón se comprometen también a colaborar en la mejora de la accesibilidad de los pacientes al visado de recetas mediante su participación en el programa de **visado electrónico de recetas**, de tal forma que, una vez concedida la autorización inicial de un tratamiento para un determinado paciente por la Inspección Médica, el visado de continuación del tratamiento pueda ser efectuado por las oficinas de farmacia dispensadoras. Hasta entonces era necesario llevar a visar cada receta al Servicio Provincial.

El visado es el acto a través del cual la Inspección Médica del Departamento de Salud y Consumo autoriza, previo a su dispensación y para un paciente concreto, la utilización de medicamentos y productos sanitarios que encontrándose incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, requieren un control sanitario especial (23).

Se puede proceder a la imposición de visado en los siguientes casos:

- a) Medicamentos sujetos a la calificación de prescripción médica restringida.
- b) Medicamentos sujetos a reservas singulares, por cuestiones de seguridad o de limitación para determinados grupos de población de riesgo.

- c) Medicamentos para los que se financien únicamente algunas de sus indicaciones terapéuticas o que se aplique una aportación reducida en función del tipo de paciente.

El visado electrónico ha tenido muy buena acogida en la provincia de Teruel. Cuatro años después de su implantación, es utilizado por el 97 por ciento de la Farmacias Comunitarias de la provincia. Las que no lo utilizan es debido a problemas técnicos de velocidad de comunicación. Las farmacias visan el 83 por ciento del total de recetas con visado facturadas, siendo los pensionistas los que más utilizan este servicio, 85 por ciento. En el caso de los activos, son visadas en la farmacias el 51 por ciento, debido a que muchos son tratamientos para procesos agudos, que sólo se visan una vez, y se realiza siempre en Inspección médica.

Por contingentes, son los Absorbentes de incontinencia urinaria los más visados en la farmacia, 88 por ciento; seguidos de medicamentos de diagnóstico hospitalario y otros medicamentos sometidos a visado, 86 por ciento; Dietoterápicos complejos y nutrición enteral, 50 por ciento; y los que menos se visan las medias elásticas terapéuticas.

Así pues, el sistema beneficia a todos los ciudadanos, pero especialmente a los colectivos que por su enfermedad o su avanzada edad requieren más de este tipo de recetas, y supone facilitar la vida de esta población y de sus familias, sobre todo a los que viven en zonas rurales, tan frecuente en nuestro despoblado territorio.

La Administración sanitaria ve reducida considerablemente su labor administrativa, pudiendo dedicar sus recursos al control sanitario de las prestaciones; y los farmacéuticos, que han realizado un gran esfuerzo económico y profesional, ven realzada su labor asistencial y de atención farmacéutica, al poder dispensar a los pacientes los tratamientos en el momento exacto, conociendo posología y duración del tratamiento (24).

En relación con la **formulación magistral**, el nuevo Concierto recoge algunas novedades importantes, siendo la principal y pionera en España que cuando se produzcan desabastecimientos continuados de medicamentos insustituibles de elevado valor terapéutico, por carecer de alternativa, se puede autorizar a las oficinas de farmacia a preparar y facturar con cargo al SALUD dichos medicamentos como fórmula magistral. En estos casos, el precio se podrá fijar de forma provisional a partir del precio de coste de las materias primas. El tipo de aportación de dichas fórmulas es el mismo que corresponde al medicamento desabastecido.

El anexo recoge 381 principios activos autorizados para elaborar fórmulas magistrales, especifica la vía de administración y demás condiciones particulares para poder ser facturadas con cargo al SALUD. De ellos el 20 por ciento tienen aportación reducida.

Según estudios durante seis meses posteriores a la publicación del Concierto, la fórmula magistral más utilizada es la vaselina salicilica pomada en concentraciones del 10 y 5 por ciento y Triancinolona Acetonido 0.1 % emulsión (25).

Tabla V: Fórmulas magistrales más prescritas en la provincia de Teruel

Fórmula	% recetas
Vaselina salicilica 10%, pomada	15,9
Vaselina salicilica 5% pomada	14,9
Triancinolona actonido 0,1%, emulsión	11,9
Ácido salicilico 10% , urea 10%, pomada	8,2
Tranilcipromina 10 mg., cápsulas	7
Bicarbonato sódico 1 g., cápsulas	6,9
Bicarbonato sódico 1 g, papeles	6,2
Ácido retinóico 0,2%, urea 10%, betametasona 0.5%, emulsión	5,7
Nistatina 400.000 U.I., óxido de zinc, pomada	3,2
5-Fluoruracilo 0,5%, emulsión	2,2
Propanolol 2 mg., papeles	2
Carbonato cálcico 1 g., paples	1,9

En importe, la fórmula que supone mayor gasto para el SALUD es Bicarbonato sódico cápsulas, seguida de Vaselina salicilica en pomada y Tranilcipromina cápsulas.

Las formas farmacéuticas más utilizadas son las pomadas, seguidas de emulsiones, cápsulas y papeles. No se ha dispensado ningún inyectable.

El 71 por ciento de las recetas de fórmulas magistrales son prescritas por facultativos de atención primaria y el 29 por ciento por especialistas; de éstos últimos son los dermatólogos los mayores prescriptores (82 por ciento), seguidos de pediatras (5 por ciento) y nefrólogos ( 4.2 por ciento).

En la provincia de Teruel se facturan mensualmente una media de cien recetas oficiales del SNS con prescripción de fórmulas magistrales, con un importe medio de 21 euros por receta, lo que supone el 0,04 por ciento del total de las recetas facturadas y el 0,05 por ciento del importe. Aunque en la provincia de Teruel se facturan con cargo al SALUD un reducido número de recetas de fórmulas magistrales, pero gran valor en la terapéutica ya que muchas de ellas corresponden a principios activos de medicamentos desabastecidos en el mercado e insustituibles. Asimismo, se elaboran fórmulas con principios activos comercializados pero a dosis no disponibles

en el mercado, lo que facilita el cumplimiento terapéutico especialmente en pediatría (26-28).

La última incorporación importante en este Concierto es la entrega, en el soporte informático adecuado, de las **imágenes digitalizadas** del anverso de todas las recetas facturadas, lo que facilita la revisión de recetas por parte del SALUD. El pago de las facturas queda condicionado a la entrega de las recetas y de los soportes informáticos de facturación que constituyen los justificantes de pago. Los soportes informáticos tienen la consideración de elemento técnico equivalente a la factura individual de cada oficina de farmacia e imprescindible para la comprobación de las facturas resumen entregadas por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Las imágenes digitalizadas de todas las recetas facturadas al SALUD han cambiado radicalmente la forma de trabajar de la Inspección de farmacia, permitiendo revisar informáticamente la mayor parte de las recetas dispensadas, sin necesidad de recurrir a las innumerables cajas de recetas en fríos y alejados almacenes.

\* \* \* \*

En mayo de 2008, de nuevo se actualizan los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución de medicamentos y a las oficinas de farmacia por la dispensación y venta al público de dichos medicamentos, **Real Decreto 823/2008**(29). Actualizándose también, la escala de deducciones en los márgenes de las oficinas de farmacia correspondientes a las recetas de medicamentos dispensados con cargo a fondos públicos, que se aplica a la factura mensual de cada oficina de farmacia por dichas recetas. Las deducciones pasan a ser de entre el 8 y el 15 por ciento de las ventas totales, a partir de 32.336,12 euros. Se excluyen de la escala de deducciones la cantidad correspondiente a dispensación de medicamentos precio de venta de laboratorio superior a 91,63 euros.

En diciembre de 2009, la **Ley 28/2009** (30) modifica la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que establecía como únicos profesionales sanitarios con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos a los médicos y odontólogos, y contempla la participación en la prescripción de determinados medicamentos de otros profesionales sanitarios como son los enfermeros y podólogos, desde el reconocimiento del interés para el sistema sanitario de su participación en programas de seguimiento de determinados tratamientos.

En este sentido, define la receta médica, pública o privada, como el documento que asegura la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico, un odontólogo o un podólogo, en el ámbito



de sus competencias respectivas, únicos profesionales con facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica.

Sin perjuicio de lo anterior, los enfermeros, de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación. El Ministerio de Sanidad y Política Social, con la participación de las organizaciones colegiales, es el responsable de acreditar, con efectos en todo el Estado, a los enfermeros para estas actuaciones.

En la actualidad, la Consejería de Salud de Andalucía ha certificado a tres enfermeros de primaria en seguimiento farmacológico de pacientes con anticoagulación oral y ha puesto en marcha procesos de capacitación y acreditación en seguimiento de protocolos farmacológicos.

El modelo de receta médica queda regulado en el **Real Decreto 1718/2010 de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación** (31), estableciendo un modelo único de receta con requisitos comunes para los medicamentos que la precisen, independientemente de que estén o no financiados por el SNS y de que se prescriban en la sanidad pública o privada, algo que no sucedía hasta entonces.

Refuerza la información al paciente, incorporando a la receta un documento de información, de entrega obligada, en el que el prescriptor anota las instrucciones adicionales sobre el tratamiento y las advertencias al farmacéutico para que se realice la dispensación con las máximas garantías de seguridad y eficacia.

Aclara que la receta médica es válida en todo el territorio nacional y debe garantizar que el tratamiento prescrito pueda ser dispensado al paciente en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.

Establece el formato en el que se editan las recetas oficiales del sistema sanitario, tanto públicas como privadas, así como los principales datos que deben incluir, datos del paciente: nombre, dos apellidos, año de nacimiento; datos del medicamento: nombre, vía de administración; datos del prescriptor: nombre y dos apellidos, número de colegiado, firma y fecha de prescripción.

Sobre las recetas médicas oficiales del SNS en soporte papel, fija que se puede prescribir un solo medicamento y un único envase del mismo, con algunas excepciones previstas. Tiene una validez de diez días naturales a partir de la fecha de prescripción y, con carácter general, el plazo máximo de duración del tratamiento que puede ser prescrito en una receta es de

tres meses. Excepcionalmente, se puede ampliar hasta los seis meses de duración como máximo.

Se regula por primera vez la **receta electrónica oficial del SNS**. La prescripción y dispensación de medicamentos y productos sanitarios en receta médica electrónica en el SNS debe atenerse a los criterios generales sobre receta médica según lo dispuesto en este Real Decreto. Recoge sus características, así como los requisitos de coordinación necesarios para que se garantice la interoperatividad en el SNS y se garantice su funcionalidad en los pacientes desplazados para que estos dispongan de su medicamento en cualquier oficina de farmacia del territorio español o en botiquines dependientes de las mismas, así como en los servicios de farmacia de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria. Para garantizar este derecho a los pacientes, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, como nodo nacional de intercambio electrónico de información sanitaria, actuará entre la Administración sanitaria de procedencia de la receta electrónica y la Administración sanitaria competente en la localidad donde se efectúe la dispensación correspondiente.

En la receta médica electrónica oficial del SNS pueden prescribirse uno o varios medicamentos y productos sanitarios. Deben ser prescritos según el plan terapéutico establecido, en base a intervalos de tratamiento definidos que no pueden ser superiores a un año, con las limitaciones establecidas reglamentariamente para la prescripción de medicamentos estupefacientes incluidos en la lista I de la Convención Única de 1961 de estupefacientes. No obstante, cada dispensación no puede superar un mes de duración máxima de tratamiento.

El sistema debe posibilitar al prescriptor el seguimiento de las dispensaciones del tratamiento prescrito y permitir, en el transcurso del tratamiento e informando al paciente, su modificación o anulación, atendiendo a cualquier evento o circunstancia sobrevenida en la situación clínica del paciente, así como a criterios de cumplimiento terapéutico.

El paciente puede solicitar en el momento de la prescripción, protección y confidencialidad en la dispensación de algún tratamiento. En estos casos el tratamiento se diferenciará para la dispensación, pudiéndose realizar a través de receta en soporte papel o a través de los procedimientos que se determinen por las Administraciones sanitarias.

Al efectuar la prescripción mediante el sistema de receta electrónica, se debe imprimir y entregar al paciente un documento de información del tratamiento prescrito.

La dispensación se realiza por las oficinas de farmacia conectadas al sistema de receta médica electrónica, mediante el procedimiento normaliza-

do establecido por las autoridades sanitarias competentes, que determinarán sus condiciones específicas, siendo necesario el certificado electrónico del titular de la oficina de farmacia, o, en su caso, del farmacéutico regente, adjunto o sustituto, expedido por la entidad competente.

Tras la identificación inequívoca del paciente y, en su caso, de la persona en quien delegue, el farmacéutico sólo puede acceder desde los equipos instalados en la oficina de farmacia, a los datos necesarios para una correcta dispensación informada y seguimiento del tratamiento y debe dispensar exclusivamente, de entre las prescripciones pendientes de dispensar, las que el paciente solicite.

Sólo se permite el acceso de los farmacéuticos al sistema electrónico mediante la tarjeta sanitaria del paciente debidamente reconocida por el sistema de receta electrónica. El acceso del farmacéutico siempre queda registrado en el mencionado sistema.

En el momento de la dispensación, los sistemas de receta electrónica deberán incorporar y remitir a las Administraciones sanitarias correspondientes, los datos de identificación del producto dispensado, número de envases dispensados y su identificación unitaria cuando sea posible, identificación de la oficina de farmacia dispensadora, utilizando para ello el NIF/CIF de su titular, así como el número de identificación de la oficina de farmacia otorgado por la Administración sanitaria competente, y la fecha de dispensación, en el formato que el nodo nacional de intercambio tenga establecido al efecto.

El sistema electrónico controla que el número de envases dispensados se correspondan con la pauta señalada por el prescriptor. Cuando el farmacéutico sustituya un medicamento prescrito de conformidad con los criterios legales vigentes, introducirá en el sistema la causa de dicha sustitución, quedando registrado el código del medicamento dispensado. Esta sustitución queda registrada en el sistema electrónico para posibilitar su consulta por el prescriptor.

En la receta médica electrónica, el plazo de validez durante el cual el paciente puede recoger el medicamento o producto sanitario en la farmacia, es de diez días naturales en el caso de una primera dispensación, contados a partir de la fecha de la prescripción o del visado en su caso.

El plazo de validez de la segunda o sucesivas dispensaciones se inicia diez días naturales antes de la fecha de finalización de la medicación de la dispensación anterior y termina en la fecha de finalización del tratamiento instaurada por el prescriptor, sin perjuicio de que, por las Administraciones sanitarias competentes, puedan ser establecidos otros plazos por necesidades de control o gestión.

El sistema de receta médica electrónica debe garantizar la seguridad en el acceso y transmisión de la información, así como la protección de la confidencialidad de los datos, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de protección de datos de carácter personal (32). Se implantan las medidas de seguridad de nivel alto, previstas en la referida normativa de protección de datos de carácter personal. Para garantizar dichos niveles de seguridad, esta información sólo será accesible desde la oficina de farmacia a efectos de dispensación, residiendo de forma permanente en los sistemas de receta electrónica gestionados por las Administraciones sanitarias y no puede ser almacenada en los repositorios o servidores ajenos a éstas, establecidos para efectuar la facturación, una vez esta se ha producido.

En junio de 2009, el **Real Decreto 1015 regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales** (33), como son:

- El uso compasivo, en condiciones excepcionales, de medicamentos en fase de investigación clínica en pacientes que no formen parte de un ensayo clínico.
- Las condiciones para la prescripción de medicamentos autorizados cuando se utilicen en condiciones distintas a las autorizadas.
- El acceso de medicamentos no autorizados en España siempre que estén legalmente comercializados en otros Estados.

#### *Uso compasivo de medicamentos en investigación:*

La AEMPS puede autorizar el uso compasivo de medicamentos en investigación. Con carácter previo, el promotor del ensayo clínico o el solicitante de la autorización de comercialización deben manifestar su disposición a suministrar el medicamento en investigación para uso compasivo, así como cualquier otra información relevante al respecto.

La AEMPS puede dictar una resolución de autorización temporal de utilización de medicamentos en investigación al margen de un ensayo clínico, en los casos de medicamentos que estén en una fase avanzada de la investigación clínica encaminada a sustentar una autorización de comercialización, o para los que se haya solicitado la autorización de comercialización, y siempre que se prevea su utilización para un grupo significativo de pacientes.

La autorización temporal de utilización incluye los requisitos y las condiciones en las cuales puede utilizarse el medicamento en investigación fuera del marco de un ensayo clínico sin necesidad de solicitar una autorización de acceso individualizado para cada paciente.

El promotor de los ensayos clínicos o el solicitante de la autorización de comercialización deben colaborar con la Agencia para establecer las condiciones de utilización, sobre la base de los resultados procedentes de la investigación clínica en marcha.

La dirección del centro hospitalario donde se administre el tratamiento debe garantizar, previo visto bueno a la aplicación de la autorización temporal de utilización en su centro, que el paciente para el que se propone la utilización del medicamento cumple las condiciones establecidas en la autorización temporal de utilización, y asegurar que se obtiene su consentimiento informado por escrito antes de la administración del medicamento conforme lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (34). Debe asimismo, y a efectos informativos, comunicar a la AEMPS cada uno de los pacientes que se acogen a la autorización temporal de utilización.

#### *Acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas:*

La utilización de medicamentos autorizados en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica, tiene carácter excepcional y se limita a las situaciones en las que se carece de alternativas terapéuticas autorizadas para un determinado paciente, respetando en su caso las restricciones que se hayan establecido ligadas a la prescripción y/o dispensación del medicamento y el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario. El médico responsable del tratamiento debe justificar convenientemente en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento e informar al paciente de los posibles beneficios y los riesgos potenciales, obteniendo su consentimiento informado.

#### *Medicamentos no autorizados en España:*

La AEMPS puede autorizar con carácter excepcional el acceso a medicamentos no autorizados en España y destinados a su utilización en España cuando se den las siguientes condiciones:

- Que no se encuentre el medicamento autorizado en España con igual composición o que esté en una forma farmacéutica que no permita el tratamiento del paciente.
- Que no exista en España medicamento autorizado que constituya una alternativa adecuada para ese paciente.

Asimismo puede autorizar el acceso a medicamentos que, estando autorizados en España, no se encuentran comercializados.

La solicitud de acceso individualizado a un medicamento no autorizado en España se presenta a la AEMPS a través de las Consejerías de Sanidad o centros designados por estas o de la dirección del centro hospitalario.

La AEMPS puede elaborar protocolos para establecer las condiciones de utilización de un medicamento no autorizado en España cuando prevea su necesidad para una subpoblación significativa de pacientes. Dichos protocolos de utilización pueden realizarse a propuesta de las autoridades competentes de las comunidades autónomas.

\* \* \* \*

El gran arsenal de fármacos disponibles para el tratamiento o alivio de las patologías y la constante introducción de nuevos principios activos, hacen necesario disponer de una información actualizada, independiente y evaluada que se ajuste a las recomendaciones de la evidencia científica, que guíen la correcta selección de medicamentos y la actividad terapéutica por parte de los profesionales sanitarios.

La Ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios dispone que las administraciones públicas sanitarias dirijan sus actuaciones a instrumentar un sistema ágil, eficaz e independiente, que asegure a los profesionales sanitarios información científica, actualizada y objetiva de los medicamentos y productos sanitarios. A su vez, establece que las unidades o servicios de farmacia de atención primaria deben realizar acciones para contribuir al uso racional de los medicamentos, y entre ellas establecer sistemas de información sobre gestión de la farmacoterapia incluyendo aspectos clínicos, de efectividad, seguridad y eficiencia de la utilización de los medicamentos y proporcionar una correcta información y formación sobre medicamentos y productos sanitarios a los profesionales sanitarios.

La Ley de ordenación farmacéutica para Aragón (35) recoge las funciones de los servicios farmacéuticos de las estructuras de Atención Primaria, entre las que se encuentra la información y asesoramiento al personal sanitario y a los órganos de gestión de la zona de salud en materia de medicamentos y productos sanitarios, así como en las materias en que puedan ser útiles sus conocimientos, formando parte de las comisiones que se creen sobre la materia en su zona de salud, e igualmente la elaboración y ejecución de programas de docencia e información sobre medicamentos a los profesionales de la Atención Primaria.

Para lograr este objetivo, en la comunidad autónoma de Aragón desde el año 2003 ha venido funcionando un comité de evaluación de medicamentos en el ámbito de la atención primaria, pero sin regulación normativa. En diciembre de 2009 se procede a la constitución formal del Comité de

Evaluación de Nuevos Medicamentos de Atención Primaria de Aragón (36) para dotarle de un respaldo normativo adecuado y una encomienda de funciones, así como prever los adecuados mecanismos de coordinación entre el citado Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos en Atención Primaria de Aragón y la nueva Comisión de Evaluación del Medicamento de los Hospitales del Sistema Sanitario Público de Aragón (37).

La citada Orden crea y regula el Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos en Atención Primaria de Aragón, como órgano consultivo y de asesoramiento adscrito al Departamento responsable en materia de salud. Con los objetivos de analizar y evaluar la aportación terapéutica de los nuevos medicamentos a la oferta farmacéutica disponible en cada momento y proporcionar a los profesionales sanitarios recomendaciones específicas para su correspondiente utilización.

Son funciones del Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos en Atención Primaria de Aragón:

- Evaluar los nuevos medicamentos, las nuevas indicaciones autorizadas, así como las nuevas asociaciones de medicamentos comercializados en el Estado español y financiados por el SNS, que vayan a utilizarse en el ámbito de la atención primaria.
- Elaborar informes de evaluación en los que se valoren los aspectos de eficacia, seguridad, pauta de administración y coste con respecto a las alternativas terapéuticas existentes en el mercado.
- Editar y difundir los informes de evaluación a los profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma de Aragón, comprometiéndose a dar un especial impulso al uso de las nuevas tecnologías de la información para la edición y difusión por medios electrónicos.
- La reevaluación de medicamentos que ya cuenten con un informe de evaluación previo, cuando la existencia de nuevas evidencias lo haga aconsejable.
- La aprobación y utilización de un procedimiento normalizado de trabajo para la realización del proceso de evaluación de nuevos medicamentos.
- La elaboración de informes técnicos sobre materias relacionadas con sus funciones, a petición del Departamento competente en materia de Salud.

El Comité está constituido por un mínimo de 16 miembros entre los que al menos figuran: Farmacéuticos de atención primaria, médicos de atención primaria y de atención especializada del Servicio Aragonés de Salud y un representante de los servicios centrales del Departamento de Salud y Consumo o del SALUD que desempeñe funciones en materia de uso

racional del medicamento. Los miembros del comité son nombrados por el titular del Departamento responsable en materia de salud por un periodo de cuatro años, pudiendo ser renovados consecutivamente por periodos iguales de cuatro años.

Con la colaboración del Comité y para contribuir a la formación continuada en terapéutica de los profesionales sanitarios se elaboran diferentes publicaciones:

**Boletín farmacológico de Aragón:** Tiene como objetivo proporcionar información relevante y actualizada a los profesionales sanitarios de Aragón. Se edita en formato electrónico y se distribuye a todas las direcciones de correo electrónico del personal facultativo del Departamento de Salud Servicios Sociales y Familia y del SALUD.

**Pharmakon:** Proporciona información objetiva, evaluada y contrastada sobre los nuevos principios activos comercializados en España, y califica su innovación terapéutica relativa frente a las alternativas existentes basada en las pruebas científicas disponibles.

**Boletín de Información Terapéutica:** Son revisiones sobre los medicamentos y su utilización a partir de evidencias aparecidas en la literatura biomédica nacional e internacional.

Otra acción importante en la gestión de la prestación farmacéutica por el Gobierno de Aragón es el **Contrato de Gestión** que el SALUD firma cada año con sus facultativos. Dicho contrato incluye un Pacto en Farmacia, que recoge los indicadores de calidad de prescripción individuales y agrupados por Equipos de Atención Primaria, así como los de Especializada, todos ellos ligados a incentívación.

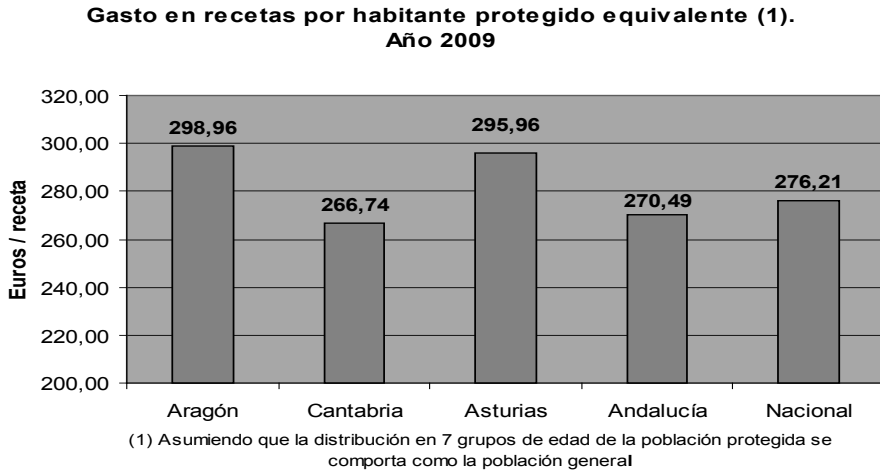
Dentro de las medidas a disposición del médico para la mejora de la calidad asistencial y el uso racional del medicamento, la utilización de indicadores de calidad de prescripción ocupa un lugar destacado, por ser instrumentos que permiten medir y evaluar la actividad prescriptora y actuar para su mejora. La colaboración de los profesionales es indispensable.

La utilización de indicadores de consumo farmacéutico como medida de calidad de prescripción presenta el inconveniente de no relacionar el tratamiento con el diagnóstico. Sin ser un instrumento que permita una evaluación concluyente de la labor terapéutica, puede ser de gran ayuda al permitir comparar la actividad entre profesionales y centros y ésta con los estándares planteados en base a consideraciones farmacológicas, epidemiológicas y de práctica médica (38).

Aragón tiene un gasto en recetas por habitante protegido superior a la media del SNS y a otras Comunidades con características poblacionales similares.



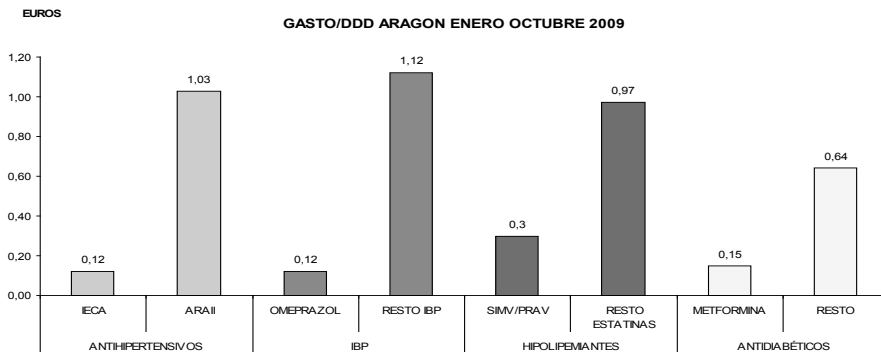
Figura 3: Gasto en recetas por habitante protegido equivalente en 2009



Ante este elevado gasto en farmacia y en un momento de moderación de los presupuestos se ha considerado relevante priorizar indicadores de calidad de la prescripción que además tengan una importante repercusión sobre el gasto.

Así, para 2010 y 2011 se han seleccionado indicadores donde la diferencia del Coste/Dosis Diaria Definida (DDD) entre el tratamiento de elección y la alternativa es considerable.

Figura 4: Gasto/DDD entre tratamiento de elección y alternativas en los distintos ICP que se van a monitorizar en 2010.



Los indicadores utilizados en Medicina de familia son:

- Prescripción de antihipertensivos IECA y ARA II:  $\text{DDD de IECA} * 100 / \text{total DDD de (IECA + ARA II)}$

La finalidad es reservar los antagonistas del Receptor de angiotensina 2 (ARA II) para intolerancia a IECA. En ninguno de los ensayos clínicos que se han hecho en comparación con los IECA y en ninguna de las indicaciones clínicas para las que están autorizados, los ARA II han demostrado ventajas en cuanto a resultados clínicos. Considerando la relación eficacia-coste, los ARA II deben ser utilizados sólo como alternativa a los IECA, cuando éstos no son bien tolerados.

- Prescripción de estatinas de elección:  $\text{DDD de simvastatina y pravastatina} * 100 / \text{total DDD de Inhibidores de la HMG-CoA Reductasa}$ .

Simvastatina y pravastatina son las dos moléculas del grupo que aportan mejores evidencias en la prevención de la morbimortalidad cardiovascular y, dado que ninguna otra presenta ventajas sobre estas en cuanto a seguridad, son las que tienen un balance mejor entre beneficio y riesgo. Simvastatina es la de coste más bajo. Pravastatina y atorvastatina se consideran fármacos alternativos a la simvastatina, cuya prescripción debería quedar restringida. La pravastatina para pacientes tratados con otros medicamentos que puedan ocasionar interacciones de relevancia clínica con el resto de las estatinas, ya que la pravastatina es la única que no se metaboliza a través del CYP450.

- Prescripción de antiulcerosos de elección:  $\text{DDD de omeprazol} * 100 / \text{total DDD de Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP)}$ .

La finalidad de este indicador es seleccionar el omeprazol como IBP de elección. No hay evidencia de que alguno de los IBP presente una eficacia superior al resto de moléculas en ninguna de las indicaciones clínicas, por lo que se considera que todos son igualmente efectivos cuando se emplean en dosis equipotentes. Los IBP presentan un buen perfil de seguridad y no hay diferencias en los efectos adversos que pueden originar. La seguridad de los tratamientos a largo plazo está contrastada, sobre todo con el omeprazol, que dispone de estudios observacionales de más de diez años de duración. El omeprazol es, además, la molécula con mayor experiencia de uso, ya que se ha usado de manera masiva en la población.

- Prescripción de antidiabéticos orales de elección:  $\text{DDD de metformina} * 100 / \text{total DDD de antidiabéticos orales}$ .

La monoterapia con metformina a la máxima dosis eficaz tolerada es el tratamiento de elección, salvo contraindicación, en todos los diabéticos ya que metformina ha demostrado claramente mejorar la hiperglucemia

sin producir aumento de peso e hipoglucemia, disminuir la resistencia a la insulina y ser beneficiosa en el tratamiento de las dislipidemias.

- Prescripción de penicilinas y cefalosporinas de 1ª y 2ª generación respecto al total de antibióticos sistémicos prescritos:  $\text{DDD de penicilinas} + \text{DDD de cefalosporinas 1ª y 2ª generación} * 100 / \text{total DDD de antibióticos sistémicos}$ .

España se caracteriza, al igual que otros países del sur de Europa, por un elevado uso de antibióticos y, paralelamente, por una elevada tasa de resistencias, con una relación causa-efecto conocida, aunque compleja. Más del 90% de la prescripción de antibióticos se hace en atención primaria y es mayoritariamente empírica.

- Prescripción por principio activo:  $\text{nº de envases de medicamentos prescritos por principio activo} / \text{nº total envases}$ .

La finalidad de este indicador es promover la identificación universal de los medicamentos. Facilita la detección de duplicidades al detectar medicamentos con el mismo principio activo o el mismo grupo terapéutico, lo que hace que disminuya el número de errores de medicación.

En pediatría, además de la prescripción por principio activo, se utilizan otro tipo de indicadores de prescripción:

- Prescripción de cefalosporinas orales de tercera generación en AP:  $\text{nº DDD de cefalosporinas orales de tercera generación} * 100 / \text{total DDD de antibióticos}$ .

Las cefalosporinas de tercera generación no se recomiendan en el tratamiento de las infecciones respiratorias más frecuentes en atención primaria. Para evitar la selección de microorganismos resistentes y mantener su actividad frente a *S. pneumoniae* deben reservarse para infecciones graves causadas por este microorganismo. En Atención Primaria se recomienda, siempre que el paciente la tolere, la vía oral, y en el caso de elegir una cefalosporina, las de primera y segunda generación cubren las patologías habituales en AP. La utilización elevada de los antibióticos tiene una relación directa con la selección de mecanismos de resistencias.

- Prescripción de glucocorticoides inhalados en pediatría respecto al total de antiasmáticos inhalados en el tratamiento de mantenimiento del asma:  $\text{nº DDD de glucocorticoides inhalados} * 100 / \text{total DDD antiasmáticos inhalados en el tratamiento de mantenimiento}$ .

Los glucocorticoides inhalados a dosis bajas son los fármacos de elección en el tratamiento del asma episódica frecuente. Son el tratamiento de elección para prevenir las crisis, ya que tienen una efectividad alta y una favorable relación entre beneficio y riesgo.

— Prescripción de penicilinas en pediatría de AP respecto al total de antibióticos sistémicos prescritos:  $n^{\circ}$  DDD de penicilinas \* 100 / total DDD de antibióticos sistémicos.

Actualmente uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo según la Organización Mundial de la Salud es la elevada prevalencia de bacterias causantes de enfermedades en humanos, que son resistentes a los antibióticos, tanto en infecciones adquiridas en la comunidad, como en las intrahospitalarias. La mayor parte de las prescripciones de antibióticos en la población general y especialmente en la pediatría son debidas a infecciones de las vías respiratorias, siendo los antibióticos del grupo de las penicilinas los de primera elección para el tratamiento de la mayoría de las infecciones bacterianas.

\* \* \* \*

Las actuaciones impulsadas para garantizar el uso racional de los medicamentos han contribuido a la moderación del crecimiento de la factura farmacéutica del SNS que pasó de crecimientos interanuales superiores al 10 por ciento hasta 2003, a crecimientos en el entorno del 5-6 por ciento a partir del año 2004 y con incrementos sostenidos en el número de recetas dispensadas

Figura 5: Porcentaje incremento gasto farmacéutico en comparación con el año anterior

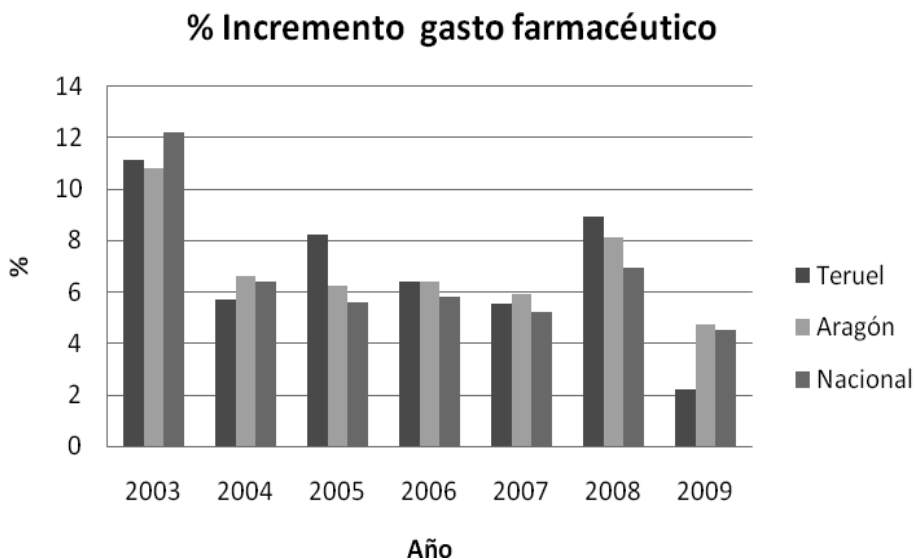
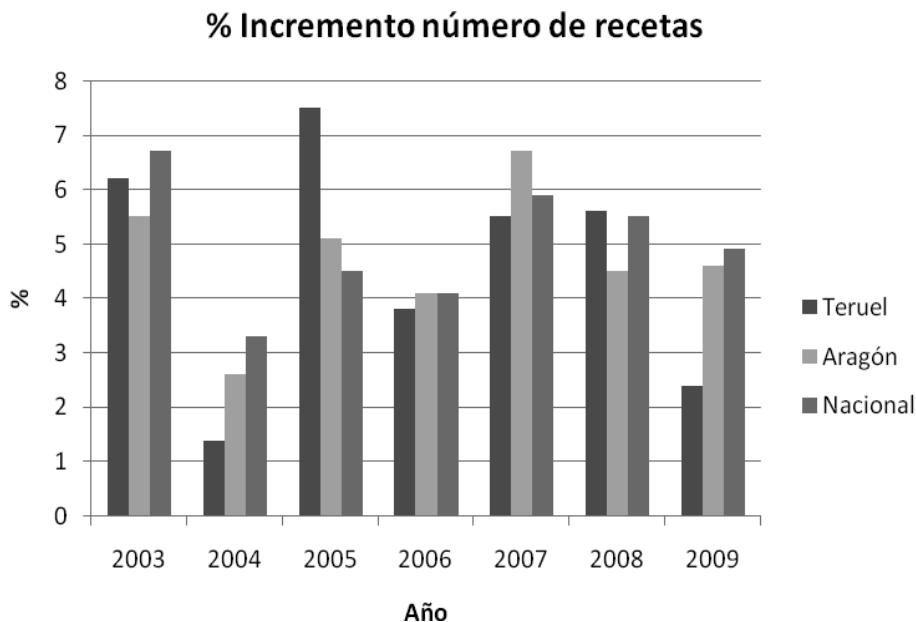


Figura 6: Porcentaje incremento del número de recetas dispensadas en relación con el año anterior.



En 2008 la economía española inicia una desaceleración continuada que se incrementó en 2009 y que agravada por la importante crisis financiera internacional, finalizó el año con un decrecimiento de nuestro Producto Interior Bruto del 3,6 por ciento y con el descenso continuado del IPC.

Así, en el año 2010 el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS, a la vista del crecimiento continuado y sostenido del gasto en medicamentos, de las dificultades de financiación derivadas de la crisis económica y financiera y de la consiguiente reducción de los ingresos fiscales, aprueba por unanimidad en su sesión extraordinaria del día 18 de marzo un acuerdo en el que se establecían un conjunto de acciones y medidas para promover la cohesión y la sostenibilidad del SNS.

Fruto de ese acuerdo, se aprueba el **Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al SNS** (39) que contiene medidas que persiguen el objetivo urgente de reducción inmediata del gasto, que asegure la necesaria sostenibilidad del Sistema sanitario público, con las premisas de universalidad y alta calidad en sus prestaciones.

Modifica varios artículos y disposiciones de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, posibilitando, a la hora de fijar los precios de los medicamentos, considerar todos los precios de los

medicamentos en los Estados miembros de la Unión Europea y no sólo el precio medio del medicamento. Corresponde a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, adscrita al Ministerio de Sanidad y Política Social, fijar, motivadamente y conforme a criterios objetivos, el precio industrial máximo para los medicamentos y productos sanitarios que van a ser incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, con cargo a fondos públicos y que se dispensen, a través de receta oficial, en territorio español.

Introduce novedades en lo referido a la revisión del precio de los medicamentos y de los productos sanitarios, pudiendo el Consejo de Ministros, previo acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos, revisar globalmente o fijar las condiciones de revisión periódica de los precios, para todos o una parte de los medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS.

Modifica el cálculo del precio de referencia, utilizando el coste/tratamiento/día menor en lugar de la media de los tres menores. Asimismo, se considera que cuando por aplicación del sistema de precios de referencia el precio industrial de un producto se vea afectado de forma importante, esa supuesta pérdida debe enjugarse en el plazo de dos años (antes eran tres) en mínimos de un 50 por ciento del precio al año hasta alcanzar el precio de referencia.

Se reduce el precio de los medicamentos genéricos en porcentajes que van del 15 al 30 por ciento.

Se amplía la reducción del 20 al 30 por ciento del precio de los medicamentos de los que no exista genérico autorizado en España y hayan transcurrido diez años desde la fecha en que se adoptó la decisión de financiarlo con fondos públicos, si hubiera genérico o biosimilar en cualquier Estado miembro de la Unión Europea, en la medida que este tipo de medicamentos por su menor precio, favorecen el objetivo de disminuir el gasto farmacéutico.

También modifica el Real Decreto 618/2007, por el que se regulan los requisitos y el procedimiento para el establecimiento de reservas singulares, mediante visado, a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos, en el sentido de que el Ministerio de Sanidad y Política Social puede limitar su dispensación, sin necesidad de visado, a los pacientes no hospitalizados, en los Servicios de Farmacia de los Hospitales.

Modifica el Real Decreto 823/2008, actualizando los importes correspondientes a los márgenes de las oficinas de farmacia creando tres tramos de PVL a partir de los cuales se aplican diferentes márgenes fijos. El escaso margen de los medicamentos de precio muy elevado hacía no rentable su dispensación para la oficina de farmacia, lo que ocasionaba desabastecimientos.

Asimismo, se establece una escala de deducciones conjunta a los márgenes de las oficinas de farmacia, teniendo en cuenta la facturación conjunta del SNS y de las mutualidades las recetas de medicamentos dispensados con cargo a los fondos públicos de las Comunidades Autónomas y de la Administración General del Estado.

Los márgenes de las oficinas de farmacia correspondientes a las recetas de medicamentos dispensados con cargo a fondos públicos, se modifican, aplicando a la factura mensual de cada oficina de farmacia por dichas recetas, deducciones que van del 7,8 por ciento hasta el 20, empezando a partir de 37.500,01 euros:

Tabla VI: Deducciones aplicables a las oficinas de farmacia en función de su facturación

Ventas totales a PVP IVA hasta – Euros	Deducción – Euros	Resto hasta – Euros	Porcentaje aplicable
0,00	0,00	37.500,00	0,00
37.500,01	0,00	45.000,00	7,80
45.000,01	585,00	58.345,61	9,10
58.345,62	1.799,45	120.206,01	11,40
120.206,02	8.851,53	208.075,90	13,60
208.075,91	20.801,83	295.242,83	15,70
295.242,83	34.487,04	382.409,76	17,20
382.409,77	49.479,75	600.000,00	18,20
600.000,01	89.081,17	En adelante	20,00

Hay que resaltar que esta medida, aunque gravosa para las farmacias, tiene la característica de la progresividad, afectando más a las farmacias que más facturan al SNS.

En mayo de 2010, el Gobierno aprueba el **Real Decreto Ley 8/2010 (40), por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público**, recogiendo entre otras, medidas en materia de sanidad, complementarias a las ya adoptadas anteriormente en el marco de la prestación farmacéutica en el Real Decreto Ley 4/2010.

Se realizan ajustes adicionales que permitirán la reducción de la factura farmacéutica pública, estableciendo deducciones sobre los medicamentos dispensados por las oficinas de farmacia al SNS.

Las oficinas de farmacia deben aplicar en la facturación de los medicamentos que se dispensan con cargo a la prestación farmacéutica del SNS

una deducción del 7,5 por ciento sobre el precio de venta al público de estos medicamentos, excepto genéricos y medicamentos afectados por precio de referencia. Esta medida va a tener gran impacto en las oficinas de farmacia de Aragón dado que afecta a todas por igual y no por volumen de facturación al SNS como ocurría hasta ahora.

La Distribución debe aplicar una deducción del 7,5 por ciento sobre el precio de venta del distribuidor y los laboratorios farmacéuticos igualmente una deducción del 7,5 por ciento sobre el precio industrial máximo.

Quedan excluidos de las deducciones previstas en este RDL los medicamentos genéricos, así como los no genéricos que afectados por el sistema de precios de referencia están excluidos.

En el caso de medicamentos huérfanos, las deducciones son del 4 por ciento.

El precio de venta al público de los productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS se reduce un 7,5 por ciento, a excepción del precio de los absorbentes de incontinencia de orina cuya reducción es del 20 por ciento.

Se modifica la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, instando a la AEMPS a que en el plazo de seis meses pueda autorizar la dispensación de unidades concretas para los grupos de medicamentos y/o patologías que se determinen, con el fin de ajustar las unidades dispensadas a la duración del tratamiento. Estas unidades pueden dispensarse a partir del fraccionamiento de un envase de un medicamento autorizado e inscrito, respetando la integridad del acondicionamiento primario, excepto cuando, en el marco de proyectos o programas autorizados por la mencionada Agencia, sea procedente su reacondicionamiento protocolizado y garantizando las condiciones de conservación del medicamento, así como la información al paciente.

Paralelamente, la Comunidad autónoma de Aragón también ha elaborado normas con el fin de disminuir la factura farmacéutica, resolviendo que numerosos principios activos de distintas especialidades de diagnóstico hospitalario, pasen a dispensarse por los servicios de farmacia hospitalaria de los hospitales de la red pública (41, 42).

Los medicamentos con risperidona inyectable de liberación prolongada han pasado a obtenerse por adquisición directa y se distribuyen a los Centros de Atención Especializada y a los Centros de Salud para su administración a los pacientes (43).

Los productos dietéticos para trastornos congénitos del metabolismo de aminoácidos y de lípidos en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón han pasado a ser prescritos y dispensados en los hospitales (44).



En marzo de 2011, y dado que durante un periodo suficiente se ha desarrollado en la ciudad de Teruel la experiencia piloto de receta electrónica que ha sido evaluada satisfactoriamente por los profesionales de los centros de salud, de las oficinas de farmacia y los usuarios, aportando las bases y criterios para su extensión al conjunto del Sistema de Salud de Aragón, se firma el **Acuerdo de colaboración entre la Comunidad autónoma de Aragón, Departamento de Salud y Consumo, y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Huesca, Teruel y Zaragoza, por el que se establece la extensión de la receta electrónica en el Sistema de Salud de Aragón.**

Se firma en Zaragoza, de una parte, la Consejera de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, y de otra, los presidentes de los tres Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las tres provincias aragonesas.

El Acuerdo, fruto de la labor del grupo de trabajo constituido entre profesionales de dicho Departamento de Salud y Consumo y representantes de los tres Colegios Oficiales de Farmacéuticos, define los modelos de funcionamiento, alcance y desarrollo del sistema de receta electrónica en los aspectos de dispensación y facturación, y los aspectos tecnológicos necesarios para su desarrollo e implantación, así como el plan de implantación para hacer efectivo el proceso de receta electrónica en su globalidad entre todos los agentes.

Tiene por objeto establecer un marco general de cooperación entre el Departamento de Salud y Consumo en el ámbito de las competencias atribuidas a la comunidad autónoma y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, para la extensión de la receta electrónica en el Sistema de Salud de Aragón.

El objetivo del proyecto es la creación de una historia farmacoterapéutica única para cada paciente, desde la que podrán ser realizadas y consultadas todas las prescripciones y dispensaciones derivadas de las mismas, tanto en el ámbito de la atención primaria como el de la especializada, destinadas a ser dispensadas en oficina de farmacia. Será la herramienta que utilizarán para prescribir los profesionales de Atención Especializada en el ámbito de las consultas externas y al alta hospitalaria o del servicio de Urgencias, así como los Equipos de Atención Primaria. En el futuro, también se visualizará en la misma la medicación crónica que, cada vez con más frecuencia, se dispensa desde los servicios de farmacia hospitalarios.

El sistema de receta electrónica permite la generación de prescripciones crónicas con duración máxima de un año que posibilita que los usuarios acudan regularmente a cualquier oficina de farmacia para retirar los envases necesarios de los productos prescritos sin necesidad de tener que ir al médico a retirar la prescripción. Las dispensaciones electrónicas posibilitan conocer en el momento, el producto dispensado y favorece la atención farmacéutica y la comunicación ágil entre los profesionales sanitarios de los

servicios de salud y las oficinas de farmacia.

En la historia farmacoterapéutica se tiene previsto desarrollar una serie de herramientas de ayuda a la prescripción destinadas a facilitar la selección del producto más adaptado a las necesidades de cada paciente y minimizar los riesgos asociados a los Problemas Relacionados con los Medicamentos. En este sentido, se generarán alertas en caso de aparecer en la prescripción de cada paciente: duplicidades terapéuticas, interacciones relevantes, productos afectados por alertas de seguridad o desabastecimiento generadas por la AEMPS, productos para los que se ha registrado alergia en el paciente, dosis máxima prescrita superior a las recomendaciones y productos contraindicados en caso de pacientes con insuficiencia renal y hepática. Se podrá acceder a la monografía de cada medicamento prescrito y a su ficha técnica (45).

Los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, en tanto que representantes de todos los farmacéuticos, son los intermediarios entre el Departamento de Salud y Consumo y las oficinas de farmacia en lo relativo a receta electrónica. En este sentido, cualquier comunicación que se produzca desde las oficinas de farmacia y el sistema de información de receta electrónica del Departamento de Salud y Consumo debe pasar por el servidor de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos y dejar rastro en el mismo.

Se acuerda que la implantación de esta nueva herramienta de gestión de la farmacoterapia, incluida en el Plan de Sistemas de la Información y la Telemedicina, será paulatina hasta abarcar la práctica totalidad del Sistema de Salud de Aragón comenzando por Zonas Básicas de Salud de las tres provincias.

El Acuerdo tiene una duración de tres años, pudiendo resolverse a instancia de cualquiera de las partes firmantes previa denuncia con una antelación mínima de, al menos, seis meses, y es prorrogable por periodos iguales al inicial.

\* \* \* \*

Es de resaltar que gracias a las medidas emprendidas, en el año 2010, y por primera vez en la historia del SNS, el gasto farmacéutico a través de receta oficial descendió respecto del producido en el año anterior, habiéndose cerrado con un decrecimiento del 2,36 por ciento, confirmándose la tendencia a la moderación que comenzó a apreciarse en abril de 2004, cuando el incremento interanual se situaba en el 11,02 por ciento, tras una subida del 12,15 por ciento en 2003.

Esta moderación en el crecimiento del gasto farmacéutico se ha manifestado tanto en el gasto medio por receta, que decreció un 4,79 por ciento con respecto a 2009, como en el número de recetas facturadas, que

se incrementó un 2,56 por ciento, por debajo del 4,94 por ciento del año anterior.

Tabla VII: Gasto farmacéutico con receta en 2010 en relación con 2009.

	% variación
Gasto total en recetas	-2,36
Gasto medio por receta	-4,79
Nº recetas facturadas	2,56

No obstante, pese a la reducción del gasto farmacéutico conseguida, casi todas las Comunidades Autónomas han ido adoptando medidas complementarias a las adoptadas por el Gobierno de España, medidas que podrían estar creando situaciones de desigualdad en la prestación farmacéutica e, incluso, atentar contra la cohesión y equidad del SNS y contra las competencias que, en esta materia, ostenta el Estado.

Cataluña plantea cobrar un euro por receta, Galicia aprueba su catálogo priorizado de medicamentos la Junta de Andalucía inicia las subastas de medicamentos pertenecientes a los tres grupos más consumidos: protectores gástricos, estatinas e inhibidores de la agregación plaquetaria, sacando a concurso determinadas presentaciones de medicamentos pertenecientes a los grupos terapéuticos más consumidos. Otras autonomías han decidido sacar determinadas moléculas de la prescripción electrónica y el paso de medicamentos de diagnóstico hospitalario a uso exclusivo en hospitales sacándolos del canal farmacéutico.

Son competencia exclusiva del Estado las bases y coordinación general de la sanidad, la legislación sobre productos farmacéuticos y el régimen económico de la Seguridad Social.

Así, el Gobierno para seguir avanzando en las medidas y actuaciones acordadas en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS para promover la sostenibilidad del Sistema, publica el **Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del SNS** (46).

En este RDL se concretan una serie de medidas de austeridad en la prestación farmacéutica que pretenden aliviar la tensión financiera de los servicios de salud, junto con otras medidas tendentes a mejorar la equidad, la cohesión y la calidad del sistema, como son la optimización de la aplicación de las nuevas tecnologías en los sistemas de información sanitaria y la mejora de la coordinación de la atención sociosanitaria.

Entre las medidas recogidas destaca la generalización de la prescripción por principio activo de los medicamentos y por denominación genérica de los productos sanitarios, salvo cuando existan causas de necesidad terapéu-

tica que justifiquen la prescripción por marca. El farmacéutico, dispensará el medicamento o producto sanitario de menor precio, sin distinción entre marca o genérico. No obstante, cuando, por excepción, la prescripción se haya realizado por la denominación comercial del medicamento o producto sanitario, el farmacéutico debe dispensar el producto prescrito si es el de menor precio de la agrupación correspondiente; de lo contrario, dispensará el de menor precio de la misma. Esta medida conlleva la dispensación del medicamento o producto sanitario de precio menor lo que supone un ahorro importante para el SNS.

Introduce modificaciones en el sistema de precios de referencia para agilizar el procedimiento de creación de nuevos conjuntos homogéneos de medicamentos así como sus precios de referencia. Se crearán de forma inmediata tras la inclusión en la financiación pública del primer genérico y se suprime la posibilidad actual de rebaja gradual en dos años del precio de los medicamentos.

También recoge la aplicación de una deducción del 15 por ciento a aquellos medicamentos que por carecer de genérico o biosimilar en España no se hayan incorporado al sistema de precios de referencia, si bien ha transcurrido un periodo de tiempo prudencial de diez años para que el laboratorio haya amortizado las inversiones de poner el medicamento en el mercado. Únicamente quedan excluidos de esta deducción aquellos medicamentos que, aún reuniendo las condiciones indicadas anteriormente, acrediten fehacientemente que están protegidos por patente en todos los Estados Miembros de la Unión Europea.

En orden a evitar desabastecimientos y posibilitar actuaciones de control e inspección de las Administraciones sanitarias, se añaden tres nuevas infracciones muy graves para sancionar el desabastecimiento de los medicamentos por parte del laboratorio titular de autorización de comercialización, la distribución fuera del territorio nacional de medicamentos para los que existan problemas de desabastecimiento con repercusión asistencial, y la realización, por parte de una oficina de farmacia, de actividades de distribución de medicamentos a otras oficinas de farmacia, almacenes mayoristas, o bien envíos de medicamentos fuera del territorio nacional.

Dentro del ámbito del uso racional de los medicamentos, se establece que la AEMPS se compromete a trabajar en adecuación del contenido de los envases de medicamentos a la duración real de los tratamientos de acuerdo con la práctica clínica. Además, para garantizar un mejor uso de los medicamentos por parte de los pacientes, en especial los crónicos y polimedicados, los farmacéuticos deben velar por el cumplimiento de las pautas terapéuticas establecidas por los médicos y cooperar en el seguimiento de los tratamientos. Una vez dispensado el medicamento, los farmacéuticos están autorizados

a facilitar sistemas personalizados de dosificación a los pacientes que lo soliciten, de cara a mejorar el cumplimiento de los tratamientos.

Se establece una medida de apoyo a la viabilidad de las oficinas de farmacia que garantice la continuidad del servicio asistencial que prestan, y en la actual coyuntura económica, la viabilidad de algunas de ellas está comprometida. Por eso propone un índice corrector del margen para dichas farmacias, garantizando así, su viabilidad, y por tanto, asegurar a la población, la prestación de un servicio esencial como es la prestación farmacéutica. En la provincia de Teruel, en 2012, trece farmacias se beneficiarán por esta medida, ya que sus ventas anuales en 2011 no alcanzaron 200.000 euros, y sus ventas al SNS fueron inferiores a 150.000 euros.

También recoge medidas en el ámbito de la aplicación de las nuevas tecnologías de cara a una mayor calidad, equidad y cohesión del SNS. Se establece un marco temporal para establecer un formato único y común de tarjeta sanitaria válido para todo el SNS y también para garantizar la interoperatividad y el intercambio de datos en todo el territorio mediante historia clínica digital y receta electrónica, lo que supondrá un avance esencial en la cohesión del SNS y corrige el mayor problema de la receta electrónica en la actualidad que es la falta de interoperabilidad.

Incorpora por último, previsiones para la mejora de la calidad de la atención a las personas que reciben servicios sanitarios y sociales, instando al Gobierno a elaborar, en cooperación con las comunidades autónomas, con las Mutualidades de funcionarios y con la colaboración de las organizaciones ciudadanas, los profesionales y las empresas del sector, una estrategia de coordinación de la atención sociosanitaria.

Para cumplir lo establecido en los Reales Decretos-Ley anteriores, en febrero de 2012 el Ministerio de Sanidad ha hecho pública la relación de medicamentos con la calificación de Diagnóstico Hospitalario que serán dispensados en las farmacias hospitalarias en vez de en las farmacias comunitarias. La relación incluye 79 medicamentos, un total de 15 principios activos, la mayoría de ellos oncológicos, aunque también aparecen fármacos para la psoriasis, artritis reumatoide, hepatitis C o EPOC. El listado es de mínimos, por lo que las distintas comunidades tienen libertad para incluir en su dispensación hospitalaria más fármacos.

Con todas estas medidas de reducción del gasto, la factura de medicamentos recetados en la sanidad pública, ha descendido durante dos años consecutivos, una factura que históricamente no dejaba de crecer año tras año. Así, según datos del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, los españoles gastamos en 2011 un 8.8 por ciento menos que el año anterior. La factura pública en recetas del SNS cerró 2011 en cifras similares a las que presentaba en 2007, aunque con 130 millones de recetas más. La

moderación del crecimiento se ha notado fundamentalmente en el gasto medio por receta, que ha descendido un 10.2 por ciento con respecto a 2010, volviendo a los valores de 2001. El número de recetas facturadas creció en 2011 una media del 1.62 por ciento, a pesar de que por primera vez en muchos años bajó la población.

En Aragón, el gasto farmacéutico decreció un 10,47 por ciento en relación con el año anterior, situándose en la segunda comunidad autónoma donde más se ha reducido, después de Galicia (-10,96 por ciento), son las que han registrado una mayor reducción del gasto farmacéutico.

La reducción de la factura farmacéutica ha radicado fundamentalmente en la bajada del precio medio de los medicamentos facturados, que se ha reducido, una media del 8.8 por ciento. Las Comunidades que han registrado una mayor reducción en el gasto medio por receta son las de Baleares (-14,04 por ciento), Galicia (-12,44 por ciento) y Aragón (-11,91 por ciento).

Tabla VIII. Evolución del gasto farmacéutico en 2012 en relación con el año anterior

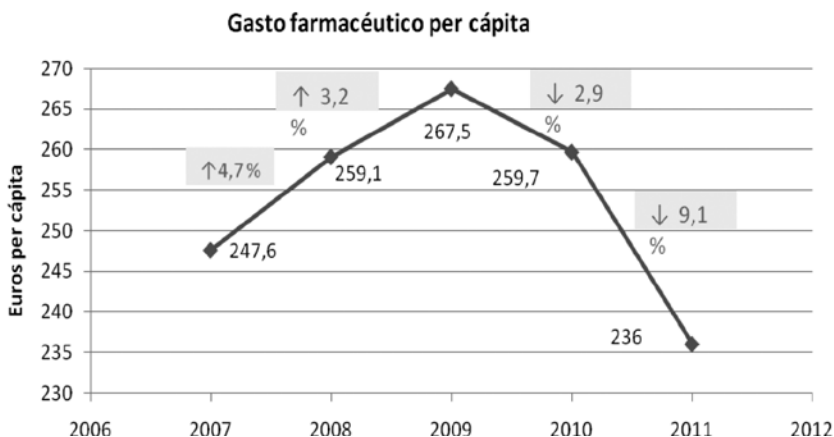
CCAA	2011	2010	%11/10
Andalucía	1.823.679.148	2.004.670.059	<b>-9,03</b>
Aragón	350.541.791	391.534.064	<b>-10,47</b>
Asturias	317.137.548	343.741.776	<b>-7,74</b>
Baleares	204.457.301	219.697.060	<b>-6,94</b>
Cantabria	141.379.999	152.456.479	<b>-7,27</b>
Castilla La Mancha	539.294.129	596.484.069	<b>-9,59</b>
Castilla León	664.273.905	725.240.336	<b>-8,41</b>
Cataluña	1.682.689.105	1.842.480.622	<b>-8,67</b>
Canarias	487.444.274	536.311.937	<b>-9,11</b>
Extremadura	329.916.122	356.924.545	<b>-7,57</b>
Galicia	829.194.308	931.283.873	<b>-10,96</b>
Madrid	1.185.733.780	1.288.457.667	<b>-7,97</b>
Murcia	385.709.194	420.249.109	<b>-8,22</b>
Navarra	148.267.156	161.140.260	<b>-7,99</b>
C. Valenciana	1.406.691.101	1.543.952.639	<b>-8,89</b>
País Vasco	534.209.181	578.019.562	<b>-7,58</b>
La Rioja	79.272.421	87.753.275	<b>-9,66</b>
Ceuta	14.399.972	14.948.650	<b>-3,67</b>
Melilla	12.096.560	12.337.165	<b>-1,95</b>
<b>NACIONAL</b>	<b>11.136.386.997</b>	<b>12.207.683.146</b>	<b>-8,78</b>

Tabla IX: Evolución del número de recetas dispensadas en 2011 en relación con el año anterior

CCAA	RECETAS		
	2011	2010	%11/10
Andalucía	178.930.991	176.739.209	<b>1,24</b>
Aragón	29.414.019	28.940.147	<b>1,64</b>
Asturias	25.305.044	24.835.373	<b>1,89</b>
Baleares	18.112.849	16.729.643	<b>8,27</b>
Cantabria	11.644.823	11.870.895	<b>-1,9</b>
Castilla La Mancha	46.048.040	45.941.215	<b>0,23</b>
Castilla León	53.810.280	52.744.305	<b>2,02</b>
Cataluña	154.434.339	151.486.758	<b>1,95</b>
Canarias	41.705.661	41.311.624	<b>0,95</b>
Extremadura	27.079.024	26.477.061	<b>2,27</b>
Galicia	66.677.377	65.572.028	<b>1,69</b>
Madrid	110.012.143	106.826.195	<b>2,98</b>
Murcia	31.426.208	30.866.297	<b>1,81</b>
Navarra	12.297.949	12.042.936	<b>2,12</b>
C. Valenciana	114.140.645	114.020.266	<b>0,11</b>
País Vasco	43.551.367	42.872.249	<b>1,58</b>
La Rioja	6.365.271	6.212.762	<b>2,45</b>
Ceuta	1.227.124	1.183.346	<b>3,7</b>
Melilla	1.049.651	1.022.319	<b>2,67</b>
<b>NACIONAL</b>	<b>973.232.805</b>	<b>957.694.628</b>	<b>1,62</b>

El gasto público per cápita descendió en 2011 un 9.1 por ciento con respecto a 2010, hasta los 236 euros por habitante. Este dato representa, según el último boletín de coyuntura publicado por Farmaindustria el nivel más bajo desde 2005.

Figura 7: Gasto en medicamentos per cápita a través de receta. Total España



Fuente: El Global. Boletín de Coyuntura de Farmaindustria

De cara a 2012, afectados por la crisis y la necesidad de ajustar sus gastos a los ingresos para no sobrepasar los techos de gasto, las cuentas sanitarias autonómicas de 2012 implican un recorte medio del 1 por ciento en la partida de Sanidad y del 6 por ciento en Farmacia respecto del año anterior. Desde que se culminaron las transferencias sanitarias, el ejercicio de 2011 fue el primero en el que los presupuestos farmacéuticos bajaron (una media del 2,4 por ciento en el SNS) tras años ininterrumpidos de subidas.

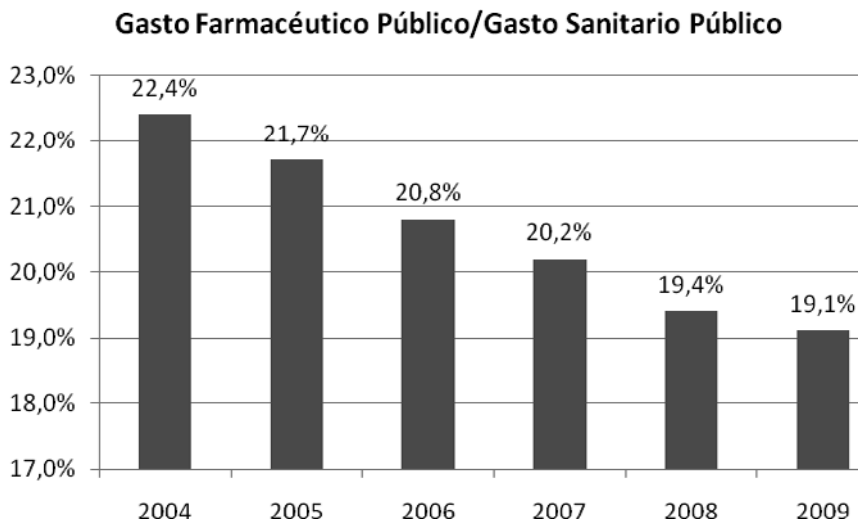
Diez Comunidades han reducido su presupuesto en Farmacia, lideradas por Cataluña, 26 por ciento; Aragón, 21,8 por ciento y Navarra, 10 por ciento. Tres Comunidades mantienen sus presupuestos, y sólo tres Comunidades presupuestan al alza, algunas de ellas para poder pagar algunos meses de 2011 que se quedaron sin pagar.

En comparación, solamente ocho Autonomías han reducido su presupuesto sanitario. Esto explica, por un lado la tensión que la factura farmacéutica todavía supone para las comunidades autónomas, y por otro la confianza que los distintos ejecutivos mantienen en la prescripción por principio activo de cara a reducir la factura pública de medicamentos.

El gasto en medicamentos a través de receta sobre el total del gasto sanitario público va descendiendo paulatinamente desde 2004 (47).



Figura 8: Evolución del gasto farmacéutico con receta: Gasto Farmacéutico Público/  
Gasto Sanitario Público



Los datos contribuyen, a cambiar la tónica presupuestaria de que la factura de farmacia ocupaba una cuarta parte de los presupuestos sanitarios. Para 2012, el peso de la farmacia a través de receta sobre el gasto sanitario se ve reducido hasta el 17,7 por ciento. Solo en cinco comunidades esta factura supone más del 20 por ciento del gasto total. En Aragón supone el 14,9 por ciento del presupuesto de sanidad, y este supone el 41,4 por ciento del presupuesto total del Gobierno autónomo (48).

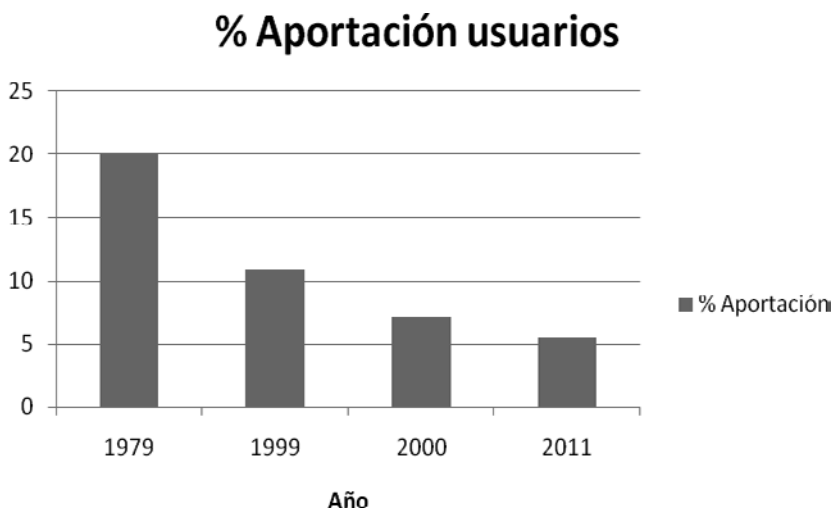
Desde algunos sectores se señala que el gasto farmacéutico en nuestro país es muy superior al de otros países de nuestro entorno. España gasta en medicamentos el 1,8 por ciento del PIB, cifra similar a Alemania y menos que Francia (1,9 por ciento). Los países nórdicos y otros, como Reino Unido, Holanda o Suiza, dedican menor porcentaje de su PIB a esta partida de farmacia. En nuestro país, el 9,5 por ciento del PIB se invierte en sanidad, por debajo de los países de nuestro entorno (Francia 11,8 por ciento, Alemania 11,5 por ciento) (49).

El que el gasto farmacéutico público sea mayor o menor en un país o en otro depende en última instancia de dos variables fundamentales: de la amplitud del catálogo de medicamentos financiados y del nivel de generosidad/gratuidad de la prestación farmacéutica pública; esto es, el volumen de copagos. Ambas opciones deben considerarse.

La contribución del paciente español ha disminuido en los últimos años. En 1979 el porcentaje de copago efectivo era del 20 por ciento, en 1999 se

reducía casi a la mitad, en 2000 bajó al 7,1 y ha llegado al 5,5 en 2011. En España, en torno al 75 por ciento de las recetas se concentran en un 20 por ciento de la población que está exenta de pago, y su consumo ha pasado a unas 55 recetas por año frente a las siete de un trabajador, sin que ello guarde relación necesariamente con un empeoramiento de su estado de salud.

Figura 9: Evolución de la aportación de los usuarios por la dispensación de recetas médicas



También conviene enfocar el gasto farmacéutico desde la realidad diaria de los médicos de Atención Primaria: un ciudadano español visita al médico entre ocho y diez veces al año, una de las tasas más altas de la OCDE. En Suecia por ejemplo, sólo se llega a tres; Francia y Reino Unido están entre cuatro y cinco. Esto implica, en parte el continuo incremento en el número de recetas por cápita (50).

Hay que reconocer la trascendencia que ha tenido la labor de los profesionales del sector en alcanzar el nivel de vida actual, En los últimos cien años la esperanza de vida de los españoles aumentó treinta años y desde la década de los ochenta hasta ahora en diez.

Un estudio de la Commonwealth situaba en 2008 al sistema sanitario español como el tercero mejor, solo por detrás de Francia y Japón, y se ha conseguido con una de las partidas presupuestarias más bajas de la Unión Europea, por lo que la eficiencia está demostrada (51).

Sin embargo las políticas parecían apuntar todas en la dirección de austeridad presupuestaria y así en menos de 2 años, el pasado 20 de abril, aparece el cuarto RDL de la crisis, el **RDL 16/2012, de medidas urgentes**

**para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones** (52), justificado en su exposición de motivos por la grave dificultad económica del SNS, sin precedentes desde su creación. El RDL deberá someterse a convalidación en el Congreso de los Diputados pero introduce modificaciones en disposiciones normativas de gran calado, como la Ley de cohesión y calidad del SNS, Ley de garantías y uso racional de los medicamentos, Ley de ordenación de las prestaciones sanitarias y Real Decreto sobre receta médica entre otras.

Es de destacar el énfasis que el legislador pone en el término “común”, con el que pretende corregir las diferencias cada vez mayores en las prestaciones de los distintos Servicios de Salud

La prestación farmacéutica ambulatoria deja de ser una prestación básica y pasa a ser suplementaria común, al igual que la ortoprotésica, y los productos dietéticos. Los servicios incluidos en la cartera básica serán gratuitos y los de la suplementaria tendrán copago.

La aportación del usuario en la prestación farmacéutica ambulatoria, será proporcional al nivel de renta, que se actualizará, como máximo, anualmente.

Estarán exentos de aportación los parados a los que se les acabe la prestación de desempleo, los pensionistas con pensión no contributiva, los afectados del síndrome tóxico y personas con discapacidad.

Los pensionistas aportarán un 10 por ciento, con máximos de 8, 18 o 60 euros al mes según su nivel de renta.

Los activos aportarán el 40, 50 o 60 por ciento en función de su nivel de renta.

El importe de las aportaciones que superen estas cantidades será objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con periodicidad máxima trimestral.

Los mutualistas seguirán aportando el 30 por ciento.

Crea el Fondo de Garantía Asistencial, de carácter extrapresupuestario, para dar cobertura a los desplazamientos entre comunidades autónomas de los ciudadanos.

Autoriza al Ministerio de Sanidad a excluir de la prestación aquellos medicamentos que, convivan con un medicamento sin receta con el mismo principio activo y dosis, los considerados como publicitario en el entorno europeo y a los que estén indicados para síntomas menores.

Modifica los descuentos de las farmacias en función del volumen de su facturación al SNS, haciéndolos mas progresivos, favoreciendo a las farmacias mas humildes, mientras que el resto tendrán que aportar más.

Los precios de los medicamentos, a diferencia de lo sucedido en las anteriores normas, no se modifican en principio, pero se habilita la posibilidad de ser revisados trimestralmente los precios menores.

Recupera la idea de crear el sistema llamado de precios seleccionados, por el que el Ministerio puede fijar un precio máximo de financiación para determinados medicamentos de gran consumo.

Respecto a los medicamentos genéricos, propone su impulso, legislando la obligatoriedad de prescribir por DOE en el caso de tratamientos agudos, y reservando la prescripción por marca a la continuación de los tratamientos crónicos. Cuando la prescripción se realice por principio activo, el farmacéutico debe dispensar el medicamento de menor precio y, en el caso de igualdad, el medicamento genérico

Reclama, una vez más, la necesidad de adecuar el tamaño de los envases a la duración de los tratamientos.

Y por fin, en un intento de coordinar a las distintas administraciones autonómicas, crea una central de compras para obtener ventajas en la adquisición de medicamentos gracias a la economía de escala.

He comenzado este discurso diciendo como el hombre necesita los medicamentos, pues a través de ellos mejora su condición. La sostenibilidad del sistema público de Salud es uno de los aspectos que deben afrontar los gobiernos y todos los que trabajamos en la gestión de la sanidad. Nuevas medidas de gestión de la prestación farmacéutica irán apareciendo, y junto con las expuestas, harán que siga siendo una prestación sostenible y que todos sigamos teniendo acceso al medicamento, este bien que como decía Mingote «parece increíble que unas cosas tan pequeñas hayan producido unas satisfacciones tan grandes». Que sigamos teniendo farmacias rentables en nuestros pueblos y en cada barrio de nuestras ciudades, y como no, que la industria farmacéutica siga innovando, y con medicamentos seguros y eficaces, podamos hacer frente a las nuevas enfermedades que día a día afectan a la humanidad.

He dicho.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 311, de 28 de diciembre.
2. Decreto 6/2002, de 22 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se asignan al Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. BOA núm. 10, de 23 de enero.

3. Decreto 148/2002, de 30 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura del Servicio Aragonés de Salud y se modifica su reglamento. BOA núm. 56, de 15 de mayo.
4. Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. BOA núm. 46, de 19 de abril.
5. Concierto con las Oficinas de Farmacia de Aragón. 2003
6. Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de las fórmulas magistrales. BOE núm. 65, de 16 de marzo.
7. ORDEN de 16 de diciembre de 2003, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la autorización y acreditación de los servicios de farmacia y oficinas de farmacia que elaboran fórmulas magistrales y preparados oficinales. BOA núm. 3, de 7 de enero de 2004.
8. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 35, núm. 4, 2011.
9. Real Decreto Ley 5/2000 de 23 de junio BOE 151, de 24 de junio.
10. ORDEN de 8 de abril de 2003, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, por la que se regula la identificación de los usuarios en las Oficinas de Farmacia de Aragón para el acceso a la prestación farmacéutica. BOA núm. 45, de 16 de abril.
11. Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC y se actualiza la relación de medicamentos excluidos de la financiación pública así como los grupos y subgrupos terapéuticos que tienen la consideración de aportación reducida. BOE núm. 264, de 4 noviembre; rectificado BOE núm. 21, de 24 enero 2004.
12. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29 de mayo.
13. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. BOE núm. 306, de 22 de diciembre.
14. REAL DECRETO 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico. BOE núm. 315 de 31 de diciembre.
15. Constitución española. BOE núm. 311, de 29 de octubre de 1978.
16. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 178, de 27 de julio.
17. Socorro Ortega, E. Correo Farmacéutico. Año VII. Núm. 65, página 2. 2012.
18. Brocal Carrasco, N. Correo Farmacéutico Año VII. Núm. 65, página 4. 2012.
19. Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro, y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. BOE núm. 267, de 7 de noviembre.
20. ORDEN de 30 de junio de 2008, del Vicepresidente del Gobierno, por la que se dispone la publicación del Convenio marco de colaboración, entre el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Huesca, de Teruel y de Zaragoza y la Comunidad Autónoma de Aragón, por el que

se establecen las líneas generales de actuación en materia de atención farmacéutica y promoción de la salud. BOA núm. 5, de 9 de enero.

21. Dieciocho meses de Receta Electrónica en Teruel: Desarrollo del Piloto. Giménez Zuriaga, M., Pellón Sebastián, C., García-Valiño, D., Sanllehi Villa, N., Muñoz Espílez, M.F. IV Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco. Noviembre 2009.
22. Receta electrónica en Teruel, año 2010. Muñoz Espílez, M.F. V Jornadas Hospital Obispo Polanco. Teruel. Noviembre 2010.
23. Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo, por el que se regula el procedimiento para el establecimiento, mediante visado, de reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos. BOE núm. 114, de 12 de mayo de 2007.
24. Muñoz Espílez, M.F., Giménez Zuriaga, M, Giménez Muñoz, M.P. Visado electrónico de recetas en farmacias de la provincia de Teruel. Acercando servicios al paciente. VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. Sevilla. Octubre 2009.
25. Muñoz Espílez, M.F. Boletín Informativo Farmacéutico de Aragón. Dispensación de Fórmulas Magistrales en la provincia de Teruel. Año 20 núm 98. 24-25. 2009
26. Muñoz Espílez, M.F. Prescripción de fórmulas magistrales en receta oficial del SNS en la provincia de Teruel. III Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco. Noviembre 2008.
27. Muñoz Espílez, M.F., Giménez Zuriaga, M. Dispensación de Fórmulas magistrales en una oficina de farmacia urbana de Teruel. Congreso Europeo de Oficina de Farmacia. Barcelona. Marzo de 2009.
28. Muñoz Espílez, M.F., Giménez Zuriaga, M. Valoración de fórmulas magistrales en receta oficial en la provincia de Teruel, según Concierto con el Servicio Aragonés de Salud. XIII Congreso de Formulación Magistral. Murcia. Mayo 2009.
29. REAL DECRETO 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano. BOE núm. 131, de 3 de mayo.
30. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 315, de 31 de diciembre.
31. Real Decreto 1718/2010 de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE núm. 17, de 20 de enero de 2011.
32. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298, de 14 de diciembre.
33. Real Decreto 1015/2009 de 19 de junio por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. BOE núm. 174 de 20 de julio.
34. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 de 15 de noviembre.
35. Ley 4/1999, de Ordenación Farmacéutica para Aragón. BOA núm. 39, de 6 de abril.
36. Orden 15 de diciembre de 2009 de la Consejera de Salud y Consumo Departamento de Salud y Consumo por la que se regula la Constitución y Funcionamiento del

- Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos en Atención Primaria de Aragón. BOA núm. 4, de 8 de enero de 2010.
37. Orden 22 de octubre de 2009 del Departamento de Salud y Consumo por la que se regula la Comisión de Evaluación del Medicamento de los Hospitales del Sistema Sanitario Público de Aragón. BOA núm. 223, de 17 de noviembre.
  38. Programa de mejora de la prescripción farmacológica en atención primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid 1998.
  39. Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 75, de 27 de marzo.
  40. Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. BOE núm. 126 de 24 de mayo.
  41. Instrucción de 9 de febrero de 2010 del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón sobre condiciones de dispensación en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón de determinados medicamentos.
  42. Instrucción de 1 de marzo de 2011 del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón por la que se establecen las condiciones de dispensación de Everolimus y de Certolizumab y se actualiza la relación de medicamentos cuya dispensación debe realizarse a través de los servicios de farmacia hospitalaria en el ámbito del sistema sanitario público de Aragón.
  43. Instrucción de 17 de febrero de 2010 del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón sobre la adquisición y dispensación de Risperidona inyectable de liberación prolongada en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón.
  44. Instrucción de 30 de agosto de 2010 del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, por el que se establecen las condiciones de prescripción y dispensación de productos dietéticos para trastornos congénitos del metabolismo de de los aminoácidos y de los lípidos en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón.
  45. Izuel Ramí, M., Poncel, A. Amorín, M.J. Boletín Farmaco Terapéutico de Aragón, núm. 07. Mayo 2011.
  46. Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. BOE núm. 200, de 20 de agosto.
  47. El Global Año XIII n° 557 página 37, 19 a 25 de marzo de 2012.
  48. Rodríguez Carlos B El Global Año XII n° 547, página 7, 9 a 15 de enero de 2012.
  49. Rodríguez Carlos B El Global Año XIII n° 550, página 12, 30 de enero al 5 de febrero de 2012.
  50. Rodríguez Carlos, B. El Global Año XIII n° 550, página 6, 30 de enero al 5 de febrero de 2012.
  51. Ruiz Tagle, J. El Global Año XIII n° 558, página 13, 26 de marzo a 2 de abril de 2012.
  52. Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm. 98, de 24 de abril.

