



ANÁLISIS PROSPECTIVO DELPHI SOBRE EL FUTURO DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

Alicia Coduras Martínez
Juan del Llano Señarís

ANÁLISIS PROSPECTIVO DELPHI SOBRE EL FUTURO DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

Dirección

FEDERICO PLAZA PIÑOL

Director de la Fundación AstraZeneca

JUAN DEL LLANO SEÑARÍS

Director de la Fundación Gaspar Casal

Grupo Director

ALFONSO MORENO GONZÁLEZ

Catedrático de Farmacología, Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid

ÁLVARO HIDALGO VEGA

Profesor Titular de Economía de la Universidad de Castilla La Mancha

FEDERICO PLAZA PIÑOL

Director de la Fundación AstraZeneca

GONZALO TRINCADO IBÁÑEZ

Director de Farmacia del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco

JAUME PUIG I JUNOY

Profesor Titular de Economía de la Universidad Pompeu Fabra

NIEVES MARTÍN SOBRINO

Directora de Farmacia de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León

Autores

ALICIA CODURAS MARTÍNEZ

*GEM Spain Technical Director, Instituto de Empresa,
Business School e Investigadora Asociada Fundación Gaspar Casal*

JUAN DEL LLANO SEÑARÍS

Fundación Gaspar Casal

Colaboradores

Elaboración de cuestionarios

ISABEL RABASSA SANROQUE Y GEMA PI CORRALES

Fundación Gaspar Casal

Seguimiento de Participantes

M^a JESÚS CANO NOTARIO

Fundación Gaspar Casal

Seguimiento de Calidad

JAVIER DEL LLANO SEÑARÍS

Fundación Gaspar Casal

La FAZ y la Fundación Gaspar Casal no se responsabilizan de los resultados y opiniones del “ANÁLISIS PROSPECTIVO DELPHI SOBRE EL FUTURO DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA”. Ambas instituciones se han limitado a facilitar y promover el debate y el proceso y seguimiento de contestaciones y conclusiones de los expertos

Índice

Prólogo Federico Plaza, Director General de la Fundación AstraZeneca	9
Prólogo Julián García Vargas, Ex-Ministro de Sanidad y Consumo	11
Prólogo Ana María Pastor Julián, Ex-Ministra de Sanidad y Consumo	15
Introducción	17
Procedimiento	19
Nivel de participación en el proceso de recogida de información	21
Bloque A. Autoridad Sanitaria	23
Resultados	23
Conclusiones	29
Bloque B. Financiadores	33
Resultados	33
Conclusiones	39
Bloque C. Prescriptores	41
Resultados	41
Conclusiones	47
Bloque D. Farmacéuticos	49
Resultados	49
Conclusiones	58
Bloque E. Colegios Profesionales	61
Resultados	61
Conclusiones	63

Bloque F. Distribución	65
Resultados	65
Conclusiones	67
Bloque G. Industria farmacéutica	69
Resultados	69
Conclusiones	76
Bloque H. Comunidad investigadora	79
Resultados	79
Conclusiones	81
Bloque I. Comisiones de evaluación de medicamentos	83
Resultados	83
Conclusiones	85
Bloque J. Paciente	87
Resultados	87
Conclusiones	89
Conclusiones y reflexiones finales	91
Autoridad Sanitaria	92
Financiadores	92
Prescriptores	93
Farmacéuticos	94
Colegios Profesionales	95
Distribución	96
Industria farmacéutica	96
Comunidad investigadora	97
Comisiones de evaluación de medicamentos	98
Paciente	98
Agradecimientos	99
Bibliografía	101
Anexo 1. Participantes en el estudio	103
Anexo 2	107
Primera ronda	107
Segunda ronda	138

Prólogo

Nos movemos en tiempos muy volátiles y convulsos para el sector farmacéutico. La I+D+i orientada al desarrollo de nuevas alternativas terapéuticas cada vez es más compleja, costosa y está sometida a mayores riesgos. El hallazgo y comercialización de medicamentos innovadores requiere, además de grandes inversiones, ciclos de tiempo largos y estudios clínicos cada vez más exigentes y no solo orientados a la demostración de seguridad y eficacia, sino también a acreditar un valor añadido respecto a terapias ya existentes, su utilidad en grupos específicos de población y un balance coste/efectividad favorable que asegure a los sistemas sanitarios una inversión eficiente en salud.

Los sistemas sanitarios públicos, paradigma del modelo de estado del bienestar configurado en los países de la Unión Europea, financiados básicamente con fondos procedentes de impuestos o cotizaciones sociales, forman parte del hecho diferencial de la antigua Europa, en la que todos los ciudadanos sin distinción, tenemos acceso en condiciones de igualdad a una sanidad universal y “gratuita”. Y entrecomillas “gratuita” porque ningún bien o servicio, sea de la naturaleza pública o privada, tiene esta condición.

En el caso de España, el Sistema Nacional de Salud, lo hemos construido y hecho crecer entre todos, y por consiguiente, es patrimonio de todos. Pero su mantenimiento y consolidación supone un esfuerzo considerable a todos los ciudadanos, que además estamos orgullosos de que parte de los impuestos que pagamos vaya destinada a fines tan generosos y solidarios como garantizar ese derecho fundamental que es la protección de la salud.

Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud no es una estructura estática, sino sometida a una actualización continua, que garantiza la calidad y excelencia continuada en sus prestaciones y servicios, en revisión permanente de acuerdo con la evolución del estado del conocimiento científico y las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Y esta modernización continua del Sistema Nacional de Salud tiene que ser compatible con sus sostenibilidad financiera.

Es pues, el carácter dinámico de los servicios de salud, lo que exige velar hoy más que nunca por la sostenibilidad: innovar y poner al alcance de todos las mejores opciones disponibles en la práctica clínica, exige una gestión eficiente de los recursos, si apostamos por este modelo de sanidad pública. Pero también hay que reconocer que la calidad y excelencia continuada conduce a mayores costes, que tendrán que ser asumibles pero también compensar los enormes riesgos e inversiones que acompañan a las nuevas herramientas terapéuticas. Por esto, la gestión sostenible

del sistema y la inversión eficiente en innovación no se han de disociar; y tendrán que estar especialmente reforzadas en tiempos de crisis económica como los que hoy asolan a la sociedad española. Es evidente que la sostenibilidad de la industria farmacéutica pasa por la sostenibilidad del sistema, pero la sostenibilidad de un sistema avanzado y moderno, pasa también por la sostenibilidad de la industria.

Me he permitido estas reflexiones iniciales, porque el estudio prospectivo Delphi que se presenta en esta publicación, pretende precisamente profundizar de forma seria y rigurosa en cuáles son las tendencias de las políticas farmacéuticas en los próximos años, en un contexto de sostenibilidad cada vez más comprometido, pero también de exigencia social de acceso a las prestaciones y servicios innovadores que acredite el avance del conocimiento científico.

Hemos tenido la fortuna de contar con un panel de expertos de primer nivel que han dedicado generosamente su tiempo, más del que hubiéramos deseado, y su paciencia en cumplimentar cuestiones muy detalladas en relación con el mundo farmacéutico, y que afectan a los distintos agentes protagonistas de nuestro sistema sanitario: médicos de atención primaria y especializada, sociedades científicas, farmacéuticos comunitarios, colegios de farmacéuticos, distribución mayorista, la comunidad investigadora en economía de la salud, las organizaciones de pacientes y la industria farmacéutica.

Pero el principal protagonista del estudio es nuestro Sistema Nacional de Salud, y por eso también han participado en el mismo, autoridades sanitarias, miembros de los parlamentos nacionales y autonómicos, gestores y responsables de la toma de decisiones en políticas públicas.

No voy a entrar a comentar ni discutir los resultados, para respetar el análisis objetivo y sosegado que harán los lectores del mismo. Hay materias donde existe concordancia entre el deseo de los expertos y lo que probablemente sucederá; en otras, no es así. Hay parcelas donde estamos cerca de la unidad de criterio de los panelistas; otras donde hay disentimientos, muchas veces condicionados por la posición que ocupan en el sistema sanitario los consultados.

Pero en cualquier caso es un debate sereno, profesional y aséptico. Sin condicionantes, totalmente libre. Y por eso es un debate útil y práctico. Y esto es precisamente lo que las Fundaciones Gaspar Casal y AstraZeneca hemos pretendido: estimular la discusión crítica y el debate en asuntos esenciales para el futuro de nuestro sistema sanitario. Sin hacer prevalecer ideologías políticas o prejuicios, que hay que dejar de lado si lo que pretendemos es ser constructivos y pensar en las soluciones idóneas de futuro para uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo del que todos estamos enormemente orgullosos.

FEDERICO PLAZA

DIRECTOR GENERAL DE LA FUNDACIÓN ASTRAZENECA

Prólogo

La prestación farmacéutica ocupa un lugar central en todos los sistemas sanitarios por su eficacia terapéutica y su peso económico. Su importancia se refuerza por su protagonismo en la innovación y el I+D.

En consecuencia, la política farmacéutica es un componente fundamental de la política sanitaria general. Por un lado, las autoridades sanitarias quieren disponer de los mejores medicamentos y garantizarse una participación en las enormes inversiones en I+D del sector. Por otro, intentan que el precio de los medicamentos, incluidos los más innovadores, sea el más bajo posible. Entre estos objetivos contradictorios se mueve la política de prestación farmacéutica de los países con sistemas públicos universales.

En esa prestación participan múltiples agentes con intereses contrapuestos. Todos ellos cumplen un papel importante, desde el laboratorio científico que identifica la molécula original, la industria que la desarrolla y la pone en el mercado, las agencias públicas que la autorizan, y los distribuidores que la acercan a los puntos de dispensación, hasta los médicos prescriptores, los departamentos públicos sanitarios que la pagan y, por último, los ciudadanos que las utilizan como pacientes y las financian como contribuyentes fiscales.

La cadena es muy larga y está sometida a graves riesgos de ineficiencias, rigideces, posiciones corporativas, inercias y mal uso del producto. Por tanto, todos los elementos del proceso tienen que estar sujetos a periódicos ajustes, siempre sometidos a dos objetivos finales que destacan sobre los demás: el primero, que la prestación sea asumible en su coste por el SNS; el segundo, que la disponibilidad de medicamentos innovadores, cada vez más eficaces, aunque también más costosos, no se interrumpa.

El análisis prospectivo DELHPI, realizado por las Fundaciones Gaspar Casal y AstraZeneca, analiza con detalle todos los elementos de la cadena mencionada. Lo hace con preguntas bien diseñadas donde se refleja la experiencia profesional de su equipo redactor.

De la complejidad de ese proceso de creación y utilización de los medicamentos da cuenta la diversidad de las respuestas de los expertos participantes. Esa diversidad refleja la dispersión de opiniones existentes dentro del SNS sobre cada uno de las etapas del proceso, aunque la lectura detallada de la segunda oleada de preguntas afina mucho más el estado de opinión mirando al futuro.

Muchos tópicos, lugares comunes y tabúes políticos se disolverían leyendo atentamente las respuestas a cuestiones controvertidas como los ya tediosos copagos.

En general, los expertos consultados se han mostrado realistas en el análisis de lo más probable y prudentes en cuanto a lo más deseable. La distancia entre ambos muestra un escepticismo racional que muchos políticos sanitarios, junto a otros agentes del sector, podrían desmentir sin incurrir en grandes riesgos. Lo que los expertos desean es tan moderado y los cambios sugeridos tan graduales en general que lo imprudente es no llevarlos a cabo y dejarse vencer por el inmovilismo.

Del estudio se escapan pocos aspectos del sector, que desciende a bastante detalle. No se han evitado los más polémicos, incluidos los copagos por receta y por consulta, a favor de los cuales se pronuncian la mayoría de los expertos, poco proclives, por lo que se ve, a creer que el SNS español debe ser distinto en esto del francés, el italiano o el alemán.

Este Análisis Prospectivo de la prestación Farmacéutica en España, aparece en un momento peculiar. Como se ha comprobado en 2009, acentuando una tendencia ya muy marcada en el ejercicio anual precedente e iniciada hace algunos años, el coste de esta prestación está controlado y disminuye su peso en el total del gasto sanitario. Desde 2004, el peso ha descendido desde el 20,5 al 18 por cien y, con alguna excepción anual, el aumento de su coste global se debe casi exclusivamente, al crecimiento del número de recetas.

Este es resultado de un conjunto de factores entre los que destaca el nuevo sistema de precios de referencia implantado en 2007 y la escasa aparición de nuevas moléculas innovadoras. En el futuro, la contención adicional del gasto farmacéutico en nuestro SNS tendrá que incidir sobre el número de recetas, actualmente en torno a 20 por persona y año, lo que nos sitúa entre los primeros consumidores de fármacos dentro de los países con un SNS universalizado. Algo tendrá que ver con el elevado número de consultas por persona y año, que agobia a la atención primaria y nos hace tener una exagerada percepción de falta de médicos, pero a la que ninguna autoridad quiere poner coto por temor a una supuesta impopularidad.

En el Análisis de las Fundaciones Gaspar Casal y Astra Zeneca aparecen muchas claves para entender la evolución del sector y para prever, en grandes líneas, lo que probablemente sucederá en los años venideros. Obviamente, esa evolución futura estará condicionada por la situación económica general, mucho más delicada en 2010 que cuando se planteó el cuestionario hace algo menos de un año.

La necesidad de reducir el déficit público de España en los próximos tres ejercicios, acordado con los demás miembros de la zona euro, estrechará muy considerablemente el margen de las autoridades económicas y sanitarias y les obligará a acentuar las medidas de control estricto del gasto. Todo ello al margen del deseable Pacto por la Sanidad que alivie, al menos a plazo, los déficits en que varios servicios autonómicos vienen incurriendo.

En el estudio DELPHI, aunque más moderadamente que lo que exigen ahora las circunstancias económicas generales, ya se destaca un deseo de control del aumento del gasto farmacéutico por debajo del 5%, como ya ha ocurrido en 2009. El mismo realismo muestra la mayoría de los panelistas respecto al actual sistema de precios de referencia, que consideran se mantendrá, si bien otros sistemas europeos de fijación de precios pueden tenerse en cuenta. En cuanto a la financiación de las CC.AA. y las medidas asociadas a su control, los panelistas muestran también un pesimismo moderado, que se acentúa al considerar la conveniente homogenización de las prestaciones, incluida la farmacéutica, entre territorios.

El estudio será muy apreciado como un reflejo fiel del estado de la opinión sobre el sector farmacéutico en nuestro país y su evolución probable, que está más influido por la experiencia comparada con otros países europeos que por posiciones ideológicas o corporativas, aunque estas no estén ausentes.

Tampoco se observarán grandes contradicciones en las respuestas, aunque hay algunas de tipo menor. Sorprende un poco, por ejemplo, que el deseo de que España extienda el periodo de protección industrial de patente de los medicamentos hasta estar equiparada con el resto de Europa, haya suscitado un grado de acuerdo medio bajo entre los panelistas. Esa equiparación debería formar parte de los paquetes de estímulo al I+D que España esté implantando, si quiere competir con medidas similares de países vecinos, como los panelistas desean que ocurra.

Por último, el Informe recoge una preocupación razonable por la mejor evaluación de los avances terapéuticos de los nuevos fármacos, pero es de temer los problemas que del futuro no vayan tanto por ahí como se piensa. El número de fármacos que entran en el mercado cada año se ha reducido fuertemente desde hace un decenio, mostrando un rendimiento decreciente de las enormes inversiones de la industria en I+D.

Los medicamentos nuevos son cada vez más específicos e incluso llenan huecos de tratamiento de casos individualizados. El problema futuro, además de la evaluación de su eficacia, radicará en su precio, porque las nuevas moléculas que llegan al final del proceso entrando en el mercado, deberán financiar las crecientes sumas dedicadas al I+D por las empresas farmacéuticas.

En resumen, el Estudio sobre la prestación farmacéutica de las Fundaciones Gaspar Casal y Astra Zeneca fomentará una reflexión más desagregada y más matizada sobre una cuestión que en el pasado ha recibido un tratamiento demasiado general e incluso sesgado. Presta así un buen servicio a nuestro SNS.

JULIÁN GARCÍA VARGAS

EX — MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO

El futuro de la industria farmacéutica

La industria farmacéutica representa el mejor ejemplo del modelo económico al que debemos aspirar en nuestro país, caracterizado por la internacionalización, innovación, productividad y empleo de calidad, además de ser un sector líder en inversión en Investigación y Desarrollo.

Es uno de los sectores estratégicos de nuestra economía que debemos consolidar y reforzar.

La industria biomédica reúnen todos los requisitos para ser una de las áreas claves de nuestro modelo productivo, si queremos emprender la senda de un crecimiento económico sostenido a medio y largo plazo.

La industria farmacéutica es líder en Investigación y Desarrollo al realizar el 20% de toda la I+D industrial española; es un sector de elevada productividad y el año pasado ha sido responsable de más de un 5% del conjunto de las exportaciones españolas.

Además, es un sector con gran capacidad de generación de empleo, tanto de forma directa como indirecta, si a ello le unimos la industria de la tecnología sanitaria estaríamos hablando de que la industria biomédica en su conjunto es uno de los sectores industriales estratégicos fundamentales para la recuperación del crecimiento en nuestro país.

En España, tenemos que apostar por una nueva política farmacéutica: en la dimensión industrial, en el apoyo decidido a la investigación, desarrollo e innovación y también, como no, en el apoyo a nuestro modelo de oficina de farmacia, clave también sin duda en la calidad de la prestación farmacéutica y por tanto en la mejora de la salud de los españoles.

Hablamos de una nueva política farmacéutica, que tenga un peso específico dentro de los objetivos generales del Sistema Nacional de Salud.

Para ello, se requiere tener una visión integrada, con perspectiva de futuro –dada su complejidad, sus múltiples dimensiones y los diferentes actores que participan en ella– y sobre todo, si tenemos en cuenta que incide de una manera directa en la percepción que tenemos los ciudadanos del funcionamiento de la Sanidad y en la capacidad del sistema y sus profesionales para desarrollarse y adaptarse a nuevos escenarios.

Esta política farmacéutica, *con mayúsculas*, precisa también de rigor, transparencia, participación de todos los agentes y consenso. Estabilidad y previsibilidad es lo que piden todos los actores en política farmacéutica.

Es por ello, por lo que estudios como este “Análisis Prospectivo DEPHI: El futuro de la prestación farmacéutica en España” permite que avancemos en el conocimiento anticipado de lo que puede ser el devenir de una prestación clave en nuestro sistema sanitario, pilar de solidaridad social, la prestación farmacéutica.

Quiero finalizar por ello con mi felicitación y agradecimiento a las Fundaciones Gaspar Casal y AstraZéneca por tan acertada iniciativa.

La industria farmacéutica es clave en el futuro y para el futuro de nuestra Sanidad y de la salud de los españoles. Merece la pena apostar por ella.

ANA MARÍA PASTOR JULIÁN

EX — MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO

Introducción

En los últimos cinco años, se viene especulando acerca del futuro de la prestación farmacéutica y sus distintos eslabones. Dada la trascendencia del tema, la Fundación AstraZeneca y la Fundación Gaspar Casal, han considerado de mayor interés la realización de un estudio de opinión que sirva como base argumental para proporcionar apoyo en el proceso de selección de aquellas medidas y prácticas que se consideren más acertadas en cuanto a su adopción en este escenario de futuros cambios.

Sin embargo, dado lo especializado del ámbito de estudio y la complejidad de la consulta a realizar, se decidió efectuar una prospección entre un colectivo representativo de personas conocedoras, en un grado avanzado, de la problemática que gira en torno a la prestación farmacéutica y sus distintos eslabones. Por consiguiente, para la realización de este monográfico, no se trató de plantear una encuesta generalizada, sino más bien una serie de entrevistas de amplio y denso contenido, por lo que se escogió como metodología de realización del estudio la denominada Delphi.

El Delphi es aconsejable cuando se desea recabar la opinión de un conjunto amplio de especialistas en un tema mediante un cuestionario amplio y estructurado en apartados, que se asemeja más a una entrevista en profundidad que a una encuesta. Dicho cuestionario se hace llegar a los integrantes del conjunto de especialistas y ellos lo rellenan y devuelven para el análisis y puesta en común de la información

facilitada en una primera ronda. Los analistas de información, elaboran un primer diagnóstico sobre los temas tratados y concluyen en qué temas ha alcanzado un consenso el grupo de especialistas y en cuáles no se ha producido el acuerdo.

A partir de este primer diagnóstico, se elabora un segundo cuestionario que contiene sólo aquellos ítems que formaban parte de la primera y, acerca de los cuales, los especialistas no se han puesto de acuerdo. El grupo es informado de la situación de estos ítems y se procede a una segunda vuelta en la cual se pide a los participantes que extremen al máximo su opinión.

Tras la segunda ronda, se considera que la consulta ha finalizado y se extraen las conclusiones pertinentes acerca de los temas evaluados. Hay casos en que se efectúan más rondas, pero lo más habitual es cerrar tras la celebración de dos, pues los temas tratados son complejos y el tiempo de especialistas en temas como el que nos ocupa es valioso y limitado.

El Delphi, constituye una útil combinación de metodología cualitativa y cuantitativa, que resulta muy indicada para estudios de este tipo. Sin embargo, no está exento de esfuerzo y hay que agradecer profundamente a los participantes su colaboración y la inversión de tiempo realizada. Los técnicos que ejecutan un estudio mediante esta metodología deben, asimismo, llevar un riguroso control de todo el proceso y tratar de preservar al máximo la muestra inicial en la segunda ronda, tarea que no resulta sencilla.

En la Tabla 1 se pueden consultar los principales rasgos de la metodología de las reuniones de grupo, técnica parecida al Delphi excepto por la falta de presencia física de los especialistas en las reuniones. Los detalles que

se proporcionan en esta tabla, sirven para facilitar al lector una idea del tipo de personas que participan en un Delphi, los resultados esperados y otras ventajas derivadas de este método.

Tabla 1. Esquema de la operatividad de los métodos de recopilación de información mediante reuniones de grupos de especialistas en un tema concreto

CARACTERÍSTICAS DE LAS REUNIONES CONVENCIONALES Y LOS MÉTODOS DE CONSENSO				
	Reunión convencional	Técnica de grupo nominal	Método Delphi	Conferencia de consenso
Participantes				
Minimiza las influencias entre los participantes	No	Sí	Sí	No
Da iguales oportunidades de participación	No	Sí	Sí	No
Buen funcionamiento con grupos heterogéneos	No	Sí	Sí	Sí
Garantiza la representatividad de los participantes	No	No	No	Algo
Requiere habilidades de comunicación verbal	Sí	Mínima	No	Sí
Requiere habilidades de comunicación escrita	No	No	Sí	No
Produce sensación de manipulación	Escasa	Alta	Alta	Media
Resultados				
Capacidad de obtención de consenso	Escasa	Alta	Alta	Alta
Generación nuevas ideas	Escasa	Muy alta	Alta	Media
Aportación de perspectivas distintas	Escasa	Muy alta	Alta	Muy alta
Integración de información diversa	A veces	Muy alta	Muy alta	Muy alta
Explora más de un problema	Sí	No	Sí	No
Dificultad interpretar resultado	Alta	Media	No	No
Operativa				
Pérdida opiniones extremas	No	Siempre	Siempre	A veces
Fácil realización	Sí	Sí	No	No
Coste	Bajo	Bajo	Alto	Muyt alto
Esfuerzo preparación	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Duración	Corta	Corta	Muy larga	Larga
Necesidad reunir miembros	Sí	Sí	No	Sí

Procedimiento

Se procedió a realizar, como paso previo, una profunda revisión bibliográfica lo que permitió a D.^a Isabel Rabasa y Gema Pi, elaborar un borrador de cuestionario y un primer listado de expertos para invitarles a participar en el estudio. Se buscó amplitud y diversidad en el grupo de panelistas con el fin de recoger el mayor valor adicional al permitir analizar las diferencias en las respuestas de cada uno de los subgrupos identificados (administración, académicos, colegios profesionales, políticos,...) en los distintos bloques de preguntas. En el anexo 1 figura la relación de panelistas que completaron las dos rondas.

Este listado de posibles participantes y el cuestionario inicial se presentó para su discusión y posterior validación al Grupo Director constituido por:

- D. Alfonso Moreno
- D. Álvaro Hidalgo
- D. Federico Plaza
- D. Gonzalo Trincado
- D. Jaume Puig-Junoy
- D.^a Nieves Martín Sobrino

Consensuado el cuestionario y la muestra de expertos para el panel se procedió al trabajo de campo.

Los panelistas fueron encuestados mediante la remisión de los cuestionarios por correo electrónico. Todas las preguntas requirieron de contestación acerca de pronóstico y de deseo, con

el fin de asegurar la mayor riqueza de valoraciones.

Los resultados fueron analizados y sintetizados por la experta en análisis cualitativo de la Fundación Gaspar Casal, D.^a Alicia Coduras. Estos primeros resultados fueron comunicados a los panelistas para informarles del posicionamiento conjunto del grupo que conformó la primera ronda.

En la segunda ronda, los panelistas contaron con datos acerca de la concentración y dispersión de las respuestas colectivas de pronóstico de la fase anterior, con indicación personalizada acerca de cuál era la opción que cada uno de ellos había adoptado, y se les pidió que ratificaran o modificaran las respuestas, teniendo la oportunidad de reaccionar ante las respuestas e ideas que fueron generando los otros encuestados, para finalmente llegar a un consenso.

Tiene la ventaja de no necesitar reunir a los encuestados físicamente para realizar el estudio. De hecho, todo se hizo a través de correo electrónico, junto a un seguimiento telefónico de los panelistas, por parte de nuestra colaboradora, D.^a M.^a Jesús Cano. Desarrolló adicionalmente un papel de facilitador, pues cada encuestado tuvo la oportunidad de reaccionar ante las respuestas e ideas que les generaron los otros encuestados, de un modo similar a lo que como sucedería en una reunión presencial de “tormenta de ideas”, que ella recogió para transmitírselas al analista de las dos rondas, para finalmente llegar a un consenso.

Nivel de participación en el proceso de recogida de información

Tal y como se ha explicado en la introducción, el presente estudio se ha realizado gracias a la implantación de dos rondas de consulta entre un grupo representativo de especialistas conocedores en diversos grados y parcelas del entorno de la oficina de farmacia y su problemática. En este apartado se explica el nivel de participación alcanzado.

Así, en la primera ronda, se hizo el envío, pactado previamente, de 70 cuestionarios, de

los cuales fueron cumplimentados 69 y, de éstos últimos, 67 fueron considerados válidos para su inclusión en la muestra a analizar. En la segunda ronda, se logró respuesta válida en 65 cuestionarios de los 66 que acusaron recibo.

Por consiguiente, para tratarse se esta metodología, resulta más que aceptable haber logrado una participación superior al 94% de los convocados en ambas rondas.

Tabla 2. Participación en las rondas del Delpbi que ha proporcionado la información del estudio

		PRIMERA RONDA		SEGUNDA RONDA	
		n	%	n	%
Cuestionario válido	No	2	2,9%	1	1,5%
	Sí	67	97,1%	65	98,5%
	Total	69	100,0%	66	100,0%

En general, en ambas rondas, el nivel de respuesta ha sido muy aceptable y los participantes han presentado un grado de conocimiento del tema elevado, salvo excepciones y en preguntas concretas, no con respecto a la encuesta completa. Por consiguiente, la calidad de la información recopilada se considera buena de cara a la extracción de conclusiones.

En cuanto al grado de consenso alcanzado, éste ha sido bastante rotundo en muy diversos temas, pero en otros, ni siquiera la celebración

de la segunda ronda ha logrado establecer un acuerdo. Existen posturas enfrentadas en algunas cuestiones y ello también reviste interés, pues pone de manifiesto que, entre los temas bajo consulta hay algunos no exentos de polémica.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos tras la celebración de las dos rondas, comparando aquellos en que se ha insistido mediante la segunda vuelta. Los resultados son de dos tipos: por un lado hay respuestas en términos de probabilidad de ocurrencia de las opciones y

afirmaciones propuestas y, por otro lado, en términos de deseabilidad de que suceda una propuesta o se desarrolle una afirmación concreta.

El grado de cohesión o acuerdo de los entrevistados se ha medido a través del porcentaje de selección de opciones cuando se han planteado varias a escoger y de los estadísticos de tendencia central y dispersión (media, desviación típica, mediana y moda) cuando los entre-

vistados han proporcionado valoraciones en escalas de 5 puntos.

En las escalas de 5 puntos de probabilidad, el significado de los valores ha ido de 1 = ninguna probabilidad de suceder a 5 = elevada probabilidad de suceder.

En las escalas de 5 puntos de deseabilidad, el significado de los valores ha ido de 1 = nada deseable a 5 = muy deseable.

Bloque A.

Autoridad sanitaria

Resultados

En este bloque, se propuso a los especialistas un conjunto de preguntas relacionadas con acciones relacionadas con actuaciones y futuras posibles acciones que competen a las autoridades sanitarias.

Primera pregunta

Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, el gasto farmacéutico a través de receta del Sistema nacional de Salud en 2007 fue superior a los 11.000 millones de euros, suponiendo un incremento de un 5,22% respecto al año anterior.

Según esto, en términos de coste de oportunidad, ¿qué porcentaje de incremento anual, en las condiciones actuales de inflación y población estaría dispuesto a admitir en los próximos 10 años?

Los resultados de respuestas acerca de esta pregunta se pueden consultar en la Tabla 3.

En la primera ronda se consideró que no se había alcanzado suficiente consenso como para afirmar que la segunda opción, que propone un incremento anual de entre un 5 y un 7%, sería la más probable, mientras que la más deseable sería que no superase el 5%. Tras plantear de nuevo la pregunta y habiéndose eliminado la opción más pesimista por quedar claro que prácticamente ningún experto la escogería como la más probable y deseable, los resultados, en lugar de concentrarse más en una opción, se dispersaron.

Por consiguiente, hay que concluir que, a pesar de que se percibe como más probable el incremento ya señalado en la primera ronda (5-7%) y, como más deseable la no superación del 5%, sigue siendo notable la decantación por un posible 7-8% en el pronóstico y en la deseabilidad. También es importante señalar que en la segunda ronda se duplica el porcentaje de los que pronostican un incremento inferior al 5%, en detrimento de opciones más pesimistas. Por ello se puede extraer también la conclusión de que el colectivo de especialistas, cuando se ve forzado a extremar posiciones sobre esta pregunta, tiende más hacia el optimismo y a pronosticar y desear un incremento más reducido que amplio.

Observando los resultados de pronóstico en función del grado de especialización de los entrevistados en la primera ronda, se advierte que el tipo de pronóstico dependió significativamente del grado de conocimiento del tema. En general, se puede expresar esta dependencia en el sentido de que a mayor grado de conocimiento, mayor aparición de casos en que se pronostican incrementos superiores al escogido por la mayoría. Por consiguiente, aunque no todos, los más conocedores del tema, fueron más pesimistas en cuanto a este incremento que los que tenían un conocimiento menor. Los resultados se pueden ver en las Tablas 4.

En cambio, no existió dependencia entre lo deseado sobre este tema y el grado de conocimiento, tal y como se puede ver en la segunda de estas tablas. La distribución de respuesta no dependió, por consiguiente del grado de conocimiento.

Tabla 3. Porcentaje de incremento anual del gasto farmacéutico a través de receta en términos de coste de oportunidad, pronosticado y deseado por los expertos

		RONDA 1		RONDA 2	
Pronosticado		n	%	n	%
A01	El gasto no superará el 5% de incremento anual	5	7,5%	10	15,4%
	5-7% de incremento anual	41	61,2%	38	58,5%
	7-8% de incremento anual	18	26,9%	12	18,5%
	8-10% de incremento anual	3	4,5%	3	4,6%
	Superior al 10%	0	,0%	No se incluyó	No se incluyó
	Total	67	100,0%	63	96,9%

2 casos (3,1%) no han proporcionado respuesta a este ítem.

Pronosticado		n	%	n	%
A02	Que el gasto no supere el 5% de incremento anual	33	50,0%	42	64,6%
	5-7% de incremento anual	21	31,8%	18	27,7%
	7-8% de incremento anual	6	9,1%	3	4,6%
	8-10% de incremento anual	5	7,6%	0	0,0%
	Superior al 10%	1	1,5%	No se incluyó	No se incluyó
	Total	66	100,0%	63	96,9%

2 casos (3,1%) no han proporcionado respuesta a este ítem.

Tabla 4. Cruce entre el pronóstico y la deseabilidad y el grado de conocimiento de esta materia (primera ronda)

% Columna		GRADO DE CONOCIMIENTO				
Chi Cuadrado X2 = 25,27 P-value = 0,003 Significativo		No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	Soy especialista y tengo bastante conocimiento del tema	Soy especialista y tengo total conocimiento del tema	Total
A01	El gasto no superará el 5% de incremento anual		10,3%	3,1%	20,0%	7,5
	5-7% de incremento anual	100%	75,9%	53,1%	20,0%	61,2
	7-8% de incremento anual		13,8%	40,6%	20,0%	26,9
	8-10% de incremento anual			3,1%	40,0%	4,5
	Total	100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0
% Columna		GRADO DE CONOCIMIENTO				
Chi Cuadrado X2 = 7,58 P-value = 0,817 No significativo		No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	Soy especialista y tengo bastante conocimiento del tema	Soy especialista y tengo total conocimiento del tema	Total
A02	El gasto no superará el 5% de incremento anual		60,7%	43,8%	40,0%	50,0
	5-7% de incremento anual	100%	25,0%	34,4%	40,0%	31,8
	7-8% de incremento anual		3,6%	12,5%	20,0%	9,1
	8-10% de incremento anual		7,1%	9,4%		7,6
	Superior al 10%		3,6%			1,5
	Total	100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0

En la segunda ronda y a diferencia de la primera, los resultados de pronóstico en función del grado de especialización de los entrevista-

dos, no dependieron significativamente del grado de conocimiento del tema. Con todo, desde un punto de vista descriptivo se pudo

apreciar mucha mayor diversidad de opiniones entre los expertos que eran especialistas en el tema, siendo éstos los únicos que alcanzaban pronósticos del 8-10% de incremento anual. Asimismo ha sido llamativo que los que no eran especialistas no defendieron, en ningún caso, el pronóstico de que el incremento no llegue a superar el 5% anual.

También, a diferencia de la primera ronda, sí que se dio dependencia entre lo deseado sobre

este tema y el grado de conocimiento, tal y como se puede ver en la segunda de estas tablas. La distribución de respuesta obtenida revela que se radicaliza el deseo de que el incremento no supere el 5% anual entre los que declaran ser especialistas en el tema y tienen total conocimiento del mismo. La dispersión es mayor entre los que son especialistas y tienen bastante conocimiento del tema y entre los no especialistas, la mayoría desea entre un 5 y un 7% de incremento anual.

Tabla 5. Cruce entre el pronóstico y la deseabilidad y el grado de conocimiento de esta materia (segunda ronda)

% Columna		GRADO DE CONOCIMIENTO				
Chi Cuadrado X ² = 6,97 P-value = 0,859 No significativo		No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	Soy especialista y tengo bastante conocimiento del tema	Soy especialista y tengo total conocimiento del tema	Total
A01	El gasto no superará el 5% de incremento anual			21,1%	11,5%	20,0
	5-7% de incremento anual	100%	66,7%	52,6%	57,7%	70,0
	7-8% de incremento anual		33,3%	26,3%	23,1%	
	8-10% de incremento anual				7,7%	10,0
	Total	100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0
% Columna		GRADO DE CONOCIMIENTO				
Chi Cuadrado X ² = 19,37 P-value = 0,013 Significativo		No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	Soy especialista y tengo bastante conocimiento del tema	Soy especialista y tengo total conocimiento del tema	Total
A02	El gasto no superará el 5% de incremento anual			52,6%	88,5%	70,0
	5-7% de incremento anual	100%	100,0%	36,8%	11,5%	30,0
	7-8% de incremento anual			10,5%		
	8-10% de incremento anual					
	Superior al 10%	No estaba incluido en las opciones de la segunda ronda				
	Total	100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0

Segunda pregunta

En esta pregunta se indica a los entrevistados que, en materia de prescripción, España es uno de los países de referencia de la Unión Europea en la informatización de la prescripción.

Teniendo en cuenta las diferencias de desarrollo de la prescripción informatizada y de la receta electrónica entre CC.AA, se pidió a los expertos que indicasen qué resultado se espera/desea respecto a la generalización de su uso en los próximos 10 años.

Los resultados obtenidos en la primera ronda, se pueden ver en las Tablas 6. En ellas,

se muestra la puntuación media, su desviación típica, la mediana (no afectada por casos extremos) y la moda (puntuación más frecuente). En cada ítem se extrae una conclusión. Además, en función de la similitud entre media, mediana y moda y del valor de la desviación típica, se considera que existe un grado de acuerdo alto cuando la desviación típica no alcanza el valor de 1 punto, medio-alto cuando está entre 1 y 1,4 puntos, medio entre más de 1,4 puntos y menos de 1,7 medio bajo entre 1,7 y menos de 2 puntos y bajo a partir de 2 puntos.

En general, los expertos señalaron, en la primera ronda, que es bastante probable que la im-

plantación total no se produzca antes de tres años, lo cual, además, sólo es medianamente deseable (cabe interpretar que a los expertos les gustaría que fuese más rápida) Por otro lado, percibieron que limitará poco la libertad de prescripción del médico, siendo éste, un punto poco deseable. En cambio tendieron a pensar más positiva que negativamente que tiene ciertas probabilidades de mejorar la eficiencia del que prescribe medicación, siendo bastante deseable el logro de este objetivo. Por otro lado

consideraron poco probable y poco deseado que limite la oferta de medicamentos reembolsables. Se espera que el sistema ayude a mejorar la gestión clínica y administrativa del ciclo del medicamento y es el punto más deseado por los expertos. Finalmente, también otorgaron una probabilidad elevada de que sirva para controlar el gasto y corregir el fraude, repercutiendo en la mejora de gestión del Área de Farmacia, tema bastante deseado por el conjunto de entrevistados.

Tabla 6. Opinión en clave de pronóstico y deseabilidad en materia de prescripción informatizada: generalización de su uso y efectos que producirá (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
A03: la implantación total no se producirá antes de 3 años	4,0	1,3	4,0	5,0	Bastante probable	Medio-alto
A04: limitará la libertad de prescripción del médico	2,1	1,2	2,0	1,0	Poco probable	Medio-alto
A05: mejorará la eficiencia del prescriptor	3,4	1,2	4,0	4,0	Bastante probable	Medio-alto
A06: limitará la oferta de medicamentos reembolsables	2,2	1,2	2,0	1,0	Poco probable	Medio-alto
A07: mejorará la gestión clínica y administrativa del ciclo del medicamento	3,9	1,1	4,0	5,0	Bastante probable	Medio-alto
A08: controlará el gasto y corregirá el fraude, repercutiendo en la mejora de gestión del Área de Farmacia	3,5	1,1	4,0	4,0	Bastante probable	Medio-alto
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
A03: la implantación total no se producirá antes de 3 años	3,1	1,7	3,0	5,0	Algo deseable	Medio-bajo
A04: limitará la libertad de prescripción del médico	1,8	1,1	1,0	1,0	Nada deseable	Medio-alto
A05: mejorará la eficiencia del prescriptor	4,3	1,1	5,0	5,0	Muy deseable	Medio-alto
A06: limitará la oferta de medicamentos reembolsables	2,1	1,3	2,0	1,0	Poco deseable	Medio-alto
A07: mejorará la gestión clínica y administrativa del ciclo del medicamento	4,6	0,9	5,0	5,0	Muy deseable	Alto
A08: controlará el gasto y corregirá el fraude, repercutiendo en la mejora de gestión del Área de Farmacia	4,3	1,1	5,0	5,0	Muy deseable	Medio-alto

En la primera ronda se echó de menos en el pronóstico del ítem A03 el tiempo concreto en que se podría lograr el objetivo propuesto y, por otro lado, información sobre la deseabilidad del tiempo pronosticado, por lo que en la segunda se evaluó este tema de otra forma, planteando opciones concretas entre las cuales elegir. El resultado de pronóstico y deseabilidad acerca del ítem A03 se puede ver en la Tabla 7.

Así, los expertos habían pronosticado que la implantación total del sistema de prescripción informatizada no se producirá antes de tres años,

pero para matizar el tiempo que puede realmente suponer el logro de este objetivo, en la segunda ronda se plantearon opciones concretas. A pesar de no haberse alcanzado consenso sobre las mismas, se identifica como la más probable la que plantea un período de entre 3 y 5 años y, en segundo lugar la que señala entre 5 y 10 años como período previsible. En cuanto a lo deseado, claramente se ve en esta segunda ronda, que es una implantación total que se produzca antes de 3 años. Esa es la opción escogida por el 61,5% del grupo y le sigue una im-

plantación total en un período de entre tres y cinco años, deseada por algo más del 29%.

La crisis puede contribuir a acelerar las expectativas de los expertos, pues entre las medidas adoptadas para combatirla, no hay duda de que la modernización de nuestra economía, el fomento de uso de nuevas tecnologías y el

énfasis en la consideración de la base tecnológica, constituyen mensajes que se transmiten continuamente. El sector farmacéutico no es ajeno a esta demanda de progreso y de cambio, por lo que el clima actual puede influir en concreto en este apartado y en los empresarios que desarrollan este tipo de negocio.

Tabla 7. Opinión en clave de pronóstico en materia de prescripción informatizada: tiempo en que se puede lograr la implantación generalizada (segunda ronda)

SEGUNDA RONDA			
Pronosticado		n	%
A03	La implantación total se producirá antes de 3 años	12	18,5%
	La implantación total se producirá entre 3 y 5 años	30	46,2%
	La implantación total se producirá entre 5 y 10 años	20	30,8%
	La implantación total se producirá en más de 10 años	3	4,6%
	Total	65	100,0%
Deseado		n	%
A03	Que la implantación total se producirá antes de 3 años	40	61,5%
	Que la implantación total se producirá entre 3 y 5 años	19	29,2%
	Que la implantación total se producirá entre 5 y 10 años	4	6,2%
	Que la implantación total se producirá en más de 10 años	1	1,5%
	Total	64	98,5%

1 caso (1,5%) no ha proporcionado respuesta a este ítem.

El grado de especialización de los expertos no ha resultado influyente en cuanto a la elección de las opciones referentes al tema de la implantación total de la informatización de la prescripción.

Tercera pregunta

En esta parte se comenta que, según datos procedentes del IMS Health, 1 de cada 3 medicamentos que se consumieron en España en 2007, está sujeto al Sistema de Precios de Referencia (SPR). El objetivo principal de nuestro SPR es la reducción de la factura farmacéutica. Acerca de ello se pidió un pronóstico y un deseo sobre temas de este apartado a los entrevistados mostrando las siguientes Tablas lo que éstos consideraron que podría suceder en los próximos diez años.

Así, en la primera ronda vaticinaron que, con gran probabilidad, en el plazo de diez años se mantendrá el sistema español, incorporando los nuevos medicamentos al SPR conforme se vayan aprobando sus genéricos. El grado de acuerdo que mostraron fue alto. En cuanto a deseabili-

dad, todos los sistemas propuestos lo serían en algún grado. Si lo vemos desde el punto de vista de la media, el más deseable está entre el actual y su aproximación al sistema sueco. En cambio, entre los sistemas menos deseados hay mayor grado de acuerdo entre los expertos y entre los más deseados un menor grado de acuerdo. La moda, puso de manifiesto que la opción menos deseada era la última. En resumen, el pronóstico estaba claro, pero el deseo no.

Por eso, se consideró interesante insistir en la segunda ronda y se pidió al grupo que señalase cuál de las cuatro opciones, que se seleccionaron para la segunda vuelta, sería la más deseable para aplicar en España en los próximos diez años. Los expertos no lograron alcanzar consenso y la distribución de respuesta siguió siendo dispersa, tal y como lo fue en la primera ronda. La Tabla 9 muestra el resultado.

Por consiguiente, tres modelos pueden ser igualmente deseables desde la óptica del grupo de especialistas:

1. Que se mantenga el sistema español, incorporando los nuevos medicamentos al

- SPR conforme se vayan aprobando sus genéricos.
2. Que el modelo español se aproxime al modelo sueco, en el que se ha eliminado el SPR a favor de un método de fijación basado en criterios de coste-efectividad y de la sustitución obligatoria por genéricos.
 3. Que el modelo español se aproxime al modelo alemán, en sentido amplio, en el que se aplica el mismo precio a principios activos diferentes que se consideran equivalentes desde el punto de vista farmacológico (por ejemplo, todas las estatinas) o terapéutico (por ejemplo, todos los medicamentos indicados para la hipertensión).

Tabla 8. Sistema de Precios de Referencia: pronóstico y deseabilidad (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
A15: Se mantendrá el sistema español, incorporando los nuevos medicamentos al SPR conforme se vayan aprobando sus genéricos	4,2	0,8	4,0	4,0	Bastante probable	Alto
A16: El modelo español se aproximará al modelo sueco, en el que se ha eliminado el SPR a favor de un método de fijación basado en criterios de coste-efectividad y de la sustitución obligatoria por genéricos	2,0	0,8	2,0	2,0	Poco probable	Alto
A17: El modelo español se aproximará al modelo alemán, en sentido amplio, en el que se aplica el mismo precio a principios activos diferentes que se consideran equivalentes desde el punto de vista farmacológico (por ejemplo, todas las estatinas) o terapéutico (por ejemplo, todos los medicamentos indicados para la hipertensión)	2,2	0,9	2,0	2,0	Poco probable	Alto
A18: El modelo español se aproximará al modelo alemán, pero sólo aplicando el mismo precio a medicamentos con similar estructura química y análogo mecanismo de acción (me too)	2,7	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
A19: Se mantendrá el sistema español, incorporando los nuevos medicamentos al SPR conforme se vayan aprobando sus genéricos	3,0	1,5	3,0	5,0	Algo deseable	Medio
A20: El modelo español se aproximará al modelo sueco, en el que se ha eliminado el SPR a favor de un método de fijación basado en criterios de coste-efectividad y de la sustitución obligatoria por genéricos	3,2	1,5	3,0	5,0	Algo deseable	Medio
A21: El modelo español se aproximará al modelo alemán, en sentido amplio, en el que se aplica el mismo precio a principios activos diferentes que se consideran equivalentes desde el punto de vista farmacológico (por ejemplo, todas las estatinas) o terapéutico (por ejemplo, todos los medicamentos indicados para la hipertensión)	2,8	1,2	3,0	3,0	Algo deseable	Medio-Alto
A22: El modelo español se aproximará al modelo alemán, pero sólo aplicando el mismo precio a medicamentos con similar estructura química y análogo mecanismo de acción (me too)	2,8	1,3	3,0	2,0	Algo deseable	Medio-alto

El grado de especialización de los expertos no ha supuesto una influencia para decantarse por las opciones planteadas. Desde un punto de vista descriptivo, los que mostraron un mayor

grado de conocimiento se decantaban por la segunda opción, pero los que tenían bastante conocimiento lo hicieron por la primera y con mayor prevalencia.

Tabla 9. *Sistemas de Precios de Referencia: deseabilidad (segunda ronda)*

SEGUNDA RONDA			
Deseado		n	%
A04	Que se mantenga el sistema español, incorporando los nuevos medicamentos al SPR conforme se vayan aprobando sus genéricos	18	27,7%
	Que el modelo español se aproxime al modelo sueco, en el que se ha eliminado el SPR a favor de un método de fijación basado en criterios de coste-efectividad y de la sustitución obligatoria por genéricos	17	26,2%
	Que el modelo español se aproxime al modelo alemán, en sentido amplio, en el que se aplica el mismo precio a principios activos diferentes que se consideran equivalentes desde el punto de vista farmacológico (por ejemplo, todas las estatinas) o terapéutico (por ejemplo, todos los medicamentos indicados para la hipertensión)	18	27,7%
	Que el modelo español se aproxime al modelo alemán, pero sólo aplicando el mismo precio a medicamentos con similar estructura química y análogo mecanismo de acción (me too)	11	16,9%
	Total	64	98,5%

1 caso (1,5%) no ha proporcionado respuesta a este ítem.

En conclusión, el tema de los precios de referencia queda abierto a, por lo menos, tres posibilidades de resolución, siendo el modelo menos deseable, dentro de los cuatro expuestos aquél en que el modelo español se aproximaría al alemán, pero sólo aplicando el mismo precio a medicamentos con similar estructura química y análogo mecanismo de acción (me too)

Cuarta pregunta

En el último bloque de la sección A dedicada a la Autoridad Sanitaria, se preguntó en relación al siguiente tema: en España ¿el modelo de financiación de las CC.AA. hará que crezcan o disminuyan las diferencias entre ellas en relación a la cartera de servicios del sistema?, que pronóstico hacen los expertos a diez años vista y sobre lo que desearían que ocurriese.

En cuanto a pronóstico, los expertos señalaron que es poco probable que se homogenicen los servicios asistenciales y de prestación farmacéutica en todas las CC.AA. en el plazo de 10 años estando bastante de acuerdo en ello. Aún menos probable y más de acuerdo estuvieron en que se desvincularán las estrategias electoralistas de la gestión sanitaria con objeto de alcanzar una racionalización de las prestaciones financiadas por el sistema. Algo más de probabilidad otorgaron a los tres puntos siguientes y con un grado de acuerdo bastante elevado, si bien, en ningún caso hablaron de que puedan ser algo más que medianamente probables. Por consiguiente, la situación pronosticada se halla entre un aumento de la subfinanciación del sistema ocasionando mayores listas de espera y desviación de usuarios hacia el sector privado; una ten-

dencia de las políticas sanitarias a la externalización de servicios sanitarios como modelo de gestión directa o, una orientación de la gestión sanitaria hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad para favorecer la sostenibilidad del sistema.

En cuanto al deseo de los expertos para dentro de 10 años, quedó muy claro que no apuestan prácticamente por la conveniencia del incremento de la subfinanciación y sus posibles consecuencias y aunque algo más, tampoco parecen sentirse a gusto con la posibilidad de que las políticas de gestión sanitaria tiendan a la externalización de servicios sanitarios como modelo de gestión directa, si bien algunos se sentirían a gusto con dicho modelo. El resto de puntos son bastante deseables en general, destacando el segundo de ellos por la elevada puntuación media, mediana y moda y el grado de acuerdo elevado entre los expertos que pedirían que se desvinculasen las estrategias electoralistas de la gestión sanitaria, con objeto de alcanzar una racionalización de las prestaciones financiadas por el sistema.

Dada la contundencia de estos resultados, el tema se dio por cerrado en la primera ronda. Los resultados de la consulta se pueden ver en las Tablas 10 y 11.

Conclusiones

En el gasto farmacéutico a través de receta del Sistema nacional de Salud, se señala como más probable un incremento anual de entre un 5 y un 7%, siendo la más deseable, que dicho incremento no supere la cifra de un 5% anual.

Tabla 10. Modelo de financiación de las CC.AA.: pronóstico (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
A23: Se homogeneizarán los servicios asistenciales y de prestación farmacéutica en todas las CC.AA.	2,3	1,1	2,0	2,0	Poco probable	Medio-alto
A24: Se desvincularán las estrategias electoralistas de la gestión sanitaria, con objeto de alcanzar una racionalización de las prestaciones financiadas por el sistema	1,9	0,8	2,0	2,0	Poco probable	Alto
A25: Se potenciará la fidelización al sistema de los profesionales sanitarios estructurando incentivos que optimicen la cohesión entre gestión y asistencia	2,8	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto
A26: Se incrementará la subfinanciación del sistema ocasionando mayores listas de espera y desviación de usuarios hacia el sector privado	3,0	1,0	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
A27: Las políticas de gestión sanitaria tenderán a la externalización de servicios sanitarios como modelo de gestión directa	3,3	0,9	3,0	4,0	Algo probable	Alto
A28: La gestión sanitaria se orientará hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para favorecer la sostenibilidad del sistema	2,9	1,1	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto

Tabla 11. Modelo de financiación de las CC.AA.: deseabilidad (segunda ronda)

SEGUNDA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
A29: Se homogeneizarán los servicios asistenciales y de prestación farmacéutica en todas las CC.AA.	4,3	1,2	5,0	5,0	Muy deseable	Medio-Alto
A30: Se desvincularán las estrategias electoralistas de la gestión sanitaria, con objeto de alcanzar una racionalización de las prestaciones financiadas por el sistema	4,6	0,9	5,0	5,0	Muy deseable	Alto
A31: Se potenciará la fidelización al sistema de los profesionales sanitarios estructurando incentivos que optimicen la cohesión entre gestión y asistencia	4,1	1,1	4,5	5,0	Bastante deseable	Medio-alto
A32: Se incrementará la subfinanciación del sistema ocasionando mayores listas de espera y desviación de usuarios hacia el sector privado	1,5	1,0	1,0	1,0	Nada deseable	Medio-alto
A33: Las políticas de gestión sanitaria tenderán a la externalización de servicios sanitarios como modelo de gestión directa	2,8	1,3	3,0	3,0	Algo deseable	Medio-alto
A34: La gestión sanitaria se orientará hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para favorecer la sostenibilidad del sistema	4,5	0,8	5,0	5,0	Muy deseable	Alto

La implantación total del sistema de prescripción informatizada no se producirá antes de tres años, siendo bastante probable que el tiempo de espera para el logro de este objetivo se sitúe entre 5 y 8 años. Este sistema limitará poco la libertad de prescripción del médico, teniendo ciertas probabilidades de mejorar la eficiencia del que prescribe medicación y siendo bastante deseable el logro de este objetivo. Asimismo, no se espera, en general, que limite la

oferta de medicamentos reembolsables. Sí que se espera que ayude a mejorar la gestión clínica y administrativa del ciclo del medicamento y es el punto más deseado por los expertos. También se le atribuye la cualidad de que sirva para controlar el gasto y corregir el fraude, repercutiendo en la mejora de gestión del Área de Farmacia, tema bastante deseado por el conjunto de expertos.

En cuanto al sistema de precios de referencia, se pronostica que, en el plazo de diez años,

se mantendrá el sistema español, incorporando los nuevos medicamentos al SPR conforme se vayan aprobando sus genéricos. No está claro, en cambio el modelo que terminará por adoptarse existiendo tres opciones igualmente probables y deseables:

1. Mantenimiento del sistema español, incorporando los nuevos medicamentos al SPR conforme se vayan aprobando sus genéricos.
2. Aproximación del modelo español al modelo sueco, en el que se ha eliminado el SPR a favor de un método de fijación basado en criterios de coste-efectividad y de la sustitución obligatoria por genéricos.
3. Aproximación del modelo español al modelo alemán, en sentido amplio, en el que se aplica el mismo precio a principios activos diferentes que se consideran equivalentes desde el punto de vista farmacológico (por ejemplo, todas las estatinas) o terapéutico (por ejemplo, todos los medicamentos indicados para la hipertensión).

Respecto del modelo de financiación de las CC.AA., se estima como poco probable que se

homogenicen los servicios asistenciales y de prestación farmacéutica en todas las CC.AA. en el plazo de 10 años. Asimismo, se prevé y se desea que se desvinculen las estrategias electorales de la gestión sanitaria con objeto de alcanzar una racionalización de las prestaciones financiadas por el sistema. Por otro lado, es algo probable que se tome una decisión entre un aumento de la subfinanciación del sistema, ocasionando mayores listas de espera y desviación de usuarios hacia el sector privado; una tendencia de las políticas sanitarias a la externalización de servicios sanitarios como modelo de gestión directa o, una orientación de la gestión sanitaria hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad para favorecer la sostenibilidad del sistema. Sin embargo, no es deseable implantar un incremento de la subfinanciación y sus posibles consecuencias, ni tampoco perseguir que las políticas de gestión sanitaria tiendan a la externalización de servicios sanitarios como modelo de gestión directa, si bien algunos se sentirían a gusto con dicho modelo. Por consiguiente, los expertos estarían a favor de una reconsideración de estas opciones y la búsqueda de otras soluciones, a su parecer, más acertadas y convenientes para los usuarios.

Bloque B.

Financiadores

Resultados

Primer bloque de ítems

En la primera ronda se planteó a los expertos que respecto al gasto farmacéutico, las Autoridades Sanitarias tienen capacidad de regular la oferta mediante la financiación selectiva de nuevos medicamentos y herramientas de ayuda a la prescripción informatizada.

Consultados acerca de diversas opciones relacionadas con este tema, los expertos consideraron bastante probable en los próximos diez años, que dichas autoridades incidan en favorecer la utilización de genéricos, incrementando los incentivos por su prescripción, siendo alto el grado de acuerdo entre ellos.

También, aunque no tan elevada otorgaron bastante probabilidad a que las Autoridades Sanitarias puedan aplicar criterios de contención del gasto a la hora de recomendar los medicamentos más adecuados por patologías, incluyéndose sistemáticamente las opciones terapéuticas que presenten un menor coste/día. El grado de acuerdo entre expertos fue alto en este punto.

En cambio, sólo le otorgaron el grado de algo probable al resto de actuaciones propuestas. El grado de acuerdo fue alto en cuanto a facilitar al prescriptor criterios de valor terapéutico añadido, incremento en cantidad y calidad de vida y cumplimiento terapéutico en la selección del tratamiento y, más disperso en las otras tres

opciones: incremento de las listas negativas de medicamentos, aumentar el número de medicamentos sometidos a visado médico o incluir la evaluación coste-efectividad de los medicamentos antes de decidir su financiación pública.

En cuanto a lo deseado, la opción por la que más se decantaron y estaban de acuerdo entre sí los expertos fue la última: Incluir la evaluación coste-efectividad de los nuevos fármacos antes de decidir su financiación pública.

A esta opción le siguió de cerca la de facilitar al prescriptor criterios de valor terapéutico añadido, incremento en cantidad y calidad de vida y cumplimiento terapéutico en la selección del tratamiento. También estuvieron bastante de acuerdo en ello los expertos, pero no de forma tan elevada como en la opción anterior.

También resultaron ser bastante deseables, aunque no tanto como las anteriores, la primera opción: favorecer la utilización de genéricos, incrementando los incentivos por su prescripción y la segunda: aplicar criterios de contención del gasto a la hora de recomendar los medicamentos más adecuados por patologías, incluyéndose sistemáticamente las opciones terapéuticas que presenten un menor coste/día. El grado de acuerdo en ambas fue medio-alto.

Aumentar el número de medicamentos sometidos a visado médico, aprovechando la receta electrónica fue la opción menos deseada por el colectivo, con un grado de acuerdo medio-elevado.

Tabla 12. *Propuestas sobre gasto sanitario: pronóstico (primera ronda)*

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
B01: Favorecer la utilización de genéricos, incrementando los incentivos por su prescripción	4,1	0,8	4,0	4,0	Bastante probable	Alto
B02: Aplicar criterios de contención del gasto a la hora de recomendar los medicamentos más adecuados por patologías, incluyéndose sistemáticamente las opciones terapéuticas que presenten un menor coste/día	3,8	0,8	4,0	4,0	Bastante probable	Alto
B03: Facilitar al prescriptor criterios de valor terapéutico añadido, incremento en cantidad y calidad de vida y cumplimiento terapéutico en la selección del tratamiento	3,0	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto
B04: Incrementar las listas negativas de medicamentos o no incluir como reembolsables aquellos medicamentos que no sean suficientemente innovadores	3,1	1,0	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
B05: Aumentar el nº de medicamentos sometidos a visado médico, aprovechando la receta electrónica	3,1	1,1	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
B06: Incluir la evaluación coste-efectividad de los nuevos fármacos antes de decidir su financiación pública	3,0	1,0	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto

Incrementar las listas negativas de medicamentos o no incluir como reembolsables aquellos medicamentos que no sean suficientemente

innovadores resultó una opción medianamente deseable, si bien el grado de acuerdo fue menor entre los expertos.

Tabla 13. *Propuestas sobre gasto sanitario: deseabilidad (primera ronda)*

PRIMERA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
B07: Favorecer la utilización de genéricos, incrementando los incentivos por su prescripción	3,9	1,3	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto
B08: Aplicar criterios de contención del gasto a la hora de recomendar los medicamentos más adecuados por patologías, incluyéndose sistemáticamente las opciones terapéuticas que presenten un menor coste/día	3,6	1,2	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio-alto
B09: Facilitar al prescriptor criterios de valor terapéutico añadido, incremento en cantidad y calidad de vida y cumplimiento terapéutico en la selección del tratamiento	4,3	1,0	5,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto
B10: Incrementar las listas negativas de medicamentos o no incluir como reembolsables aquellos medicamentos que no sean suficientemente innovadores	3,5	1,4	4,0	5,0	Algo deseable	Medio
B11: Aumentar el nº de medicamentos sometidos a visado médico, aprovechando la receta electrónica	2,4	1,3	2,0	1,0	Poco deseable	Medio-alto
B12: Incluir la evaluación coste-efectividad de los nuevos fármacos antes de decidir su financiación pública	4,4	0,8	5,0	5,0	Muy deseable	Alto

Por lo que respecta a este bloque, un ítem quedó pendiente de alcanzar un consenso en la primera ronda en cuanto a su deseabilidad, y por ello se insistió acerca del mismo en la se-

gunda. Se trata de la opción B10, cuyo planteamiento se cambió para abordarla con mayor detalle y concisión, dividiendo en dos partes su enunciado.

Así, en primer lugar, se pidió a los expertos que, en materia de financiación valorasen de 1 (nada) a 5 (mucho), cuán deseable es que se aplique en España en los próximos diez años: el incrementar las listas negativas de medicamentos, y por otro lado, el no incluir como reembolsables aquellos medicamentos que no sean suficientemente innovadores.

Los resultados pusieron de manifiesto que, tras dividir el enunciado, los expertos presentaban dispersión en las valoraciones, lo cual implicaba atender más al resultado de la mediana frente al de la media. En el caso del incremento de listas negativas de medicamentos, el colectivo opinó que es algo deseable, pero se advierte

mucha cautela en torno a este ítem y la moda pone de manifiesto que un sector lo considera como “nada deseable”. Por consiguiente, en las recomendaciones relativas a este punto hay que considerar los intereses particulares de la industria y de las oficinas de farmacia por un lado y los del consumidor por otro.

La tendencia se invirtió al hablar de no incluir como reembolsables aquellos medicamentos que no sean suficientemente innovadores. En este punto, los expertos, aunque no alcanzaron consenso, mostraron que esta sugerencia es bastante deseable, e incluso un sector se muestra completamente favorable a la iniciativa, tal y como señala una moda de cinco puntos, la máxima valoración.

Tabla 14. *Propuestas pendientes de consenso sobre gasto sanitario: deseabilidad (segunda ronda)*

SEGUNDA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
B01: Incrementar las listas negativas de medicamentos	2,63	1,376	3,00	1,0	Algo deseable	Medio-bajo
B02: No incluir como reembolsables aquellos medicamentos que no sean suficientemente innovadores	3,45	1,593	4,00	5,0	Bastante deseable	Medio-bajo

Segundo bloque de ítems

En esta parte se analizó la demanda de medicamentos en los próximos diez años. Cerca de ello, los expertos consideran que las autoridades sanitarias van a incidir principalmente en:

- Obligar a las oficinas de farmacia a la sustitución de medicamentos por aquellos de la misma composición y de menor precio dentro de una lista cerrada, revisable periódicamente y en incrementar los incentivos económicos a prescriptores por la consecución de objetivos eficientes en salud. La probabilidad que otorgaron a estas opciones en la primera ronda fue medianamente elevada y el grado de acuerdo fue más elevado en el segundo que en el primer caso, si bien a escasa distancia.

Los expertos consideraron que lo menos probable es proponer un techo de gasto a los prescriptores, al margen de su productividad, volumen y composición de su actividad, punto en el que estaban bastante de acuerdo.

Al resto de opciones le otorgaron una probabilidad mediana de ocurrencia y el grado de

acuerdo fue medio-alto. Por consiguiente, aunque menos, también entra dentro de lo posible, según sus opiniones que las autoridades puedan implantar la prescripción según las guías farmacoterapéuticas y que implanten más programas formativos e informativos en materia de uso adecuado o racional del medicamento entre la población.

En cuanto a deseabilidad, los expertos consideraron, en primer lugar, muy importante la implantación de más programas formativos e informativos en materia de uso adecuado o racional del medicamento entre la población. A esta opción le siguió la de implantar la prescripción según las guías farmacoterapéuticas consensuadas, con la consiguiente repercusión en la autonomía de los profesionales sanitarios estando todos bastante de acuerdo en ello.

También consideraron bastante deseable, pero con menor grado de acuerdo el incrementar los incentivos económicos a prescriptores por la consecución de objetivos eficientes en salud.

Lo menos deseable fue proponer un techo de gasto a los prescriptores, al margen de su productividad, volumen y composición de su actividad y algo deseable pero menos que todo lo anterior fue la opción de obligar a las ofici-

nas de farmacia a la sustitución de medicamentos por aquellos de la misma composición y de menor precio dentro de una lista cerrada,

revisable periódicamente. Los resultados de la primera ronda se pueden visualizar en las Tablas 15 y 16.

Tabla 15. *Propuestas sobre demanda de medicamentos: pronóstico (primera ronda)*

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
B13: implantar la prescripción según las guías farmacoterapéuticas consensuadas, con la consiguiente repercusión en la autonomía de los profesionales sanitarios	3,2	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
B14: proponer un techo de gasto a los prescriptores, al margen de su productividad, volumen y composición de su actividad	2,6	1,0	2,0	2,0	Poco probable	Medio-alto
B15: obligar a las oficinas de farmacia a la sustitución de medicamentos por aquellos de la misma composición y de menor precio dentro de una lista cerrada, revisable periódicamente	3,5	1,0	4,0	4,0	Bastante probable	Medio-alto
B16: incrementar los incentivos económicos a prescriptores por la consecución de objetivos eficientes en salud	3,4	0,9	4,0	4,0	Bastante probable	Alto
B17: implantar más programas formativos e informativos en materia de uso adecuado o racional del medicamento entre la población	3,2	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto

Tabla 16. *Propuestas sobre demanda de medicamentos: deseabilidad (primera ronda)*

PRIMERA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
B18: implantar la prescripción según las guías farmacoterapéuticas consensuadas, con la consiguiente repercusión en la autonomía de los profesionales sanitarios	4,0	0,9	4,0	3,0	Bastante deseable	Medio-alto
B19: proponer un techo de gasto a los prescriptores, al margen de su productividad, volumen y composición de su actividad	2,1	1,2	2,0	1,0	Poco deseable	Medio-alto
B20: obligar a las oficinas de farmacia a la sustitución de medicamentos por aquellos de la misma composición y de menor precio dentro de una lista cerrada, revisable periódicamente	2,9	1,5	3,0	1,0	Algo deseable	Medio
B21: incrementar los incentivos económicos a prescriptores por la consecución de objetivos eficientes en salud	3,5	1,3	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio-alto
B22: implantar más programas formativos e informativos en materia de uso adecuado o racional del medicamento entre la población	4,4	0,9	5,0	5,0	Muy deseable	Alto

En la segunda ronda, se consideró importante volver a consultar acerca del ítem referido a obligar a las oficinas de farmacia a la sustitución de medicamentos por aquellos de la misma composición y de menor precio dentro de una lista cerrada revisable periódicamente. El resto de ítems de este bloque se dieron por cerrados en la primera ronda.

El resultado de esta nueva consulta se plasma en la Tabla 17. Según la mediana, sería bastante deseable que se obligase a las oficinas de farmacia a sustituir medicamentos por otros de la misma composición cuando tuviesen un menor precio dentro de una lista cerrada revisable periódicamente, pero la moda y la media demuestran que hay un sector que no lo considera oportuno.

Tabla 17. *Propuestas sobre sustitución de medicamentos: deseabilidad (segunda ronda)*

SEGUNDA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
B03: Obligar a las oficinas de farmacia a la sustitución de medicamentos por aquellos de la misma composición y de menor precio dentro de una lista cerrada, revisable periódicamente	2,82	1,488	3,00	1,0	Algo deseable	Medio-bajo

Tercer bloque de ítems

En este bloque se explicó a los expertos que, según los resultados de un estudio sobre “Confianza en el Sistema Nacional de Salud” elaborado en 2006 por la Fundación Josep Laporte y la Universidad de Harvard, un 47% de los españoles aceptaría el copago adicional de 1 euro por receta médica para contribuir a la financiación del Sistema Nacional de Salud. Una vez establecida esta premisa, se pidió a los expertos que indicasen si consideraban que en los próximos diez años se implementará un copago adicional por receta para determinados medicamentos, en función de la cronicidad de la patología para la que está indicada y su gravedad, duración y secuelas.

Este bloque suscitó cierta controversia entre algunos de los expertos que se negaron a facilitar una opinión expresamente en la pri-

mera ronda. En la segunda se insistió sobre el tema.

Los resultados, expuestos en la Tabla 18, indican que entre aquellos que opinaron, tanto en la primera como en la segunda ronda, la opción pronosticada es la de que no se llevaría a cabo su implantación, porque podría plantear problemas de acceso y equidad. La respuesta fue dispersa en la primera ronda y, por ello, se planteó de nuevo en la segunda, pero la variabilidad ha persistido y los expertos se han mantenido bastante firmes en las posiciones que ya tenían sobre el pronóstico.

En cuanto a la deseabilidad de la implantación de una medida de este tipo, teniendo en cuenta que algunos no quisieron participar en la opinión, la mayoría de los que lo hicieron se decantaron por la implantación de un copago de 1-2 euros por receta, aplicado gradualmente a activos y pensionistas, ajustado IRPF. Esta opción

Tabla 18. *Propuesta sobre el posible copago: pronóstico y deseabilidad (primera y segunda ronda)*

		RONDA 1		RONDA 2	
Pronosticado		n	%	n	%
B23	No, puede plantear problemas de acceso y equidad	37	56,9%	37	56,9%
	Sí, para los medicamentos no genéricos, aplicado a la totalidad de activos y pensionistas	11	16,9%	8	12,3%
	Sí, de 1-2 euros por receta, aplicado gradualmente a activos y pensionistas, ajustado IRPF	12	18,5%	11	16,9%
	Sí, de 1-2 euros por receta, aplicado gradualmente a la totalidad de activos y pensionistas	5	7,7%	8	12,3%
	Total	65	100,0%	64	98,5%

1 caso (1,5%) no han proporcionado respuesta a este ítem (2ª ronda).

Deseado		n	%	n	%
B24	No, puede plantear problemas de acceso y equidad	17	25,8%	20	30,8%
	Sí, para los medicamentos no genéricos, aplicado a la totalidad de activos y pensionistas	8	12,1%	5	7,7%
	Sí, de 1-2 euros por receta, aplicado gradualmente a activos y pensionistas, ajustado IRPF	32	48,5%	28	43,1%
	Sí, de 1-2 euros por receta, aplicado gradualmente a la totalidad de activos y pensionistas	9	13,6%	11	16,9%
	Total	66	100,0%	64	98,5%

2 casos (3,1%) no han proporcionado respuesta a este ítem (2ª ronda).

se mantiene en la segunda ronda, pero también es cierto que disminuye algo el número de adeptos de la misma a favor de la no implantación que se aproxima a un 31% cuando en la primera ronda estaba en torno al 25%.

El mayor o menor conocimiento de lo relativo a los financiadores no ha influido en la elección de las opciones sobre copago en pronóstico ni en deseabilidad.

Cuarto bloque de ítems

En esta parte del Bloque B y en la primera ronda, se planteó a los expertos que dos de las variables que contribuyen a incrementar el gasto sanitario son la presión asistencial (nº de consultas/día) y la frecuentación a la red asistencial (nº consultas/asegurado).

Referente a este tema, se pidió a los expertos que expusieran su opinión sobre si en los próximos diez años, la implementación del copago por acto asistencial podría reducir el efecto de estas variables.

La distribución de las respuestas válidas obtenidas mostró que los expertos estaban bastante divididos entre que en los próximos 10 años la implementación del copago no podría reducir el efecto de las variables comentadas y la de que sí que lo podría reducir pagando el paciente entre 1-3 euros en función de gravedad, cronicidad y tipo de servicio, aplicado ello de manera gradual.

El deseo se decantó más hacia esta segunda opción, si bien, para algo más de un 36% de los expertos la respuesta fue negativa.

En la segunda ronda se volvió a plantear este bloque al completo. La mayoría de los expertos (63,1%) pronosticó que la implementación del copago por acto asistencial no reducirá el efecto de las mencionadas variables. Sin embargo, algo más de una cuarta parte (26,2%) piensa que sí que lo haría si el paciente pagase entre 1 y 3 euros en función de la gravedad, cronicidad y tipo de servicio, aplicado de manera gradual.

En cuanto a la deseabilidad, aunque la mayoría no desea la implementación del copago, las opiniones están bastante divididas entre esta opción y la siguiente, que consiste en fomentar el pago de entre 1 y 3 euros en función de la gravedad, cronicidad y tipo de servicio, aplicado de manera gradual.

El resultado en cuanto a pronóstico no ha dependido del grado de conocimiento sobre el tema, y, en cuanto a deseo, tampoco llega a existir dependencia estadística, pero sí una mayor tendencia hacia ella que vendría especialmente marcada por una mayor apuesta de los que son más especialistas en el tema y tienen mayor conocimiento a escoger la segunda opción y en ningún caso la primera. Para ellos la aplicación del copago, preferentemente de la primera forma propuesta que de la segunda, sí que paliaría en parte los efectos de presión y frecuentación asistencial.

Tabla 19. Propuesta sobre efectividad del posible copago: pronóstico y deseabilidad (primera y segunda ronda)

		RONDA 1		RONDA 2	
Pronosticado		n	%	n	%
B25	No	28	42,4%	41	63,1%
	Sí, pagando el paciente entre 1-3€, en función de gravedad, cronicidad y tipo de servicio, aplicado de manera gradual	31	47,0%	17	26,2%
	Sí, pagando el paciente una cantidad no limitada de €, en función de gravedad y cronicidad y tipo de servicio, aplicado de manera gradual	7	10,6%	7	10,8%
	Total	66	100,0%	65	100,0%
Deseado		n	%	n	%
B26	No	24	36,4%	27	41,5%
	Sí, pagando el paciente entre 1-3€, en función de gravedad, cronicidad y tipo de servicio, aplicado de manera gradual	32	48,5%	24	36,9%
	Sí, pagando el paciente una cantidad no limitada de €, en función de gravedad y cronicidad y tipo de servicio, aplicado de manera gradual	10	15,2%	13	20,0%
	Total	66	100,0%	64	98,5%

1 caso (1,5%) no han proporcionado respuesta a este ítem.

Conclusiones

Con respecto al gasto farmacéutico, se considera bastante probable que en los próximos diez años, las Autoridades Sanitarias incidan en favorecer la utilización de genéricos, incrementando los incentivos por su prescripción. También es bastante probable que puedan aplicar criterios de contención del gasto a la hora de recomendar los medicamentos más adecuados por patologías, incluyéndose sistemáticamente las opciones terapéuticas que presenten un menor coste/día.

En cambio, es menos probable que se faciliten al prescriptor criterios de valor terapéutico añadido, incremento en cantidad y calidad de vida y cumplimiento terapéutico en la selección del tratamiento, así como el aumentar el número de medicamentos sometidos a visado médico o incluir la evaluación coste-efectividad de los medicamentos antes de decidir su financiación pública.

Ahora bien, en el terreno de lo deseable, la opción más favorecida por los expertos es la de incluir la evaluación coste-efectividad de los nuevos fármacos antes de decidir su financiación pública. A esta opción le sigue de cerca el facilitar al prescriptor criterios de valor terapéutico añadido, incremento en cantidad y calidad de vida y cumplimiento terapéutico en la selección del tratamiento. También resultaron ser bastante deseables, aunque no tanto como las anteriores: el favorecer la utilización de genéricos, incrementando los incentivos por su prescripción y aplicar criterios de contención del gasto a la hora de recomendar los medicamentos más adecuados por patologías, incluyéndose sistemáticamente las opciones terapéuticas que presenten un menor coste/día.

En el caso del incremento de listas negativas de medicamentos, los expertos dictaminan que es una opción algo deseable, pero se advierte mucha cautela en torno a este tema y un sector lo considera como “nada deseable”. Por consiguiente, en las recomendaciones relativas a este punto hay que considerar los intereses particulares de la industria y de las oficinas de farmacia por un lado y los del consumidor por otro.

Se admite como bastante deseable la sugerencia de no incluir como reembolsables aquellos medicamentos que no sean suficientemente innovadores.

Aumentar el número de medicamentos sometidos a visado médico, aprovechando la receta electrónica es la opción menos deseada

por el colectivo de expertos, con un grado de acuerdo medio-elevado y, dado que se ha calificado de probable, es un tema a reconsiderar desde el punto de vista de las políticas sanitarias.

Con respecto a la demanda de medicamentos, se considera bastante probable que se decida obligar a las oficinas de farmacia a la sustitución de medicamentos por aquellos de la misma composición y de menor precio dentro de una lista cerrada, revisable periódicamente y también el incrementar los incentivos económicos a prescriptores por la consecución de objetivos eficientes en salud.

También es algo probable, aunque no tanto como lo anterior, que las autoridades puedan implantar la prescripción según las guías farmacoterapéuticas y que implanten más programas formativos e informativos en materia de uso adecuado o racional del medicamento entre la población.

En cambio, no se ve como probable que se proponga un techo de gasto a los prescriptores, al margen de su productividad, volumen y composición de su actividad.

En cuanto a deseabilidad, los expertos consideran, en primer lugar, muy importante la implantación de más programas formativos e informativos en materia de uso adecuado o racional del medicamento entre la población. En segundo lugar, piensan que es bastante deseable, pero con menor grado de acuerdo entre ellos, el incrementar los incentivos económicos a prescriptores por la consecución de objetivos eficientes en salud.

También se considera como bastante deseable que se obligue a las oficinas de farmacia a sustituir medicamentos por otros de la misma composición cuando tuviesen un menor precio dentro de una lista cerrada revisable periódicamente, pero también es cierto que un sector de los expertos no lo considera oportuno.

Lo menos deseable en el apartado de demanda sería el proponer un techo de gasto a los prescriptores, al margen de su productividad, volumen y composición de su actividad.

En cuanto al copago adicional de 1 euro por receta médica para contribuir a la financiación del Sistema Nacional de Salud, se pronostica que no se llegará a implantar, si bien, esta afirmación no es contundente. Sería deseable que se hiciese con un importe máximo de 1-2 euros por receta y aplicado gradualmente a la totalidad de activos y pensionistas, si bien, un amplio sector de expertos no apoya en absoluto dicha implantación.

Finalmente, en cuanto a los efectos de la implementación de un posible copago, el pronóstico es que no reducirá el efecto del incremento del gasto sanitario derivado de la presión asistencial y de la frecuentación a la red asistencial. Sin embargo, algo más de una cuarta parte de los expertos ha manifestado que sí que lo haría si el paciente pagase entre 1 y 3 euros en función de la gravedad, croni-

cidad y tipo de servicio, aplicado de manera gradual. En cuanto a la deseabilidad, aunque la mayoría no desea la implementación del copago, las opiniones están bastante divididas entre esta opción y la siguiente, que consiste en fomentar el pago de entre 1 y 3 euros en función de la gravedad, cronicidad y tipo de servicio, aplicado de manera gradual. Es un tema controvertido.

Bloque C.

Prescriptores

Resultados

Primer bloque de ítems

En esta parte de la encuesta, se plantea que la Atención Primaria (AP) es el pilar básico de la relación sanitaria entre el usuario y el sistema sanitario. La mejora en la calidad asistencial y la optimización del empleo de los recursos asistenciales y los medicamentos es fundamental

para alcanzar mayores cuotas de salud que resulten sostenibles.

Por ello, se preguntó a los expertos: ¿cómo puede contribuir la AP a mejorar la eficiencia en el gasto farmacéutico en los próximos diez años?

Para valorarlo se proporcionaron varias opciones y los expertos, al igual que en otras baterías de propuestas, otorgaron puntuaciones de pronóstico y de deseabilidad. Los resultados indican que todas las posibilidades propuestas

Tabla 20. *Propuestas sobre contribución de la AP en la mejora del gasto sanitario: pronóstico (primera ronda)*

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
C01: incrementando la coordinación de los recursos humanos multidisciplinares disponibles (médicos, farmacéutico de área, enfermeras, fisioterapeutas, matronas, asistentes sociales)	3,1	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto
C02: potenciando la capacidad de supervisión del proceso asistencial por parte de la AP, con el apoyo de las TIC (telemedicina, historia clínica informatizada, sistemas de información sobre prescripción)	3,3	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto
C03: incrementando el tiempo medio por visita	2,6	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
C04: reduciendo la presión asistencial mediante la potenciación de cuidados ambulatorios alternativos (cuidado domiciliario, enfermería para crónicos)	2,8	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
C05: realizando una gestión eficaz del seguimiento de pacientes procedentes de AE (duplicidad de tratamientos, interacciones, RAM)	3,0	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
C06: apoyándose en el farmacéutico de área para conseguir una utilización óptima de los medicamentos	2,8	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto

tienen alguna probabilidad de contribuir a mejorar la eficiencia, destacando en términos de media, que no de mediana ni de moda, la segunda, es decir, potenciar la capacidad de supervisión del proceso asistencial de la AP con el apoyo de las TIC. El grado de acuerdo fue alto o medio alto en todos los casos.

En el apartado de deseabilidad, cuyos resultados se exponen en la Tabla 21, todas las opciones propuestas resultaron ser, como mínimo bastante, en opinión de la mayoría de expertos. Entre todas ellas, destacó la primera tanto en términos de media, como de mediana y moda y el grado de acuerdo fue el más elevado obtenido

entre los entrevistados. Por consiguiente, la mejor contribución que puede hacer la AP a mejorar la eficiencia en el gasto farmacéutico en los próximos diez años es incrementar la coordinación de los recursos humanos multidisciplinares disponibles. Le siguen de cerca las opciones cinco y dos: realizar una gestión eficaz del seguimiento de pacientes procedentes de AE (duplicidad de tratamientos, interacciones, RAM) y potenciar la capacidad de supervisión del proceso asistencial por parte de la AP, con el apoyo de las TIC (telemedicina, historia clínica informatizada, sistemas de información sobre prescripción).

Tabla 21. *Propuestas sobre contribución de la AP en la mejora del gasto sanitario: deseabilidad (primera ronda)*

PRIMERA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
C07: incrementando la coordinación de los recursos humanos multidisciplinares disponibles (médicos, farmacéutico de área, enfermeras, fisioterapeutas, matronas, asistentes sociales)	4,3	0,9	5,0	5,0	Muy deseable	Alto
C08: potenciando la capacidad de supervisión del proceso asistencial por parte de la AP, con el apoyo de las TIC (telemedicina, historia clínica informatizada, sistemas de información sobre prescripción)	4,1	1,0	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio-alto
C09: incrementando el tiempo medio por visita	3,8	1,2	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio-alto
C10: reduciendo la presión asistencial mediante la potenciación de cuidados ambulatorios alternativos (cuidado domiciliario, enfermería para crónicos)	3,9	1,1	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio-alto
C11: realizando una gestión eficaz del seguimiento de pacientes procedentes de AE (duplicidad de tratamientos, interacciones, RAM)	4,2	1,0	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto
C12: apoyándose en el farmacéutico de área para conseguir una utilización óptima de los medicamentos	3,6	1,4	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio

A pesar del resultado bastante consensuado obtenido en la primera ronda, se valoró de nuevo el ítem C12 tanto en pronóstico como en deseabilidad para ver si se lograba un mayor consenso en cuanto a la contribución de esta medida que afecta al farmacéutico de área. Los resultados de la segunda vuelta se pueden ver en la Tabla 22.

Las cifras obtenidas indican una mejor valoración por parte del grupo de expertos en cuanto a pronóstico, que ahora quedó calificado como bastante probable, cuando en la primera ronda fue calificado de algo probable. En deseabilidad se mantiene el mismo grado: bastante deseable y disminuye el grado de acuerdo que, en cambio se había mantenido en el caso del pronóstico.

Por consiguiente, es bastante probable que la AP pueda contribuir a una mejora del gasto sanitario apoyándose en el farmacéutico de área para conseguir una utilización óptima de los medicamentos, siendo bastante deseable que esta contribución llegue a desarrollarse.

Segundo bloque de ítems

Este bloque está dedicado a los incentivos salariales. Se trataba de determinar si el equipo de Atención Primaria (EAP) puede recibir una incentivación económica. Para ello, los expertos han valorado la consideración de si en los próximos diez años se debería mejorar el sistema de incentivación para reducir el gasto farmacéutico.

Tabla 22. *Propuestas sobre contribución de la AP en la mejora del gasto sanitario: pronóstico y deseabilidad (segunda ronda)*

SEGUNDA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
C12: apoyándose en el farmacéutico de área para conseguir una utilización óptima de los medicamentos	3,32	0,96	3,00	3,0	Algo probable	Medio-alto
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
C12: apoyándose en el farmacéutico de área para conseguir una utilización óptima de los medicamentos	3,38	1,23	4,00	5,0	Bastante probable	Medio-Bajo

En su pronóstico, las opiniones se centran fundamentalmente en estas tres posibilidades:

- Sí, incrementar hasta un 20% la parte variable sobre la retribución fija.
- No.
- Sí, estableciendo otros criterios de incentivación: promoción profesional, formación, descanso compensatorio.

También destaca la que propone, incrementar entre un 20-30% la parte variable sobre la retribución fija.

El resultado de la primera ronda, y en cuanto a pronóstico, fue que no existió un acuerdo elevado en cuanto a lo que podría suceder en este tema. Las probabilidades se decantaron por incrementar hasta un 20% la parte variable sobre la retribución fija o establecer que no habrá incentivos.

En cuanto a lo deseado, la dispersión de respuesta también fue elevada, no pudiendo de-

cirse que existiese acuerdo, a pesar de que la respuesta mayoritaria fuese la última: Sí, estableciendo otros criterios de incentivación: promoción profesional, formación, descanso compensatorio. Con casi un 23% también destaca como deseada la consideración de que no se debería de mejorar el sistema de incentivación con el propósito de reducir el gasto farmacéutico.

El grado de conocimiento sobre este tema, no resultó significativo en cuanto a influir en las respuestas de pronóstico ni de deseo de este apartado.

En la segunda ronda se insistió sobre el bloque tal y como se había planteado. La opinión mayoritaria en cuanto a pronóstico fue la de que en los próximos diez años se mejorará el sistema de incentivación económica en los equipos de Atención Primaria con un incremento de entre el 20-30% en la parte variable sobre la fija. Con todo, los expertos estuvieron lejos de alcanzar un alto grado de consenso y la respuesta siguió siendo dispersa.

Tabla 23. *Pronóstico y deseabilidad de un sistema de incentivos en AP (primera y segunda ronda)*

		RONDA 1		RONDA 2	
Pronosticado		n	%	n	%
C13	No	18	27,3%	14	21,5%
	Sí, incrementar hasta un 20% la parte variable sobre la retribución fija	20	30,3%	29	44,6%
	Sí, incrementar entre un 20-30% la parte variable sobre la retribución fija	12	18,2%	10	15,4%
	Sí, incrementar entre un 30-40% la parte variable sobre la retribución fija	2	3,0%	1	1,5%
	Sí, incrementar entre un 40-50% la parte variable sobre la retribución fija	0	0,0%	0	0,0%
	Sí, estableciendo otros criterios de incentivación: promoción profesional, formación, descanso compensatorio	14	21,2%	9	13,8%
	Total	66	100,0%	63	96,9%

Ronda 2: 2 casos (3,1%) no han proporcionado respuesta a este ítem.

Ningún experto ha seleccionado la quinta opción: Sí, incrementar hasta un 40-50% la parte variable sobre la retribución fija.

Tabla 23. Pronóstico y deseabilidad de un sistema de incentivos en AP (primera y segunda ronda)

[Continuación]

		RONDA 1		RONDA 2	
Pronosticado		n	%	n	%
C14	No	15	22,7%	16	24,6%
	Sí, incrementar hasta un 20% la parte variable sobre la retribución fija	11	16,7%	10	15,4%
	Sí, incrementar entre un 20-30% la parte variable sobre la retribución fija	7	10,6%	9	13,8%
	Sí, incrementar entre un 30-40% la parte variable sobre la retribución fija	6	9,1%	4	6,2%
	Sí, incrementar entre un 40-50% la parte variable sobre la retribución fija	5	7,6%	0	0,0%
	Sí, estableciendo otros criterios de incentivación: promoción profesional, formación, descanso compensatorio	22	33,3%	23	35,4%
Total		66	100,0%	62	95,4%

Ronda 2: 3 casos (4,6%) no han proporcionado respuesta a este ítem.

Ningún experto ha seleccionado la quinta opción: Sí, incrementar hasta un 40-50% la parte variable sobre la retribución fija.

En el apartado de deseabilidad, una mayoría no excesivamente pronunciada (35,4%), se decantó por una mejora pero estableciendo otros criterios de incentivación tales como la promoción profesional, formación y descanso compensatorio. Le siguió a esta opción la de no desear un progreso en el tema de la incentivación.

El grado de conocimiento sobre este tema, no resultó significativo en cuanto a influir en las respuestas de pronóstico ni de deseo de este apartado

Tercer bloque de ítems

En este apartado se expuso que los protocolos y las guías terapéuticas son herramientas para apoyar el uso adecuado de los medicamentos. En España hay muchos protocolos y guías terapéuticas, auspiciadas por distintos organismos, exhibiendo metodologías y calidades muy dispares, sin que hayan sido evaluados de un modo homogéneo.

Respecto a la utilización de guías farmacoterapéuticas, se pidió a los expertos que indicasen cómo contribuirá su utilización en los próximos diez años.

En cuanto a pronóstico, ninguna de las opciones propuestas se descartó y todas fueron consideradas algo probables, en opinión de los expertos y el grado de acuerdo fue alto o medio alto en todas ellas. Si acaso, destacó un poco por encima del resto en términos de media la segunda y la primera propuestas: el diseño de las guías farmacoterapéuticas se deberá complementar con datos sobre la utilidad terapéutica la información de eficacia, seguridad y coste/día

utilizada actualmente y contribuirá a una mejor utilización de los recursos y a un uso racional del medicamento.

En cuanto a opciones deseables ninguna quedó por debajo de la consideración de bastante deseable, destacando la primera y la segunda opciones, las mismas que las pronosticadas como algo más probables que el resto. Los resultados se pueden ver en la siguiente tabla. Por consiguiente, se desea que en la utilización de guías farmacoterapéuticas se dé especialmente, una contribución de mejor aprovechamiento de los recursos proporcionando un uso racional del medicamento, debiendo complementarse su diseño con datos sobre la utilidad terapéutica la información de eficacia, seguridad y coste/día utilizada actualmente. El grado de acuerdo sobre estas dos opciones fue elevado y, por ello, no se consideró necesario insistir sobre este tema en la segunda ronda.

Cuarto bloque de ítems

En esta parte se expuso que: en España, la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios contempla que los médicos y odontólogos son los únicos profesionales facultados para ordenar la prescripción de medicamentos. Sin embargo, se prevé que el MSC establezca la relación de medicamentos y productos sanitarios que puedan ser prescritos por enfermeros y podólogos siendo previsibles distintos grados de protocolización.

Acerca de todo ello, se ha pedido a los expertos que valorasen la evolución de la "prescripción enfermera" en los próximos diez años.

Tabla 24. Pronóstico acerca del uso de protocolos y guías terapéuticas en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
C15: contribuirá a una mejor utilización de los recursos y a un uso racional del medicamento	3,2	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto
C16: en el diseño de las guías farmacoterapéuticas se deberá complementar con datos sobre la utilidad terapéutica la información de eficacia, seguridad y coste/día utilizada actualmente	3,3	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto
C17: se deberá exigir al médico una prescripción ajustada a guías farmacoterapéuticas consensuadas	3,0	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto
C18: reducirá la variabilidad de la prescripción y mejorará la calidad asistencial con criterios de medicina basada en la evidencia	3,0	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto
C19: se exigirá el cumplimiento de las guías farmacoterapéuticas en las patologías de mayor prevalencia	3,0	1,1	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
C20: se potenciará la figura de farmacéutico de área para la elaboración y homogenización de guías farmacoterapéuticas	3,0	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto

Tabla 25. Deseabilidad acerca del uso de protocolos y guías terapéuticas en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
C15: contribuirá a una mejor utilización de los recursos y a un uso racional del medicamento	4,4	0,9	5,0	5,0	Muy deseable	Alto
C16: en el diseño de las guías farmacoterapéuticas se deberá complementar con datos sobre la utilidad terapéutica la información de eficacia, seguridad y coste/día utilizada actualmente	4,4	0,9	5,0	5,0	Muy deseable	Alto
C17: se deberá exigir al médico una prescripción ajustada a guías farmacoterapéuticas consensuadas	3,6	1,2	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio-alto
C18: reducirá la variabilidad de la prescripción y mejorará la calidad asistencial con criterios de medicina basada en la evidencia	4,2	1,0	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto
C19: se exigirá el cumplimiento de las guías farmacoterapéuticas en las patologías de mayor prevalencia	3,6	1,2	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio-alto
C20: se potenciará la figura de farmacéutico de área para la elaboración y homogenización de guías farmacoterapéuticas	3,6	1,2	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto

Los resultados de la primera ronda, pusieron de manifiesto que, en cuanto a pronóstico, todos los escenarios propuestos son considerados como algo probables con un grado de acuerdo medio-elevado entre los expertos.

En cuanto a grado de deseabilidad, el colectivo de expertos no apuntó hacia una gran deseabilidad de ninguno de los escenarios. Si acaso, se decantó un poco más hacia el penúltimo: prescripción o indicación bajo un protocolo de grupo elaborado por profesionales interdisciplinarios, en términos de media y de

mediana, y también hacia el último: prescripción de tiempo y dosis, bajo protocolo, para cuidados muy específicos (salud mental, diabetes, etc.).

En la parte de deseabilidad, existió un menor grado de acuerdo entre los expertos que en el de pronóstico. Por ello, de los primeros resultados, se desprendió una actitud de cautela ante la “prescripción enfermera”, lo que condujo a volver a considerar este tema en la segunda ronda.

El bloque se planteó exactamente igual y sólo en la parte de deseabilidad. Los resultados

se pueden ver en la Tabla 27, comparados con los de la primera ronda.

Acerca de la primera propuesta, es decir, que exista prescripción enfermera independiente con un listado restringido a algunos medicamentos, los expertos indicaron que esta posibilidad es poco deseable. Su grado de acuerdo no fue elevado pero, según la moda, la tendencia apunta hacia la no deseabilidad de este sistema de prescripción. Algo más deseable resultó la segunda propuesta, que mejora la primera. En esta opción se abogaría por una prescripción enfermera independiente con un listado restringido que exija experiencia previa y acreditación específica. También estimaron como algo deseable, aunque no excesivamente,

que exista una prescripción enfermera dependiente/colaborativa/semiautónoma/complementaria/suplementaria, que permita cambiar dosis o frecuencia, tras una prescripción médica inicial, para el seguimiento de crónicos. De bastante deseable, calificaron la opción de la existencia de prescripción o indicación bajo un protocolo de grupo elaborado por profesionales interdisciplinarios. En este caso, a pesar de que la respuesta fue dispersa, la moda apuntó hacia un predominio de la deseabilidad de esta opción.

Finalmente, otra sugerencia poco deseable es la de existencia de prescripción de tiempo y dosis bajo protocolo, para cuidados muy específicos (salud mental, diabetes y otros)

Tabla 26. Pronóstico acerca de la prescripción farmacéutica en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
C27: prescripción enfermera independiente, con un listado restringido a algunos medicamentos	3,1	1,2	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
C28: prescripción enfermera independiente con un listado restringido que exija experiencia previa y acreditación específica	2,6	1,2	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
C29: prescripción enfermera dependiente/colaborativa/semiautónoma/complementaria/suplementaria, que permita cambiar dosis o frecuencia, tras una prescripción médica inicial, para el seguimiento de crónicos	2,8	1,2	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
C30: prescripción o indicación bajo un protocolo de grupo elaborado por profesionales interdisciplinarios	2,9	1,1	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
C31: prescripción de tiempo y dosis, bajo protocolo, para cuidados muy específicos (salud mental, diabetes, etc.)	2,7	1,2	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto

Tabla 27. Deseabilidad acerca de la prescripción farmacéutica en los próximos diez años (primera y segunda ronda)

PRIMERA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
C32: prescripción enfermera independiente, con un listado restringido a algunos medicamentos	2,8	1,5	3,0	1,0	Algo deseable	Medio
C33: prescripción enfermera independiente con un listado restringido que exija experiencia previa y acreditación específica	3,0	1,5	3,0	4,0	Algo deseable	Medio
C34: prescripción enfermera dependiente/colaborativa/semiautónoma/complementaria/suplementaria, que permita cambiar dosis o frecuencia, tras una prescripción médica inicial, para el seguimiento de crónicos	3,0	1,4	3,0	3,0	Algo deseable	Medio
C35: prescripción o indicación bajo un protocolo de grupo elaborado por profesionales interdisciplinarios	3,3	1,4	4,0	4,0	Algo deseable	Medio
C36: prescripción de tiempo y dosis, bajo protocolo, para cuidados muy específicos (salud mental, diabetes, etc.)	3,1	1,5	4,0	4,0	Algo deseable	Medio

Tabla 27. Deseabilidad acerca de la prescripción farmacéutica en los próximos diez años (primera y segunda ronda) [Continuación]

SEGUNDA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
C32: prescripción enfermera independiente, con un listado restringido a algunos medicamentos	2,31	1,402	2	1	Poco deseable	Bajo
C33: prescripción enfermera independiente con un listado restringido que exija experiencia previa y acreditación específica	2,75	1,511	3	1	Algo deseable	Bajo
C34: prescripción enfermera dependiente/colaborativa /semiautónoma/complementaria/suplementaria, que permita cambiar dosis o frecuencia, tras una prescripción médica inicial, para el seguimiento de crónicos	2,85	1,543	3	1	Algo deseable	Bajo
C35: prescripción o indicación bajo un protocolo de grupo elaborado por profesionales interdisciplinarios	3,22	1,546	4	4	Bastante deseable	Bajo
C36: prescripción de tiempo y dosis, bajo protocolo, para cuidados muy específicos (salud mental, diabetes, etc.)	2,63	1,431	2	1	Poco deseable	Bajo

Conclusiones

Se pronostica que la AP puede contribuir efectivamente a la reducción del gasto sanitario mediante:

- Un incremento de la coordinación de los recursos humanos multidisciplinares disponibles (médicos, farmacéutico de área, enfermeras, fisioterapeutas, matronas y asistentes sociales)
- Potenciando la capacidad de supervisión del proceso asistencial con el apoyo de las TIC (telemedicina, historia clínica informatizada y sistemas de información sobre prescripción).
- Incrementando el tiempo medio por visita.
- Reduciendo la presión asistencial mediante la potenciación de cuidados ambulatorios alternativos (cuidado domiciliario, enfermería para crónicos y similares).
- Realizando una gestión eficaz del seguimiento de pacientes procedentes de AE (evitando duplicidad de tratamientos, interacciones y RAM).
- Apoyándose en el farmacéutico de área para conseguir una utilización óptima de los medicamentos.
- Siendo todo ello deseable en cuanto a la toma de medidas que conduzcan al logro de objetivos en este ámbito.

En materia de incentivos para el equipo de AP, se pronostica que en los próximos diez años

se mejorará el sistema de incentivación económica con un incremento estimado de entre el 20-30% en la parte variable sobre la fija. No existe un elevado grado de consenso en esta materia, quedando abiertas otras opciones. La mayoría piensa que lo deseable en este tema es que haya una mejora pero estableciendo otros criterios de incentivación tales como la promoción profesional, formación y descanso compensatorio, siendo por tanto lo más recomendable.

Respecto a la utilización de guías farmacoterapéuticas, se considera que en los próximos diez años es algo probable que se cumpla que:

- Su uso contribuya a una mejor utilización de los recursos y a un uso racional del medicamento.
- El diseño de las guías farmacoterapéuticas se complemente con datos sobre la utilidad terapéutica, la información de eficacia, seguridad y coste/día utilizada actualmente.
- Se exija al médico una prescripción ajustada a guías farmacoterapéuticas consensuadas.
- Se reduzca la variabilidad de la prescripción y mejore la calidad asistencial con criterios de medicina basada en la evidencia.
- Se exija el cumplimiento de las guías farmacoterapéuticas en las patologías de mayor prevalencia.
- Se potencie la figura de farmacéutico de área para la elaboración y homogenización de guías farmacoterapéuticas.

- Siendo todo ello entre bastante y muy deseable.

Finalmente, en cuanto a prescripción farmacéutica, se pronostica que en los próximos diez años es algo probable que exista:

- La prescripción enfermera independiente, con un listado restringido a algunos medicamentos, aunque también podría suceder que se exija experiencia previa y acreditación específica. Tampoco se descarta que la prescripción enfermera sea dependiente / colaborativa / semiautónoma / complementaria / suplementaria y que permita cambiar dosis o frecuencia

tras una prescripción médica inicial, especialmente, para el seguimiento de crónicos. Asimismo se considera algo probable que esta prescripción se lleve a cabo bajo un protocolo de grupo elaborado por profesionales interdisciplinarios o que se limite a prescripción de tiempo y dosis para cuidados muy específicos. En definitiva, todo parece posible y el escenario es amplio y abierto. Sin embargo, un tema es el pronóstico y otro la deseabilidad. La fórmula más deseable, en opinión de los expertos, es la de prescripción o indicación bajo un protocolo de grupo elaborado por profesionales interdisciplinarios.

Bloque D. Farmacéuticos

Resultados

Primer bloque de ítems

En este bloque se pidió a los expertos opinión acerca de la evolución, en los próximos diez años, de la atención que realiza el farmacéutico en la oficina de farmacia.

En la primera ronda, en cuanto a pronóstico, se dedujo que el escenario más probable era el segundo: dispensación de medicamentos, control de condiciones de almacenamiento, y facturación de recetas. El grado de acuerdo fue elevado. Le siguió en importancia en términos de media, un mayor papel en la sustitución de medicamentos. El escenario al que se le otorgó menor probabilidad fue el de dispensación activa siguiendo protocolos consensuados.

En cuanto a lo que sería deseable, de los resultados se dedujo que el colectivo de expertos estaba bastante de acuerdo en que la oficina de farmacia debe evolucionar en los próximos diez años, no siendo deseable que se quede como está en la actualidad.

De los escenarios propuestos, el más deseable es el último: al ser el profesional que entrega el medicamento al paciente, la interacción en red con los equipos de atención médica (primaria, especializada, hospitalaria), será fundamental para coordinar las intervenciones profesionales cuando se detecte un problema relacionado con el medicamento.

El resto son todos bastante deseables con diversos grados de acuerdo, el menor de los cuales se presentó en cuanto a otorgar un mayor papel en la sustitución de medicamentos y también en cuanto a que el papel de la oficina de farmacia se limite a la dispensación de medicamentos, control de condiciones de almacenamiento, facturación de recetas. Ambos se valoraron de nuevo en la segunda ronda.

Más atractivos resultaron el resto de escenarios que otorgan a la oficina de farmacia mayor número de actividades, si bien se observó cierta reticencia en cuanto a permitir una dispensación activa siguiendo protocolos consensuados.

En la segunda ronda de este bloque se valoraron de nuevo los ítems 9 y 12 de esta parte en cuanto a su deseabilidad. Los resultados señalaron que es algo deseable que la atención del farmacéutico evolucione hacia la dispensación de medicamentos pero acompañada de control de condiciones de almacenamiento y también de facturación de recetas. Lo mismo puede decirse de una evolución hacia un mayor papel del profesional en la sustitución de medicamentos. La desviación típica que acompaña a las medias es síntoma de dispersión en la respuesta, pero la moda pone de manifiesto que, en cualquier caso, la tendencia es hacia desear que se produzca este tipo de evolución y no hacia lo contrario.

Tabla 28. Pronóstico y deseabilidad acerca de la evolución de la atención en la oficina de farmacia (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D01: seguirá siendo igual a la actual	3,0	1,3	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
D02: dispensación de medicamentos, control de condiciones de almacenamiento, facturación de recetas	3,6	1,3	4,0	4,0	Bastante probable	Medio-alto
D03: educación sanitaria a la población, tanto en la oficina de farmacia como a determinados colectivos y de forma integrada en el Sistema nacional de Salud	2,7	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
D04: dispensación activa siguiendo protocolos consensuados	2,5	1,0	2,5	2,0	Poco probable	Medio-alto
D05: mayor papel en la sustitución de medicamentos	3,1	1,0	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
D06: seguimiento farmacoterapéutico de pacientes	2,6	1,0	3,0	2,0	Algo probable	Medio-alto
D07: al ser el profesional que entrega el medicamento al paciente, la interacción en red con los equipos de atención médica (primaria, especializada, hospitalaria), será fundamental para coordinar las intervenciones profesionales cuando se detecte un problema relacionado con el medicamento	2,8	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D08: seguirá siendo igual a la actual	1,7	1,1	1,0	1,0	Poco deseable	Medio-alto
D09: dispensación de medicamentos, control de condiciones de almacenamiento, facturación de recetas	3,4	1,6	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio
D10: educación sanitaria a la población, tanto en la oficina de farmacia como a determinados colectivos y de forma integrada en el Sistema nacional de Salud	4,0	1,1	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto
D11: dispensación activa siguiendo protocolos consensuados	3,7	1,3	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto
D12: mayor papel en la sustitución de medicamentos	3,4	1,4	4,0	5,0	Algo deseable	Medio
D13: seguimiento farmacoterapéutico de pacientes	4,0	1,2	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto
D14: al ser el profesional que entrega el medicamento al paciente, la interacción en red con los equipos de atención médica (primaria, especializada, hospitalaria), será fundamental para coordinar las intervenciones profesionales cuando se detecte un problema relacionado con el medicamento	4,3	1,1	5,0	5,0	Muy deseable	Medio-alto

Tabla 29. Deseabilidad acerca de la evolución de la atención en la oficina de farmacia en cuanto a dispensación y papel en la sustitución de medicamentos (segunda ronda)

SEGUNDA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D09: dispensación de medicamentos, control de condiciones de almacenamiento, facturación de recetas	3,25	1,469	3	5	Algo deseable	Medio-Bajo
D12: mayor papel en la sustitución de medicamentos	3,28	1,420	3	5	Algo deseable	Medio-Bajo

Segundo bloque de ítems

En este apartado, se planteó a los expertos que el actual sistema de márgenes de farmacia

está básicamente orientado al producto, que retribuye la dispensación de la oficina de farmacia con una cantidad proporcional al precio de cada producto.

Por ello, se pidió a los expertos que valorasen qué posibilidades u opciones consideraban que tienen las medidas propuestas en el cuestionario para que en los próximos diez años puedan implantarse en el funcionamiento de la oficina de farmacia.

De las cinco medidas propuestas, todas se consideraron poco probables y el grado de acuerdo entre los expertos fue alto en la mayoría de casos, especialmente, en cuanto a las medidas 3, 4 y 5.

En el terreno de la deseabilidad, los expertos calificaron de muy deseable a la quinta medida: un sistema retributivo que fomente la profesionalidad del farmacéutico y la garantía del uso racional del medicamento. Por el contrario, la menos deseable fue la que conllevaría una modificación del modelo actual, fijando el Gobierno los precios

máximos de dispensación, pero desregulando los márgenes de distribución y farmacia.

El grado de acuerdo en la deseabilidad de estas medidas fue inferior que el obtenido en cuanto a pronóstico. Por ello, se estableció una nueva valoración de tres ítems en la segunda ronda: D20, D21 y D22.

El resultado final es que es bastante deseable que exista un cambio de remuneración del farmacéutico en la oficina de farmacia en función de los servicios sanitarios que presta, agregándose para ello, una tarifa fija por dispensación.

En cambio es poco deseable una modificación del modelo actual hecho de forma que el Gobierno fije los precios máximos de dispensación, pero desregulando los márgenes de distribución y farmacia.

Tabla 30. Pronóstico y deseabilidad acerca de la evolución del sistema de márgenes de farmacia (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D15: un cambio de la remuneración del farmacéutico en la oficina de farmacia en función de los servicios sanitarios que presta, agregando una tarifa fija por dispensación	2,1	1,0	2,0	2,0	Poco probable	Medio-alto
D16: una modificación del modelo actual, fijando el Gobierno los precios máximos de dispensación, pero desregulando los márgenes de distribución y farmacia	2,1	1,0	2,0	2,0	Poco probable	Medio-alto
D17: un sistema más eficaz que el RD Ley 5/2000, que permita subvencionar a las oficinas no rentables	2,2	0,9	2,0	2,0	Poco probable	Alto
D18: la aplicación de criterios de remuneración diferenciales a los farmacéuticos ubicados en poblaciones pequeñas, para así contribuir a su sostenibilidad	2,2	0,9	2,0	3,0	Poco probable	Alto
D19: un sistema retributivo que fomente la profesionalidad del farmacéutico y la garantía del uso racional del medicamento	2,1	0,9	2,0	2,0	Poco probable	Alto
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D20: un cambio de la remuneración del farmacéutico en la oficina de farmacia en función de los servicios sanitarios que presta, agregando una tarifa fija por dispensación	3,5	1,4	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio
D21: una modificación del modelo actual, fijando el Gobierno los precios máximos de dispensación, pero desregulando los márgenes de distribución y farmacia	2,6	1,4	3,0	1,0	Algo deseable	Medio
D22: un sistema más eficaz que el RD Ley 5/2000, que permita subvencionar a las oficinas no rentables	3,0	1,3	3,0	4,0	Algo deseable	Medio
D23: la aplicación de criterios de remuneración diferenciales a los farmacéuticos ubicados en poblaciones pequeñas, para así contribuir a su sostenibilidad	3,2	1,2	3,0	4,0	Algo deseable	Medio-alto
D24: un sistema retributivo que fomente la profesionalidad del farmacéutico y la garantía del uso racional del medicamento	4,1	1,3	5,0	5,0	Muy deseable	Medio-alto

Finalmente, en un plano intermedio y como algo deseable pero no excesivamente, queda la opción de constituir un sistema más eficaz que

el RD Ley 5/2000 que permita subvencionar a las oficinas no rentables.

Tabla 31. Deseabilidad de tres aspectos relacionados con la evolución del sistema de márgenes de farmacia (segunda ronda)

SEGUNDA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D20: un cambio de la remuneración del farmacéutico en la oficina de farmacia en función de los servicios sanitarios que presta, agregando una tarifa fija por dispensación	3,56	1,296	4	4	Bastante deseable	Medio-Bajo
D21: una modificación del modelo actual, fijando el Gobierno los precios máximos de dispensación, pero desregulando los márgenes de distribución y farmacia	2,17	1,229	2	1	Poco deseable	Medio-Bajo
D22: un sistema más eficaz que el RD Ley 5/2000, que permita subvencionar a las oficinas no rentables	3,05	1,265	3	4	Algo deseable	Medio-Bajo

Tercer bloque de ítems

Acerca de la opinión sobre cómo van a evolucionar las funciones del farmacéutico en Atención Primaria (AP) en los próximos diez años, los expertos calificaron, en la primera ronda, como algo probables siete de las diez opciones propuestas, siendo poco probables las tres restantes. El grado de acuerdo osciló entre medio y medio-alto según los casos.

Entre las diez propuestas, la que presentó mejor pronóstico por parte de los expertos fue la sexta: participar como especialistas en sesiones farmacoterapéuticas organizadas dentro de programas concretos (acuerdo de gestión, reacciones adversas, uso racional de medicamentos, etc.), seguida de cerca de la primera: intervenir más activamente en la gestión del uso del medicamento como un bien preciado.

Poder disponer de al menos un farmacéutico por cada equipo de AP, para poder atender sus funciones y poder acceder a la explotación de datos de la historia clínica del paciente para proponer las soluciones farmacoterapéuticas más adecuadas han sido las opciones que los expertos calificaron de menos probables en este conjunto de propuestas.

Entre lo más deseable, destacó, en primer lugar, una medida sobre: intervenir en las visitas que organizan los laboratorios para presentar a

los médicos nuevos tratamientos o nuevas indicaciones de los mismos. El resto de opciones se consideraron todas bastante deseables, con diverso grado de acuerdo por parte de los entrevistados.

La medida menos apoyada por ellos fue la referida a la evaluación crítica de nuevos tratamientos, de su evidencia científica y su interpretación en la práctica clínica mediante el uso de indicadores consensuados.

En la segunda ronda, se consideró necesario volver a consultar acerca de algunos ítems pronosticados: D30, D31 y D32 y, también de algunos en cuanto a su deseabilidad: D36, D38 y D43. Los resultados se comentan más abajo.

Acerca de los ítems revisados en la segunda ronda, los resultados de pronóstico señalan que se considera bastante probable y en un grado de acuerdo bastante aceptable el que las funciones del farmacéutico conlleven el participar como especialistas en sesiones farmacoterapéuticas organizadas dentro de programas concretos. También considerado probable pero menos sería el que participasen en la toma de decisiones de la Administración Sanitaria en materia de política farmacéutica y en promover y coordinar trabajos de investigación relacionados con el empleo de fármacos. En estos dos últimos temas, el grado de acuerdo es menor, pero la tendencia es positiva, en general.

Tabla 32. Pronóstico sobre cómo van a evolucionar las funciones de farmacéutico en Atención Primaria (AP) en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D25: intervenir más activamente en la gestión del uso del medicamento como un bien preciado	3,1	1,2	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
D26: acceder a la explotación de datos de la historia clínica del paciente para proponer las soluciones farmacoterapéuticas más adecuadas	2,4	1,1	2,0	2,0	Poco probable	Medio-alto
D27: integrarse como personal asistencial del equipo multidisciplinar de AP, evaluando resultados de tratamientos, proponiendo su adecuación y detectando problemas relacionados con los medicamentos	2,7	1,1	3,0	2,0	Algo probable	Medio-alto
D28: evaluación crítica de nuevos tratamientos, de su evidencia científica y su interpretación en la práctica clínica mediante el uso de indicadores consensuados	3,0	1,2	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
D29: intervenir en las visitas que organizan los laboratorios para presentar a los médicos nuevos tratamientos o nuevas indicaciones de los mismos	2,6	1,2	2,0	2,0	Poco probable	Medio-alto
D30: participar como especialistas en sesiones farmacoterapéuticas organizadas dentro de programas concretos (acuerdo de gestión, reacciones adversas, uso racional de medicamentos, etc.)	3,2	1,1	3,0	4,0	Algo probable	Medio
D31: participar en la toma de decisiones de la Administración Sanitaria en materia de política farmacéutica	2,6	1,1	3,0	2,0	Algo probable	Medio
D32: promover y coordinar trabajos de investigación relacionados con el empleo de fármacos	2,8	1,1	3,0	3,0	Algo probable	Medio
D33: participar como experto en el análisis de aspectos de política farmacéutica en su vertiente clínica, económica y social	2,7	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
D34: disponer de al menos un farmacéutico por cada equipo de AP, para poder atender sus funciones	2,5	1,1	2,0	2,0	Poco probable	Medio-alto

Tabla 33. Deseabilidad acerca de cómo van a evolucionar las funciones de farmacéutico en Atención Primaria (AP) en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Deseable	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D35: intervenir más activamente en la gestión del uso del medicamento como un bien preciado	4,2	1,0	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto
D36: acceder a la explotación de datos de la historia clínica del paciente para proponer las soluciones farmacoterapéuticas más adecuadas	3,3	1,5	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio
D37: integrarse como personal asistencial del equipo multidisciplinar de AP, evaluando resultados de tratamientos, proponiendo su adecuación y detectando problemas relacionados con los medicamentos	4,0	1,1	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto
D38: evaluación crítica de nuevos tratamientos, de su evidencia científica y su interpretación en la práctica clínica mediante el uso de indicadores consensuados	3,3	1,4	3,5	5,0	Algo deseable	Medio
D39: intervenir en las visitas que organizan los laboratorios para presentar a los médicos nuevos tratamientos o nuevas indicaciones de los mismos	4,2	1,0	5,0	5,0	Muy deseable	Medio-alto

Tabla 33. Deseabilidad acerca de cómo van a evolucionar las funciones de farmacéutico en Atención Primaria (AP) en los próximos diez años (primera ronda)

[Continuación]

PRIMERA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D40: participar como especialistas en sesiones farmacoterapéuticas organizadas dentro de programas concretos (acuerdo de gestión, reacciones adversas, uso racional de medicamentos, etc.)	3,5	1,3	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto
D41: participar en la toma de decisiones de la Administración Sanitaria en materia de política farmacéutica	4,0	1,1	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio-alto
D42: promover y coordinar trabajos de investigación relacionados con el empleo de fármacos	3,8	1,1	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio-alto
D43: participar como experto en el análisis de aspectos de política farmacéutica en su vertiente clínica, económica y social	3,4	1,5	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio
D44: disponer de al menos un farmacéutico por cada equipo de AP, para poder atender sus funciones	4,2	1,0	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto

Tabla 34. Pronóstico sobre cómo van a evolucionar las funciones de farmacéutico en Atención Primaria (AP) en los próximos diez años (segunda ronda)

SEGUNDA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D30: participar como especialistas en sesiones farmacoterapéuticas organizadas dentro de programas concretos (acuerdo de gestión, reacciones adversas, uso racional de medicamentos, etc.)	3,81	1,067	4	4	Bastante probable	Medio-alto
D31: participar en la toma de decisiones de la Administración Sanitaria en materia de política farmacéutica	2,92	1,159	3	3	Algo probable	Medio-bajo
D32: promover y coordinar trabajos de investigación relacionados con el empleo de fármacos	3,25	1,247	3	4	Algo probable	Medio-bajo

La revisión de la deseabilidad de los ítems D36, D38 y D43, puso de manifiesto que los expertos mostraron bastante acuerdo en que es de-

seable que el farmacéutico, en el marco de la Atención Primaria, acceda a la explotación de datos de la historia clínica del paciente para

Tabla 35. Deseabilidad acerca de cómo van a evolucionar las funciones de farmacéutico en Atención Primaria (AP) en los próximos diez años (segunda ronda)

SEGUNDA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D36: acceder a la explotación de datos de la historia clínica del paciente para proponer las soluciones farmacoterapéuticas más adecuadas	3,50	1,392	4	5	Bastante deseable	Medio-bajo
D38: evaluación crítica de nuevos tratamientos, de su evidencia científica y su interpretación en la práctica clínica mediante el uso de indicadores consensuados	3,95	1,015	4	5	Bastante deseable	Medio-alto
D43: participar como experto en el análisis de aspectos de política farmacéutica en su vertiente clínica, económica y social	3,59	1,165	4	4	Bastante deseable	Medio

proponer las soluciones farmacoterapéuticas más adecuadas. Asimismo, consideraron deseable que pudiese efectuarse evaluación crítica de nuevos tratamientos, de su evidencia científica y su interpretación en la práctica clínica mediante el uso de indicadores consensuados. Finalmente, también se percibe como positivo el que pudiese participar como experto en el análisis de aspectos de política farmacéutica en su vertiente clínica, económica y social.

Cuarto bloque de ítems

En este apartado, se planteó a los expertos que, en el 2007, el gasto farmacéutico hospitalario alcanzó entre el 21 y el 22% del total del gasto farmacéutico público. A partir de esta información, se solicitó a los expertos que determinasen qué cuantía consideraban que representará dicho gasto respecto al gasto total farmacéutico público en los próximos diez años.

El pronóstico indica que la mayoría de los expertos, un 60,6% en este caso, se decantaría por una cuantía de entre un 20-30% del gasto farmacéutico público. También es destacable la respuesta: entre un 30-40% del gasto farmacéutico público, con un 30,3% de los casos. Por consiguiente, se puede considerar que el resto son respuestas marginales y que los expertos están bastante de acuerdo en que la realidad estará entre esas cifras en los próximos diez años.

En cuanto a lo deseable, los expertos actuaron de forma bastante lógica y tendente al optimismo, situando la mayor parte de las respuestas en las dos primeras categorías: la primera y más esperanzadora en que no se alcanzaría el 20% del gasto público y la segunda en que se situaría entre un 20-30% del total.

Dado el grado de consenso alcanzado, no se consideró necesario incluir estos ítems en la segunda ronda.

Tabla 36. Pronóstico y deseabilidad acerca de la evolución del gasto farmacéutico hospitalario en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA			
Pronosticado		n	%
D45	Menos del 20% del gasto farmacéutico público	4	6,1%
	Entre un 20-30% del gasto farmacéutico público	40	60,6%
	Entre un 30-40% del gasto farmacéutico público	20	30,3%
	Entre un 40-50% del gasto farmacéutico público	2	3,0%
	Más de un 50% del gasto farmacéutico público	0	,0%
	Total	66	100,0%
Deseado		n	%
D46	Menos del 20% del gasto farmacéutico público	31	48,4%
	Entre un 20-30% del gasto farmacéutico público	28	43,8%
	Entre un 30-40% del gasto farmacéutico público	3	4,7%
	Entre un 40-50% del gasto farmacéutico público	1	1,6%
	Más de un 50% del gasto farmacéutico público	1	1,6%
	Total	64	100,0%

Quinto bloque de ítems

En esta parte, se explicó a los expertos que, en España, la distribución y dispensación de medicamentos está regulada por la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y por las distintas leyes de ordenación farmacéutica aprobadas en las CC.AA. La legislación actual establece que la custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponderá exclu-

sivamente a las oficinas de farmacia abiertas al público, legalmente autorizadas, a los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria (AP) del Sistema Nacional de Salud para su aplicación dentro de dichas instituciones.

En este bloque se pidió a los expertos que indicasen hacia dónde se orientarán en los próximos 10 años las medidas legislativas en esta materia.

En función de la mediana, el pronóstico se centró en las tres primeras propuestas siendo

desestimada por completo la última. El grado de acuerdo fue medio-alto en todos los casos. Atendiendo a la media, de las tres opciones que quedan como algo probables, la que presentó más posibilidades fue la tercera: ampliar el número de oficinas de farmacia, de un modo

regulado, pero más flexible, por población, distancias, distribución geográfica y zonas (rurales, urbanas, turísticas) Los resultados se aceptaron como consensuados y no se volvió a plantear ninguno de estos ítems en la segunda ronda.

Tabla 37. Pronóstico acerca de la evolución de las medidas legislativas en materia de distribución y dispensación de medicamentos en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D47: desvincular la propiedad y titularidad de la oficina de farmacia a un farmacéutico, pudiendo ostentarla otros agentes que no sean farmacéuticos, pero exigiendo la actuación presencial de al menos un farmacéutico	2,6	1,3	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
D48: desregularizar el mercado de las especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP), permitiendo la venta fuera del canal de la farmacia y, por tanto, sin exigirse la presencia y actuación profesional del farmacéutico	2,6	1,1	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
D49: ampliar el número de oficinas de farmacia, de un modo regulado, pero más flexible, por población, distancias, distribución geográfica y zonas (rurales, urbanas, turísticas)	3,1	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
D50: permitir la apertura libre de oficinas de farmacia sin regulación por población, distancias, distribución geográfica y zona	1,8	1,0	1,0	1,0	Nada probable	Medio-alto

En cambio, en el marco de la deseabilidad, no se obtuvo suficiente consenso en la primera ronda y se volvieron a valorar los cuatro ítems. Los expertos extremaron algo sus posiciones y quedó, suficientemente claro que el grupo de especialistas no ve como deseable el permitir la apertura libre de oficinas de farmacia sin regulación por población, distancias, distribución geográfica y zona.

El resto de opciones propuestas quedaron calificadas también de poco o nada deseables, con excepción de la que propone ampliar el número de oficinas de farmacia de un modo regulado, pero más flexible, por población, distancias, distribución geográfica y zona.

Por consiguiente, no se recomienda:

- El desvincular la propiedad y titularidad de la oficina de farmacia a un farmacéutico, pudiendo ostentarla otros agentes que no sean farmacéuticos, pero exigiendo la actuación presencial de al menos un farmacéutico.
- El desregularizar el mercado de las especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP), permitiendo la venta fuera del canal de la farmacia y, por tanto, sin exigirse la presencia y actuación profesional del farmacéutico.

Tabla 38. Deseabilidad acerca de la evolución de las medidas legislativas en materia de distribución y dispensación de medicamentos en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D47: desvincular la propiedad y titularidad de la oficina de farmacia a un farmacéutico, pudiendo ostentarla otros agentes que no sean farmacéuticos, pero exigiendo la actuación presencial de al menos un farmacéutico	2,4	1,6	2,0	1,0	Poco deseable	Medio

Tabla 38. Deseabilidad acerca de la evolución de las medidas legislativas en materia de distribución y dispensación de medicamentos en los próximos diez años (primera ronda)

[Continuación]

PRIMERA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D48: desregularizar el mercado de las especialidades farmacéuticas publicitarias(EFP), permitiendo la venta fuera del canal de la farmacia y, por tanto, sin exigirse la presencia y actuación profesional del farmacéutico	2,1	1,4	1,0	1,0	Poco deseable	Medio
D49: ampliar el número de oficinas de farmacia, de un modo regulado, pero más flexible, por población, distancias, distribución geográfica y zonas (rurales, urbanas, turísticas)	3,5	1,5	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio
D50: permitir la apertura libre de oficinas de farmacia sin regulación por población, distancias, distribución geográfica y zona	2,0	1,4	1,0	1,0	Nada deseable	Medio

Tabla 39. Deseabilidad acerca de la evolución de las medidas legislativas en materia de distribución y dispensación de medicamentos en los próximos diez años (segunda ronda)

SEGUNDA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D47: desvincular la propiedad y titularidad de la oficina de farmacia a un farmacéutico, pudiendo ostentarla otros agentes que no sean farmacéuticos, pero exigiendo la actuación presencial de al menos un farmacéutico	2,30	1,529	2	1	Poco deseable	Medio-bajo
D48: desregularizar el mercado de las especialidades farmacéuticas publicitarias(EFP), permitiendo la venta fuera del canal de la farmacia y, por tanto, sin exigirse la presencia y actuación profesional del farmacéutico	2,14	1,468	1	1	Nada deseable	Medio-bajo
D49: ampliar el número de oficinas de farmacia, de un modo regulado, pero más flexible, por población, distancias, distribución geográfica y zonas (rurales, urbanas, turísticas)	3,22	1,327	3	3	Algo deseable	Medio-bajo
D50: permitir la apertura libre de oficinas de farmacia sin regulación por población, distancias, distribución geográfica y zona	1,98	1,315	1	1	Nada deseable	Medio-bajo

Sexto bloque de ítems

En la última parte del bloque dedicado a farmacéuticos, se expuso que la venta de medicamentos por Internet se ha incrementado considerablemente en los últimos años. Aquí se pidió a los expertos que indicasen la forma en que se orientarán las medidas legislativas en esta materia en los próximos diez años.

Los expertos calificaron como bastante probables las dos primeras propuestas:

- Que se incrementará la venta por Internet de medicamentos no dispensados a través

del canal de la farmacia en España y que se incrementará la venta ilegal de fármacos de prescripción sin la receta de un médico, a través de ciberfarmacias.

- Mientras que al resto de propuestas las calificaron como algo probables, pero no tanto como las anteriores. El grado de acuerdo entre el conjunto de entrevistados fue bastante elevado con respecto a este pronóstico, por lo que no se insistió en la segunda ronda.

En cuanto a lo deseable en este apartado, los resultados de la primera ronda mostraron cierta

controversia en cuanto a las tres últimas opciones, ya que, a pesar de calificarlas de bastante

deseables, los expertos proporcionaron valoraciones más dispersas que en las primeras.

Tabla 40. Pronóstico acerca de la evolución de las medidas legislativas en materia de venta de medicamentos por Internet en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D55: se incrementará la venta por Internet de medicamentos no dispensados a través del canal de la farmacia en España	3,3	1,0	4,0	4,0	Bastante probable	Medio-alto
D56: se incrementará la venta ilegal de fármacos de prescripción sin la receta de un médico, a través de ciberfarmacias	3,5	1,0	4,0	4,0	Bastante probable	Medio-alto
D57: se adoptarán medidas para fomentar el desarrollo de servicios en las farmacias tradicionales, dado el valor añadido que aporta la relación directa farmacéutico-paciente	2,9	0,8	3,0	3,0	Algo probable	Alto
D58: se adoptarán medidas legislativas para suprimir las páginas web de venta de fármacos y para concienciar a la población de los riesgos que entraña la adquisición de medicamentos éticos sin receta y en lugares no autorizados	3,1	1,0	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
D59: se regulará un registro de farmacias tradicionales y online	2,8	1,1	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
D60: se creará un sello de calidad que sirva como acreditación a las farmacias online	2,8	1,1	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
D61: se exigirán requisitos a los profesionales sanitarios que presten sus servicios a través de farmacias online	2,8	1,1	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto

Por consiguiente, se estimó que las dos primeras opciones:

- Se incrementará la venta por Internet de medicamentos no dispensados a través del canal de la farmacia en España.
- Se incrementará la venta ilegal de fármacos de prescripción sin la receta de un médico, a través de ciberfarmacias.

No son en absoluto deseables y que estaban todos bastante o muy de acuerdo en ello. Por consiguiente, en la segunda ronda se profundizó únicamente en la opinión sobre las tres últimas opciones.

Tras la segunda ronda, los expertos no llegaron a mostrar un elevado grado de acuerdo al proporcionar esta valoración, pero los resultados se inclinaron claramente hacia la deseabilidad de las tres propuestas: regular un registro de farmacias tradicionales y online; crear un sello de calidad que sirva como acreditación a las farmacias online y exigir requisitos a los profesio-

nales sanitarios que presten sus servicios a través de farmacias online.

Conclusiones

En atención en la oficina de farmacia, se pronostica que, en los próximos 10 años, se centrará, sobre todo en la dispensación de medicamentos, control de condiciones de almacenamiento, y facturación de recetas. También se espera que juegue un mayor papel en la sustitución de medicamentos y, en cambio no se cree que se produzca la dispensación activa siguiendo protocolos consensuados.

Se desea que la oficina de farmacia evolucione en los próximos diez años, especialmente en materia de interacción en red con los equipos de atención médica (primaria, especializada, hospitalaria), de forma que pase a ser fundamental para coordinar las intervenciones profesionales cuando se detecte un problema relacionado con el medicamento. Asimismo, se

Tabla 41. Deseabilidad acerca de la evolución de las medidas legislativas en materia de venta de medicamentos por Internet en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D62: se incrementará la venta por Internet de medicamentos no dispensados a través del canal de la farmacia en España	1,8	1,2	1,0	1,0	Nada deseable	Medio-alto
D63: se incrementará la venta ilegal de fármacos de prescripción sin la receta de un médico, a través de ciberfarmacias	1,3	0,8	1,0	1,0	Nada deseable	Alto
D64: se adoptarán medidas para fomentar el desarrollo de servicios en las farmacias tradicionales, dado el valor añadido que aporta la relación directa farmacéutico-paciente	3,8	1,2	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto
D65: se adoptarán medidas legislativas para suprimir las páginas web de venta de fármacos y para concienciar a la población de los riesgos que entraña la adquisición de medicamentos éticos sin receta y en lugares no autorizados	4,1	1,2	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto
D66: se regulará un registro de farmacias tradicionales y online	3,4	1,4	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio
D67: se creará un sello de calidad que sirva como acreditación a las farmacias online	3,4	1,4	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio
D68: se exigirán requisitos a los profesionales sanitarios que presten sus servicios a través de farmacias online	3,5	1,4	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio

Tabla 42. Deseabilidad acerca de la evolución de las medidas legislativas en materia de venta de medicamentos por Internet en los próximos diez años (segunda ronda)

SEGUNDA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
D16: regular un registro de farmacias tradicionales y online	3,20	1,55	3,5	5	Bastante deseable	Medio-bajo
D17: crear un sello de calidad que sirva como acreditación a las farmacias online	3,16	1,56	4	4	Bastante deseable	Medio-bajo
D18: exigir requisitos a los profesionales sanitarios que presten sus servicios a través de farmacias online	3,39	1,61	4	5	Bastante deseable	Medio-bajo

desea que se otorgue a la oficina de farmacia un mayor número de actividades salvo la referente a permitir una dispensación activa siguiendo protocolos consensuados.

En márgenes, se pronostica que es poco probable que se apruebe alguna medida que conduzca hacia un cambio de la remuneración del farmacéutico en la oficina de farmacia en función de los servicios sanitarios que presta, agregando una tarifa fija por dispensación. Lo mismo se estima con el resto de posibilidades contempladas:

- Modificación del modelo actual, fijando el Gobierno los precios máximos de dis-

pensación, pero desregulando los márgenes de distribución y farmacia.

- Un sistema más eficaz que el RD Ley 5/2000, que permita subvencionar a las oficinas no rentables.
- La aplicación de criterios de remuneración diferenciales a los farmacéuticos ubicados en poblaciones pequeñas, para así contribuir a su sostenibilidad.
- Un sistema retributivo que fomente la profesionalidad del farmacéutico y la garantía del uso racional del medicamento.

Ninguno de ellos se percibe como realmente probable. Otro tema es la deseabilidad. De todos

ellos, el más deseable es un sistema retributivo que fomente la profesionalidad del farmacéutico y la garantía del uso racional del medicamento, seguido por un cambio de la remuneración del farmacéutico en la oficina de farmacia en función de los servicios sanitarios que presta, agregando una tarifa fija por dispensación.

Se pronostica que la función del farmacéutico evolucionará progresiva pero lentamente en los próximos diez años. Es bastante probable que los farmacéuticos incrementen su participación como especialistas en sesiones farmacoterapéuticas organizadas dentro de programas concretos y que intervengan más activamente en la gestión del uso del medicamento como un bienpreciado. En cambio, es menos probable que se avance rápidamente en la disposición de al menos un farmacéutico por cada equipo de AP para poder atender sus funciones y poder acceder a la explotación de datos de la historia clínica del paciente para proponer soluciones farmacoterapéuticas ajustadas a cada caso, aunque esta práctica se considere deseable.

En referencia a esta función, destaca como bastante deseable que el farmacéutico pueda intervenir en las visitas que organizan los laboratorios para presentar a los médicos nuevos tratamientos o nuevas indicaciones de los mismos.

También se considera deseable que el farmacéutico intervenga en la evaluación crítica de nuevos tratamientos juzgando su evidencia científica y su interpretación en la práctica clínica mediante el uso de indicadores consensuados,

así como que pudiese participar como experto en el análisis de aspectos de política farmacéutica en su vertiente clínica, económica y social.

En cuanto al gasto farmacéutico hospitalario, se pronostica que es bastante probable que en los próximos diez años suponga entre un 20-30% del gasto farmacéutico público, si bien, lo más deseable sería que no alcanzase el 20% de dicho gasto.

Respecto a la legislación en materia de distribución y dispensación de medicamentos, se pronostica que en los próximos diez años se ampliará el número de oficinas de farmacia, de un modo regulado, pero más flexible, por población, distancias, distribución geográfica y zonas (rurales, urbanas, turísticas), siendo esta forma de actuación la más deseada y recomendada.

Acerca de la venta de medicamentos a través de Internet, los expertos pronostican que se incrementará la venta por Internet de medicamentos no dispensados a través del canal de la farmacia en España y que se incrementará la venta ilegal de fármacos de prescripción sin la receta de un médico, a través de ciberfarmacias, no siendo en absoluto deseable que realmente sucedan estas opciones.

Se recomienda que la legislación se oriente hacia: regular un registro de farmacias tradicionales y online; crear un sello de calidad que sirva como acreditación a las farmacias online y exigir requisitos a los profesionales sanitarios que presten sus servicios a través de farmacias online.

Bloque E.

Colegios Profesionales

Resultados

En este bloque, compuesto por una única batería de ítems se recabó la opinión de los expertos en cuanto a pronóstico y deseabilidad sobre el grado de consenso que creían que se va a propiciar en los próximos diez años entre la Administración Sanitaria y los Colegios Profesionales Farmacéuticos.

En cuanto a pronóstico a los expertos les pareció poco probable que puedan llevarse a cabo acciones como las siguientes y, además, están bastante de acuerdo en ello:

- Las Administraciones Sanitarias crearán servicios farmacéuticos en los centros de AP y AE para dispensación a pacientes ambulatorios
- Las Administraciones Sanitarias concertarán directamente con la oficina de farmacia la cartera de servicios y no a través de los Colegios Profesionales

Por consiguiente, no ven viable que en diez años el escenario de la sanidad pueda orientarse hacia este tipo de ajustes.

Más factibles, pero no en exceso les parecieron las otras propuestas que quedarían ordenadas de esta forma dentro de una probabilidad media de ocurrencia:

- Las Administraciones Sanitarias tenderán a desviar el gasto de medicamentos ambulatorios hacia la farmacia hospitalaria como “medicamentos de uso hospitalario”.
- Las Administraciones Sanitarias tenderán a incrementar la exigencia del visado o a exigir la prescripción por especialistas.
- Las Administraciones Sanitarias concertarán la prestación de servicios con el Colegio Profesional de Farmacéuticos con una política clara de relación coste-beneficio.

Tabla 43. Pronóstico acerca de la evolución de las relaciones entre la Administración Sanitaria y los Colegios Profesionales Farmacéuticos en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
E01: las Administraciones Sanitarias concertarán la prestación de servicios con el Colegio Profesional de Farmacéuticos con una política clara de relación coste-beneficio	2,9	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto

Tabla 43. Pronóstico acerca de la evolución de las relaciones entre la Administración Sanitaria y los Colegios Profesionales Farmacéuticos en los próximos diez años (primera ronda)

[Continuación]

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
E02: las Administraciones Sanitarias tenderán a desviar el gasto de medicamentos ambulatorios hacia la farmacia hospitalaria como “medicamentos de uso hospitalario”	3,2	1,0	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
E03: las Administraciones Sanitarias tenderán a incrementar la exigencia del visado o a exigir la prescripción por especialistas	3,1	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto
E04: las Administraciones Sanitarias crearán servicios farmacéuticos en los centros de AP y AE para dispensación a pacientes ambulatorios	2,2	1,1	2,0	1,0	Poco probable	Medio-alto
E05: las Administraciones Sanitarias concertarán directamente con la oficina de farmacia la cartera de servicios y no a través de los Colegios Profesionales	1,9	0,8	2,0	1,0	Poco probable	Alto

El grado de acuerdo es elevado con respecto a todos los resultados del bloque, por lo que se consideró como finalizado en cuanto a proyección y no se insistió en la segunda ronda.

En la parte de deseabilidad, la única propuesta que alcanzó el rango de bastante deseable fue la primera:

- Las Administraciones Sanitarias concertarán la prestación de servicios con el Colegio Profesional de Farmacéuticos con una política clara de relación coste-beneficio.

El acuerdo entre los expertos fue medio-alto, por lo que este tema se consideró cerrado. Sin embargo, en las otras cuatro propuestas el diagnóstico fue considerarlas poco deseables, no alcanzándose un grado de consenso aceptable en cuanto a las dos últimas. Por consiguiente, en la segunda ronda, se realizó una última exploración de estos dos puntos en cuanto a deseabilidad.

El resultado no cambió con respecto al ítem E09, y sí que lo hizo en el caso del ítem E10, en que los expertos afinaron su opinión calificán-

Tabla 44. Deseabilidad acerca de la evolución de las relaciones entre la Administración Sanitaria y los Colegios Profesionales Farmacéuticos en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
E06: las Administraciones Sanitarias concertarán la prestación de servicios con el Colegio Profesional de Farmacéuticos con una política clara de relación coste-beneficio	3,9	1,1	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio-alto
E07: las Administraciones Sanitarias tenderán a desviar el gasto de medicamentos ambulatorios hacia la farmacia hospitalaria como “medicamentos de uso hospitalario”	2,3	1,1	2,0	1,0	Poco deseable	Medio-alto
E08: las Administraciones Sanitarias tenderán a incrementar la exigencia del visado o a exigir la prescripción por especialistas	2,3	1,1	2,0	3,0	Poco deseable	Medio-alto
E09: las Administraciones Sanitarias crearán servicios farmacéuticos en los centros de AP y AE para dispensación a pacientes ambulatorios	2,6	1,4	2,0	1,0	Poco deseable	Medio
E10: las Administraciones Sanitarias concertarán directamente con la oficina de farmacia la cartera de servicios y no a través de los Colegios Profesionales	2,4	1,4	2,0	1,0	Poco deseable	Medio

dolo de algo deseable. Por consiguiente, sí que sería hasta cierto punto recomendable lograr que las Administraciones Sanitarias concertasen

directamente con la oficina de farmacia la cartera de servicios y no a través de los Colegios Profesionales.

Tabla 45. Deseabilidad acerca de la evolución de las relaciones entre la Administración Sanitaria y los Colegios Profesionales Farmacéuticos en los próximos diez años (segunda ronda)

SEGUNDA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
E09: Las Administraciones Sanitarias crearán servicios farmacéuticos en los centros de AP y AE para dispensación a pacientes ambulatorios	2,48	1,39	2	1	Poco deseable	Medio-bajo
E10: Las Administraciones Sanitarias concertarán directamente con la oficina de farmacia la cartera de servicios y no a través de los Colegios Profesionales	2,83	1,32	3	3	Algo deseable	Medio-bajo

Conclusiones

Se pronostica que es difícil y poco probable que en los próximos diez años las Administraciones Sanitarias creen servicios farmacéuticos en los centros de AP y AE para dispensación a pacientes ambulatorios y también que se logre un concierto directo con la oficina de farmacia de la cartera de servicios en lugar de hacerlo a través de los Colegios Profesionales.

Por otro lado, tiene alguna probabilidad de ir fomentándose la tendencia a desviar el gasto de medicamentos ambulatorios hacia la farmacia hospitalaria como “medicamentos de uso hospitalario”. Asimismo, se puede aumentar la exigencia del visado y la prescripción por especialistas y, también se ve como algo factible

el que las Administraciones Sanitarias concierten la prestación de servicios con el Colegio Profesional de Farmacéuticos con una política clara de relación coste-beneficio. Además, se considera bastante deseable que las Administraciones Sanitarias logren desarrollar esta concertación.

No se desea, en cambio, que las Administraciones Sanitarias tiendan a desviar el gasto de medicamentos ambulatorios hacia la farmacia hospitalaria como “medicamentos de uso hospitalario”. Tampoco se desea que tiendan a incrementar la exigencia del visado o a exigir la prescripción por especialistas y, finalmente, tampoco se desea que creen servicios farmacéuticos en los centros de AP y AE para dispensación a pacientes ambulatorios.

Bloque F.

Distribución

Resultados

En este apartado se planteó un único bloque de preguntas a los expertos, partiendo del siguiente comentario:

- la Ley 29/2006 permite la distribución directa desde los laboratorios a las oficinas de farmacia. En la actualidad, algunos laboratorios tienden a suministrar medicamentos directamente a las farmacias a través de operadores logísticos, es decir, evitando la distribución mayorista.

En la primera ronda, se pidió a los expertos su opinión acerca de la evolución que va a experimentar la distribución en los próximos diez años.

Desde el punto de vista del pronóstico el grado de acuerdo fue elevado entre los expertos, que destacaron como la más probable que la distribución evolucione según lo citado en la primera opción:

- Una concentración reduciéndose el número de almacenes pero aumentando su fortaleza individual.

El resto de opciones se vieron como algo probables, si bien, resultaron más débiles, en términos de media, las siguientes:

- Una modificación del actual margen de distribución (% del precio del producto), mediante un sistema mixto que incentive el suministro a farmacias de escasa población, en función del volumen de ventas.
- Una consolidación de cadenas “virtuales” de farmacias, independientes de mayoristas y de la industria, con proyección a nivel estatal.

Esta parte se consideró cerrada porque el grado de acuerdo fue lo suficientemente elevado entre los expertos, por lo que no se insistió en la segunda vuelta.

Tabla 46. Pronóstico acerca de la evolución de la distribución en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
F01: una concentración reduciéndose el número de almacenes pero aumentando su fortaleza individual	3,9	0,7	4,0	4,0	Bastante probable	Alto
F02: un incremento de la distribución directa de los laboratorios a la oficina de farmacia, que propiciará una “monopolización” por parte de la industria farmacéutica	3,2	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto

Tabla 46. Pronóstico acerca de la evolución de la distribución en los próximos diez años (primera ronda)

[Continuación]

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
F03: un incremento selectivo de la distribución directa de los laboratorios a la oficina de farmacia, no garantizando el suministro de medicamentos a las poblaciones pequeñas por esta vía	3,0	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
F04: una consolidación de cadenas “virtuales” de farmacias, independientes de mayoristas y de la industria, con proyección a nivel estatal	2,8	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto
F05: va a experimentar una pérdida de competitividad en comparación con los mecanismos de suministros directos de la industria	3,0	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
F06: una implantación real de la trazabilidad integral hasta el paciente, tal y como se contempla en la Ley 29/2006	3,2	1,1	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
F07: una modificación del actual margen de distribución (% del precio del producto), mediante un sistema mixto que incentive el suministro a farmacias de escasa población, en función del volumen de ventas	2,6	0,9	3,0	2,0	Algo probable	Alto

En cuanto a lo deseado en este ámbito, los expertos destacaron como la más deseable la penúltima propuesta, una de las que han señalado como algo probables:

- Una implantación real de la trazabilidad integral hasta el paciente, tal y como se contempla en la Ley 29/2006.
- Posiblemente ello se deba a que está contemplada por la mencionada Ley, pero el grado de acuerdo sólo fue medio. Le siguió en importancia la primera propuesta, la señalada como más probable: una concentración reduciéndose el número de al-

macenes pero aumentando su fortaleza individual.

- Y también la señalada como menos probable: Una modificación del actual margen de distribución (% del precio del producto), mediante un sistema mixto que incentive el suministro a farmacias de escasa población, en función del volumen de ventas.

El resto resultaron poco o nada deseables y el grado de acuerdo acerca de ello bastante elevado.

Por consiguiente, en la segunda ronda se repitió la evaluación de la deseabilidad del ítem F14. El resultado se muestra en la Tabla 48.

Tabla 47. Deseabilidad acerca de la evolución de la distribución en los próximos diez años (segunda ronda)

SEGUNDA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
F08: una concentración reduciéndose el número de almacenes pero aumentando su fortaleza individual	3,6	1,1	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio-alto
F09: un incremento de la distribución directa de los laboratorios a la oficina de farmacia, que propiciará una “monopolización” por parte de la industria farmacéutica	2,1	1,1	2,0	1,0	Poco deseable	Medio-alto
F10: un incremento selectivo de la distribución directa de los laboratorios a la oficina de farmacia, no garantizando el suministro de medicamentos a las poblaciones pequeñas por esta vía	1,5	0,8	1,0	1,0	Nada deseable	Medio-alto
F11: una consolidación de cadenas “virtuales” de farmacias, independientes de mayoristas y de la industria, con proyección a nivel estatal	2,3	1,2	2,0	1,0	Poco deseable	Alto

Tabla 47. Deseabilidad acerca de la evolución de la distribución en los próximos diez años (segunda ronda)

[Continuación]

SEGUNDA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
F12: va a experimentar una pérdida de competitividad en comparación con los mecanismos de suministros directos de la industria	2,3	1,0	2,0	2,0	Poco deseable	Medio-alto
F13: una implantación real de la trazabilidad integral hasta el paciente, tal y como se contempla en la Ley 29/2006	4,4	0,9	5,0	5,0	Muy deseable	Alto
F14: una modificación del actual margen de distribución (% del precio del producto), mediante un sistema mixto que incentive el suministro a farmacias de escasa población, en función del volumen de venta	3,4	1,4	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio

La evaluación final de la deseabilidad de la implantación de una modificación del actual margen de distribución (% del precio del producto), mediante un sistema mixto que incentive el suministro a farmacias de escasa población en función del

volumen de ventas, retrocedió una posición tras la segunda ronda, pasando de ser bastante deseable a algo deseable. El grado de acuerdo también disminuyó, lo cual indica que esta opción resulta algo controvertida en cuanto a su deseabilidad.

Tabla 48. Deseabilidad de la implantación de una modificación del actual margen de distribución en los próximos diez años (segunda ronda)

SEGUNDA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
F14: que se implante una modificación del actual margen de distribución (% del precio del producto), mediante un sistema mixto que incentive el suministro a farmacias de escasa población, en función del volumen de ventas	3,19	1,27	3	3	Algo deseable	Medio-bajo

Conclusiones

Por lo que respecta a la distribución, se pronostica que es bastante probable que se produzca, una concentración en los próximos diez años, reduciéndose el número de almacenes pero aumentando su fortaleza individual.

Algo menos probable, pero no descartado, se considera que se produzca un incremento de la distribución directa de los laboratorios a la oficina de farmacia, actividad que propiciaría una “monopolización” por parte de la industria farmacéutica. Lo mismo se percibe en cuanto a que se pudiera producir un incremento selectivo de la distribución directa de los laboratorios a la oficina de farmacia, no garantizando el suministro de medicamentos a las poblaciones pequeñas por esta vía.

En el mismo plano se ubica una consolidación de cadenas “virtuales” de farmacias, independientes de mayoristas y de la industria, con proyección a nivel estatal; la posible pérdida de competitividad en comparación con los mecanismos de suministros directos de la industria; una implantación real de la trazabilidad integral hasta el paciente, tal y como se contempla en la Ley 29/2006 y una modificación del actual margen de distribución (% del precio del producto), mediante un sistema mixto que incentive el suministro a farmacias de escasa población en función del volumen de ventas.

Entre lo más deseable en este ámbito, destaca el que se logre una implantación real de la trazabilidad integral hasta el paciente, tal y como se contempla en la Ley 29/2006.

También se acogería favorablemente la concentración reduciéndose el número de almacenes pero aumentando su fortaleza individual, y también una modificación del actual margen de distribución (% del precio del producto), me-

diante un sistema mixto que incentive el suministro a farmacias de escasa población, en función del volumen de ventas, aunque se ha visto que esta opción no tiene buen pronóstico para los próximos diez años.

Bloque G.

Industria farmacéutica

Resultados

Primer bloque de ítems

En esta parte de la encuesta se expone a los especialistas que la legislación europea del medicamento, aprobada el 30 de Abril de 2004, ha adoptado decisiones que mejoran puntos críticos de comercialización de nuevos fármacos, pero permite que sigan aprobándose nuevos fármacos que no necesariamente sean más eficaces y/o seguros que las alternativas terapéuticas disponibles (es decir, no es obligatorio demostrar un “valor terapéutico añadido”).

Respecto de esta información, se pidió a los expertos que valorasen si en los próximos diez años se va a modificar la normativa por parte de las Agencias del Medicamento.

El pronóstico fue muy diverso por parte del colectivo, si bien la respuesta mayoritaria fue la de que se regulará pero no antes de 5 años, seguida a cierta distancia de la de que no se regulará la exigencia de que el medicamento que se desea comercializar tenga un “valor terapéutico añadido”.

En cuanto a lo deseable, los expertos mostraron una mayor cohesión concentrando la respuesta en la segunda opción. Así casi un 63% quisiera que efectivamente se regulase aunque se tarde unos tres años en alcanzarse este objetivo. No se necesitó segunda vuelta.

En la segunda ronda se afinó el pronóstico sobre el primer ítem de los planteados, obteniéndose una mayor concentración de respuesta en la primera opción, si bien la distribución sigue siendo dispersa y también son notables los porcentajes de la segunda y tercera opciones.

Tabla 49. Pronóstico y deseabilidad de aspectos relacionados con la legislación europea del medicamento en los próximos diez años (primera y segunda ronda)

		RONDA 1		RONDA 2	
Pronosticado		n	%	n	%
G01	No se regulará la exigencia de que el medicamento que se desea comercializar tenga un “valor terapéutico añadido”	19	28,4%	21	32,3%
	Sí que se regulará, pero no antes de 3 años	7	10,4%	17	26,2%
	Sí que se regulará, pero no antes de 5 años	25	37,3%	16	24,6%
	Sí que se regulará, pero no antes de 8 años	9	13,4%	7	10,8%
	Sí que se regulará, pero no antes de 10 años	7	10,4%	4	6,2%
	Total	67	100,0%	65	100,0%

Tabla 49. Pronóstico y deseabilidad de aspectos relacionados con la legislación europea del medicamento en los próximos diez años (primera y segunda ronda)

[Continuación]

		RONDA 1		RONDA 2	
Deseado		n	%	n	%
G02	No se regulará la exigencia de que el medicamento que se desea comercializar tenga un "valor terapéutico añadido"	11	16,4%		
	Sí que se regulará, pero no antes de 3 años	42	62,7%		
	Sí que se regulará, pero no antes de 5 años	9	13,4%		
	Sí que se regulará, pero no antes de 8 años	1	1,5%		
	Sí que se regulará, pero no antes de 10 años	4	6,0%		
	Total	67	100,0%		

Segundo bloque de ítems

Respecto a los nuevos medicamentos con valor terapéutico añadido, se pidió a los expertos que valorasen qué intervenciones de la Administración considera que se van a realizar en los próximos diez años, afectando al impulso innovador de la industria farmacéutica.

El resultado, obtenido en la primera ronda, indica que los expertos tienen un alto grado de acuerdo en que todas las opciones propuestas

son algo probables con excepción de la última que ven como poco probable:

- Decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de forma retrospectiva a los medicamentos que ya estén en el mercado.

Dado el elevado grado de consenso obtenido, no se volvió a insistir en este tema en la segunda ronda.

Tabla 50. Pronóstico de aspectos relacionados con los nuevos medicamentos con valor terapéutico añadido en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
G03: definir con criterios objetivos explícitos y relevantes qué se va a considerar como valor terapéutico añadido con relación a las dimensiones sanitaria, terapéutica y fármaco económica	3,2	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
G04: decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de fijación de precios	3,0	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto
G05: decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de financiación de nuevos medicamentos	3,3	0,9	3,0	4,0	Algo probable	Alto
G06: decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de su inclusión en formularios y guías terapéuticas	3,2	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto
G07: decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de forma retrospectiva a los medicamentos que ya estén en el mercado	2,2	0,9	2,0	2,0	Poco probable	Alto

En la parte de deseabilidad, los expertos también se mostraron muy de acuerdo en que

sería muy deseable: El definir con criterios objetivos explícitos y relevantes qué se va a consi-

derar como valor terapéutico añadido con relación a las dimensiones sanitaria, terapéutica y fármaco económica.

Y, tras esto:

- El decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de: fijación de precios; de financiación de nuevos medicamentos.

Las otras dos opciones se vieron como bastante deseables:

- El decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de su inclusión en formularios y guías terapéuticas.
- El decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de forma retrospectiva a los medicamentos que ya estén en el mercado.

Este bloque se consideró como cerrado y como deseable la aplicación en la realidad de todo lo propuesto, con un elevado grado de acuerdo.

Tabla 51. Deseabilidad de aspectos relacionados con los nuevos medicamentos con valor terapéutico añadido en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
G08: definir con criterios objetivos explícitos y relevantes qué se va a considerar como valor terapéutico añadido con relación a las dimensiones sanitaria, terapéutica y fármaco económica	4,7	0,6	5,0	5,0	Muy deseable	Alto
G09: decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de fijación de precios	4,4	0,9	5,0	5,0	Muy deseable	Alto
G10: decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de financiación de nuevos medicamentos	4,5	0,8	5,0	5,0	Muy deseable	Alto
G11: decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de su inclusión en formularios y guías terapéuticas	4,3	0,9	4,0	5,0	Bastante deseable	Alto
G12: decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de forma retrospectiva a los medicamentos que ya estén en el mercado	3,7	1,3	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto

Tercer bloque de ítems

En este apartado, se expuso a los expertos que la cuota de ventas de genéricos en España, aún siendo actualmente algo menos de la mitad de la de la UE, tiende a crecer respecto a la media de la UE.

En este bloque se pidió a los expertos que indicasen cómo deben evolucionar en los próximos diez años las políticas públicas sobre medicamentos genéricos.

Los expertos vieron como bastante probables cuatro de las seis opciones propuestas. Por orden de media son:

- Se encaminarán a seguir incentivando de modo creciente la prescripción/dispensación de medicamentos genéricos a costa de discriminar a sus equivalentes de marca.
- Se encaminarán de modo creciente a potenciar la inclusión de fármacos en el sis-

tema de precios de referencia, sean genéricos o no genéricos, equiparando medicamentos similares pero no idénticos.

- Incentivarán progresivamente a los médicos para que prescriban medicamentos genéricos cuando éstos no estén incluidos en el sistema de precios de referencia.

- Concederán al farmacéutico clara capacidad de sustitución entre genéricos.

Las otras dos opciones se ven como algo probables. El grado de acuerdo logrado fue elevado, por lo que se consideró cerrada la consulta en cuanto a pronóstico.

Tabla 52. Pronóstico sobre políticas públicas relacionadas con los medicamentos genéricos en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
G13: se encaminarán a seguir incentivando de modo creciente la prescripción/dispensación de medicamentos genéricos a costa de discriminar a sus equivalentes de marca	3,9	1,1	4,0	4,0	Bastante probable	Medio-alto
G14: se encaminarán de modo creciente a potenciar la inclusión de fármacos en el sistema de precios de referencia, sean genéricos o no genéricos, equiparando medicamentos similares pero no idénticos	3,5	0,9	4,0	4,0	Bastante probable	Alto
G15: incentivarán progresivamente a los médicos para que prescriban medicamentos genéricos cuando éstos no estén incluidos en el sistema de precios de referencia	3,5	0,9	4,0	4,0	Bastante probable	Alto
G16: reactivarán la incentivación a los farmacéuticos para que dispensen medicamentos genéricos	3,0	1,1	3,0	2,0	Algo probable	Medio-alto
G17: concederán al farmacéutico clara capacidad de sustitución entre genéricos	3,5	1,0	4,0	4,0	Bastante probable	Medio-alto
G18: se encaminarán a facilitar la introducción de medicamentos genéricos con “marca de fantasía”	2,9	1,1	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto

En cuanto a lo deseable, los expertos manifestaron claramente que la opción:

- Se encaminarán a facilitar la introducción de medicamentos genéricos con “marca de fantasía”
- No resulta deseable en absoluto.

En cambio, calificaron de algo deseables la tercera y la cuarta opciones y de bastante deseables las restantes. Por orden de importancia en

media, mediana y moda, destaca sobre todas las demás:

- Concederán al farmacéutico clara capacidad de sustitución entre genéricos

Sin embargo, el grado de acuerdo acerca de esta opción fue medio, el menor de todos los registrados en el bloque, por lo que se pidió a los expertos que refinasen la opinión en la segunda ronda.

Tabla 53. Deseabilidad sobre políticas públicas relacionadas con los medicamentos genéricos en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
G13: se encaminarán a seguir incentivando de modo creciente la prescripción/dispensación de medicamentos genéricos a costa de discriminar a sus equivalentes de marca	3,5	1,3	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio-alto

Tabla 53. Deseabilidad sobre políticas públicas relacionadas con los medicamentos genéricos en los próximos diez años (primera ronda)

[Continuación]

PRIMERA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
G14: se encaminarán de modo creciente a potenciar la inclusión de fármacos en el sistema de precios de referencia, sean genéricos o no genéricos, equiparando medicamentos similares pero no idénticos	3,5	1,2	4,0	3,0	Bastante deseable	Medio-alto
G15: incentivarán progresivamente a los médicos para que prescriban medicamentos genéricos cuando éstos no estén incluidos en el sistema de precios de referencia	3,2	1,2	3,0	3,0	Algo deseable	Medio-alto
G16: reactivarán la incentivación a los farmacéuticos para que dispensen medicamentos genéricos	3,1	1,3	3,0	4,0	Algo deseable	Medio-alto
G17: concederán al farmacéutico clara capacidad de sustitución entre genéricos	3,7	1,4	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio
G18: se encaminarán a facilitar la introducción de medicamentos genéricos con “marca de fantasía”	1,8	1,1	1,0	1,0	Nada deseable	Medio-alto

El resultado final respecto de la propuesta G17 es muy similar al de la primera: que es bastante deseable y, aunque no haya un elevado grado de acuerdo, las puntuaciones tien-

den hacia la aceptación de la misma. Por consiguiente cabe recomendar que se conceda al farmacéutico la capacidad de sustitución entre genéricos.

Tabla 54. Deseabilidad sobre conceder al farmacéutico clara capacidad de sustitución entre genéricos en los próximos diez años (segunda ronda)

SEGUNDA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
G17: conceder al farmacéutico clara capacidad de sustitución entre genéricos	3,64	1,32	4	5	Bastante deseable	Medio-bajo

Cuarto bloque de ítems

En este bloque se expuso a los expertos que: la industria farmacéutica tiene que demostrar el grado de innovación de sus novedades frente a las autoridades reguladoras. En muchos países europeos se están adoptando políticas de contención de costes farmacéuticos basándose en la innovación en los medicamentos. En España, el MSC contempla la evaluación de la utilidad o el interés terapéutico de los nuevos medicamentos.

Acerca de todo ello, se pidió a los expertos que indicasen con qué probabilidad consideraban que la industria farmacéutica va a ser afectada en los próximos diez años por el conjunto de propuestas contenidas en la Tabla 55, y en qué medida son deseables.

Con un grado de acuerdo elevado, los expertos vieron como más probable la segunda de las opciones planteadas:

- Políticas encaminadas a financiar los medicamentos “me too” que salgan al mercado a un precio no superior al de los fármacos ya comercializados con los que compiten.

Por otro lado, vieron como poco probable que se implanten:

- Políticas de financiación encaminadas a potenciar exclusivamente la investigación de medicamentos de primera clase que sean novedad.

El resto de opciones quedaron calificadas como algo probables. El grado de acuerdo fue elevado por lo que no se insistió en el pronóstico en la segunda ronda. En el terreno de lo deseable, calificaron de muy deseable la quinta opción:

- Políticas encaminadas a evaluar el coste-efectividad de los nuevos fármacos antes de decidir su financiación pública

Los expertos mostraron un elevado grado de acuerdo al respecto. Las opciones primera, tercera y sexta han sido calificadas de bastante deseables, si bien, en el último caso, el grado de acuerdo resultó inferior lo que llevó a una nueva consulta en la segunda ronda.

El resto quedaron como algo deseables, con un grado de acuerdo elevado, pero con cierta dispersión de puntuaciones.

Tabla 55. Pronóstico y deseabilidad sobre propuestas relacionadas con la innovación en la industria farmacéutica en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
G26: políticas de financiación selectiva de medicamentos: el reembolso o no del medicamento dependerá de su grado de innovación	3,1	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto
G27: políticas encaminadas a financiar los medicamentos me too que salgan al mercado a un precio no superior al de los fármacos ya comercializados con los que compiten	3,4	1,0	4,0	4,0	Bastante probable	Medio-alto
G28: políticas de financiación encaminadas a potenciar exclusivamente la investigación de medicamentos de primera clase que sean novedad absoluta	2,6	1,0	3,0	2,0	Poco probable	Medio-alto
G29: políticas encaminadas a potenciar la innovación incremental, asumiendo que la comercialización de medicamentos me too favorece la competencia en precios y la competencia en I+D y revierte en una relación coste-beneficio sostenible para el financiador	2,9	0,8	3,0	3,0	Algo probable	Alto
G30: políticas encaminadas a evaluar el coste-efectividad de los nuevos fármacos antes de decidir su financiación pública	3,3	0,9	3,0	4,0	Algo probable	Alto
G31: políticas encaminadas a extender el período de protección industrial de patentes para que sea equiparable al resto de Europa	3,2	1,1	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
G32: políticas de financiación selectiva de medicamentos: el reembolso o no del medicamento dependerá de su grado de innovación	4,0	1,1	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto
G33: políticas encaminadas a financiar los medicamentos me too que salgan al mercado a un precio no superior al de los fármacos ya comercializados con los que compiten	3,4	1,3	3,0	5,0	Algo deseable	Medio-alto
G34: políticas de financiación encaminadas a potenciar exclusivamente la investigación de medicamentos de primera clase que sean novedad absoluta	3,6	1,1	4,0	3,0	Bastante deseable	Medio-alto
G35: políticas encaminadas a potenciar la innovación incremental, asumiendo que la comercialización de medicamentos me too favorece la competencia en precios y la competencia en I+D y revierte en una relación coste-beneficio sostenible para el financiador	3,1	1,2	3,0	4,0	Algo deseable	Medio-alto
G36: políticas encaminadas a evaluar el coste-efectividad de los nuevos fármacos antes de decidir su financiación pública	4,5	0,9	5,0	5,0	Muy deseable	Alto
G37: políticas encaminadas a extender el período de protección industrial de patentes para que sea equiparable al resto de Europa	3,6	1,4	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio

Tras la segunda ronda, el ítem pendiente de consenso en cuanto a deseabilidad los expertos apoyaron esta sugerencia a pesar de la dispersión de respuestas, pues éstas tendieron ha-

cía la afirmación claramente. Por consiguiente, el tema no es sencillo y existen diversos puntos de vista, aunque se insiste en que el tono es positivo.

Tabla 56. Deseabilidad sobre la implantación de políticas para extender el período de protección industrial de patentes para que sea equiparable con el resto de Europa (segunda ronda)

SEGUNDA RONDA						
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
G03: que se implanten políticas encaminadas a extender el período de protección industrial de patentes para que sea equiparable al resto de Europa	3,14	1,48	4	4	Bastante deseable	Medio-bajo

Quinto bloque de ítems

En el último bloque dedicado a la Industria Farmacéutica, se pidió a los expertos que indicasen que es más probable y deseable en los próximos diez años en relación a lo propuesto sobre la innovación de medicamentos.

Los expertos se decantaron, con un grado de acuerdo elevado hacia el hecho de que es bastante probable que suceda que:

- La industria farmacéutica oriente más sus inversiones hacia países con incentivos a la I+D.
- Se exija absoluta transparencia y objetividad en los ensayos clínicos, tanto en los financiados con fondos públicos como privados.

En cambio, estuvieron muy de acuerdo en que es poco probable que:

- Se regule la reinversión de los beneficios de los laboratorios en la investigación de nuevos fármacos para “enfermedades raras” para garantizar la equidad del Sistema Sanitario.
- El resto de opciones se vieron como “algo probables” y con un grado de acuerdo elevado. Por consiguiente, las opiniones en este apartado, en cuanto a pronóstico se dieron por cerradas.

En cuanto a lo deseable en este ámbito, los expertos calificaron como muy deseables las dos últimas opciones, la primera de las cuales

era, además, según su opinión, bastante probable. El grado de acuerdo fue elevado en ambos casos. Por consiguiente, recomendaron que se logren los objetivos de:

- Exigir absoluta transparencia y objetividad en los ensayos clínicos, tanto en los financiados con fondos públicos como privados y la realización de ensayos clínicos que comparen los nuevos fármacos frente al mejor tratamiento existente para una indicación determinada, y no frente a placebo.
- Por otro lado, indicaron que no es en absoluto deseable que se cumpla la primera propuesta: la industria farmacéutica experimentará una recesión debido a la reducción de los incentivos para invertir en innovación, dada la incertidumbre que rodea al proceso de I+D (incertidumbre en la propia investigación e incertidumbre por la post-comercialización), estando bastante de acuerdo en ello.

Los expertos valoraron las opciones tres y cuatro como bastante deseables y la segunda como algo deseable, si bien con más tendencia hacia el poco deseable que hacia el bastante deseable. Si hablásemos en términos de media y de moda acerca de esta opción: la industria farmacéutica orientará más sus inversiones hacia países con incentivos a la I+D, sería más bien poco que algo deseable.

No fue necesaria una segunda ronda de evaluación de este bloque, aceptándose los resultados de la primera como válidos.

Tabla 57. Pronóstico y deseabilidad sobre propuestas relacionadas con la innovación de medicamentos en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
G38: la industria farmacéutica experimentará una recesión debido a la reducción de los incentivos para invertir en innovación, dada la incertidumbre que rodea al proceso de I+D (incertidumbre en la propia investigación e incertidumbre por la post-comercialización)	3,0	1,1	3,0	4,0	Algo probable	Medio-alto
G39: la industria farmacéutica orientará más sus inversiones hacia países con incentivos a la I+D	3,5	1,1	4,0	4,0	Bastante probable	Medio-alto
G40: se regulará la reinversión de parte de los beneficios de los laboratorios en la investigación de nuevos fármacos	2,5	1,0	3,0	3,0	Algo probable	Medio-alto
G41: se regulará la reinversión de los beneficios de los laboratorios en la investigación de nuevos fármacos para “enfermedades raras” para garantizar la equidad del Sistema Sanitario	2,4	0,9	2,0	3,0	Poco probable	Alto
G42: se exigirá absoluta transparencia y objetividad en los ensayos clínicos, tanto en los financiados con fondos públicos como privados	3,4	1,0	4,0	4,0	Bastante probable	Medio-alto
G43: se exigirá la realización de ensayos clínicos que comparen los nuevos fármacos frente al mejor tratamiento existente para una indicación determinada, y no frente a placebo	3,1	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
G44: la industria farmacéutica experimentará una recesión debido a la reducción de los incentivos para invertir en innovación, dada la incertidumbre que rodea al proceso de I+D (incertidumbre en la propia investigación e incertidumbre por la post-comercialización)	1,7	1,1	1,0	1,0	Nada deseable	Medio-alto
G45: la industria farmacéutica orientará más sus inversiones hacia países con incentivos a la I+D	2,6	1,2	3,0	2,0	Algo deseable	Medio-alto
G46: se regulará la reinversión de parte de los beneficios de los laboratorios en la investigación de nuevos fármacos	3,3	1,3	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio-alto
G47: se regulará la reinversión de los beneficios de los laboratorios en la investigación de nuevos fármacos para “enfermedades raras” para garantizar la equidad del Sistema Sanitario	3,4	1,2	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio-alto
G48: se exigirá absoluta transparencia y objetividad en los ensayos clínicos, tanto en los financiados con fondos públicos como privados	4,7	0,8	5,0	5,0	Muy deseable	Alto
G49: se exigirá la realización de ensayos clínicos que comparen los nuevos fármacos frente al mejor tratamiento existente para una indicación determinada, y no frente a placebo	4,6	0,8	5,0	5,0	Muy deseable	Alto

Conclusiones

Se pronostica que no se regulará la exigencia de que el medicamento que se desea comercializar tenga un valor terapéutico añadido, si bien, no se descarta que pudiera llegar a suceder no antes de entre 3 y 5 años, posibilidad

más en consonancia con lo deseable en este apartado.

Se pronostica como incierto el que se puedan adoptar medidas concretas para definir con criterios objetivos explícitos y relevantes qué se va a considerar como valor terapéutico añadido con relación a las dimensiones sanitaria, tera-

péutica y fármaco económica. Lo mismo se puede afirmar con respecto a decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de fijación de precios, de financiación de nuevos medicamentos y de su inclusión en formularios y guías terapéuticas.

Se pronostica como poco probable que se llegue a decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de forma retrospectiva a los medicamentos que ya estén en el mercado.

Sin embargo, un aspecto es el pronóstico y otro la deseabilidad de todas las propuestas expuestas anteriormente. Todas ellas fueron consideradas como acertadas por parte del colectivo de expertos que ha efectuado este estudio, por lo que se recomienda el estudio de su implantación efectiva.

Acerca de las políticas públicas sobre medicamentos genéricos para los próximos diez años, se pronostica que se encaminarán a seguir incentivando de modo creciente la prescripción / dispensación de dichos medicamentos a costa de discriminar a sus equivalentes de marca.

Asimismo, se considera bastante probable que dichas políticas se vayan encaminando de modo creciente a potenciar la inclusión de fármacos en el sistema de precios de referencia, sean genéricos o no genéricos, equiparando medicamentos similares pero no idénticos.

También se tiende a creer que incentivarán progresivamente a los médicos para que prescriban medicamentos genéricos cuando éstos no estén incluidos en el sistema de precios de referencia y que, aunque no inmediatamente, concederán al farmacéutico clara capacidad de sustitución entre genéricos.

Menos probable, aunque no se descartan, son los resultados de reactivación de la incentivación a los farmacéuticos para que dispensen medicamentos genéricos y la facilitación de la introducción de medicamentos de este tipo con “marca de fantasía”, si bien esta opción no es en absoluto deseable.

Se ven como más necesarias las políticas que concedan al farmacéutico capacidad para

efectuar sustituciones entre genéricos, así como las que propicien la incentivación de la prescripción / dispensación de medicamentos genéricos a costa de discriminar a sus equivalentes de marca y, finalmente, las que potencien la inclusión de fármacos en el sistema de precios de referencia, sean o no genéricos, equiparando medicamentos similares pero no idénticos.

Se pronostica como bastante probable que se diseñen y apliquen políticas encaminadas a financiar los medicamentos de modo que salgan al mercado a un precio no superior al de los fármacos ya comercializados con los que compiten, lo cual es, además, bastante deseable.

También se percibe como bastante deseable, aunque menos probable en cuanto a aplicación real, que se diseñen políticas de financiación encaminadas a potenciar exclusivamente la investigación de medicamentos de primera clase que sean novedad absoluta.

Finalmente, es bastante deseable, aunque con un pronóstico moderado de realización, que se implanten políticas encaminadas a extender el período de protección industrial de patentes para que sea equiparable al resto de Europa.

En materia de innovación de medicamentos, se pronostica que la industria farmacéutica orientará más sus inversiones hacia países con incentivos a la I+D, tendencia que es moderadamente deseable. Asimismo se piensa que se exigirá absoluta transparencia y objetividad en los ensayos clínicos, tanto en los financiados con fondos públicos como privados, siendo muy deseable que se aplique este tipo de política.

Finalmente, se califica de bastante o muy deseable que se regule la reinversión de parte de los beneficios de los laboratorios en la investigación de nuevos fármacos, tanto en general como los correspondientes a “enfermedades raras” para garantizar la equidad del sistema sanitario y, que se exija la realización de ensayos clínicos que comparen los nuevos fármacos frente al mejor tratamiento existente para una indicación determinada y no frente a placebo.

Bloque H.

Comunidad investigadora

Resultados

Primer bloque

En este capítulo, se expuso a los expertos que la medicina individualizada, basada en los desarrollos de la genómica, la farmacogenética y la bioinformática, permitirá diseñar tratamientos adecuados al perfil genético de los pacientes, más eficaces y con menos efectos adversos. Esto redundará en mejoras notables en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

Serán necesarios cambios estructurales, políticos y económicos para integrar esta medicina individualizada en el Sistema nacional de Salud y desarrollar una formación específica para los profesionales de la salud.

En este bloque, se pidió a los expertos que indicasen cómo consideran la evolución de la medicina individualizada en los próximos diez años.

Los resultados indican que la evolución de este apartado se prevé lenta, de forma que tres de las cuatro propuestas se ven como moderadamente probables y una como poco probable. El grado de acuerdo fue muy elevado, lo que hizo innecesaria una segunda ronda. Atendiendo a la media, la acción más probable, dentro de la moderación, es la segunda: la sanidad pública incorporará los conocimientos en genética y genómica a las guías de manejo integral de las diferentes enfermedades y promoverá el uso racional de los recursos sanitarios.

En cuanto a lo deseable en este ámbito, el mantenimiento de las tendencias actuales u opción uno, se calificó de poco deseable. En cambio, la segunda opción, que también se vio como la que tiene más posibilidades, quedó calificada como muy deseable. Las dos restantes se percibieron como bastante deseables. El grado de acuerdo fue elevado, por lo que se consideró el apartado como cerrado no siendo necesaria una segunda vuelta.

Tabla 58. Pronóstico y deseabilidad sobre propuestas relacionadas con la integración de la medicina individualizada en el Sistema nacional de Salud en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
H01: se mantendrán las tendencias actuales (incremento de tiempos y costes de desarrollo), con el consiguiente acortamiento de período de explotación comercial y reducción de beneficios	3,0	0,9	3,0	3,0	Algo probable	Alto

Tabla 58. Pronóstico y deseabilidad sobre propuestas relacionadas con la integración de la medicina individualizada en el Sistema nacional de Salud en los próximos diez años (primera ronda) [Continuación]

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
H02: la sanidad pública incorporará los conocimientos en genética y genómica a las guías de manejo integral de las diferentes enfermedades y promoverá el uso racional de los recursos sanitarios	3,2	0,8	3,0	3,0	Algo probable	Alto
H03: la mayor eficacia de los fármacos desarrollados contribuirá a aumentar la adopción de los mismos en el sistema de financiación sanitaria	3,1	0,8	3,0	3,0	Algo probable	Alto
H04: la sanidad pública potenciará la prescripción de fármacos presintomáticos, merced a la integración de la información clínica y genómica con las bases de datos de pacientes	2,4	0,9	2,0	2,0	Poco probable	Alto
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
H01: se mantendrán las tendencias actuales (incremento de tiempos y costes de desarrollo), con el consiguiente acortamiento de período de explotación comercial y reducción de beneficios	2,2	1,2	2,0	1,0	Poco deseable	Medio-alto
H02: la sanidad pública incorporará los conocimientos en genética y genómica a las guías de manejo integral de las diferentes enfermedades y promoverá el uso racional de los recursos sanitarios	4,2	0,8	4,0	5,0	Muy deseable	Alto
H03: la mayor eficacia de los fármacos desarrollados contribuirá a aumentar la adopción de los mismos en el sistema de financiación sanitaria	4,0	1,1	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto
H04: la sanidad pública potenciará la prescripción de fármacos presintomáticos, merced a la integración de la información clínica y genómica con las bases de datos de pacientes	3,4	1,3	4,0	4,0	Bastante deseable	Medio-alto

Segundo bloque

En este apartado, se expuso a los expertos que: los medicamentos biológicos representan ya algo más del 50% de las nuevas moléculas en desarrollo. Cada vez más pacientes son tratados con este tipo de fármacos, que alcanzan en torno al 30% del gasto farmacéutico de los hospitales españoles.

En este bloque, se pidió a los expertos que indicasen qué evolución creen que va a experimentar el escenario de medicamentos biotecnológicos en los próximos diez años.

Los resultados colocaron en la categoría de bastante probable a tres opciones y a una de ellas como algo probable. El grado de acuerdo en el pronóstico fue elevado. Por consiguiente, los expertos opinaron que es bastante posible que:

- La industria farmacéutica desarrolle fármacos adaptados al tipo de enfermedad y

al perfil genético del paciente (farmacogenómica).

- La sanidad pública exigirá tests diagnósticos positivos como condición para su prescripción.
- La sanidad pública financiará los medicamentos biotecnológicos para determinadas enfermedades, valorando la relación entre el coste (mayor precio) y el beneficio (menores efectos secundarios y menor coste socio-sanitario).

Y algo menos posible que:

- Los medicamentos biotecnológicos tendrán un elevado coste, por lo que la sanidad pública no podrá financiarlos siendo necesario recurrir a subidas de impuestos o aseguramientos complementarios.

En el terreno de lo deseable, es justamente esta la opción que se considera menos

posible y es, al mismo tiempo, la menos deseable de las propuestas y así lo han manifestado los expertos, estando todos bastante de acuerdo en ello.

En cambio, califican de muy deseable la primera opción, con un elevado grado de acuerdo:

- La industria farmacéutica desarrollará fármacos adaptados al tipo de enfermedad y al perfil genético del paciente (farmacogenómica).

Las dos opciones restantes fueron calificadas de bastante deseables, también con grados de

acuerdo elevados. Por consiguiente, a los expertos les gustaría que fuese factible que:

- La sanidad pública financiare los medicamentos biotecnológicos para determinadas enfermedades, valorando la relación entre el coste (mayor precio) y el beneficio (menores efectos secundarios y menor coste socio-sanitario) y que la sanidad pública exija tests diagnósticos positivos como condición para su prescripción.
- Dado el grado de cohesión de los resultados obtenidos, este apartado se consideró cerrado en la primera ronda.

Tabla 59. Pronóstico y deseabilidad sobre propuestas relacionadas con los medicamentos biológicos en los próximos diez años (primera ronda)

PRIMERA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
H09: la industria farmacéutica desarrollará fármacos adaptados al tipo de enfermedad y al perfil genético del paciente (farmacogenómica)	3,6	0,8	4,0	4,0	Bastante probable	Alto
H10: los medicamentos biotecnológicos tendrán un elevado coste y la sanidad pública no podrá financiarlos por lo que habrá que recurrir a subidas de impuestos o aseguramientos complementarios	2,9	0,9	3,0	2,0	Algo probable	Alto
H11: la sanidad pública financiará los medicamentos biotecnológicos para determinadas enfermedades, valorando la relación entre el coste (mayor precio) y el beneficio (menores efectos secundarios y menor coste socio-sanitario)	3,5	0,8	4,0	4,0	Bastante probable	Alto
H12: la sanidad pública exigirá tests diagnósticos positivos como condición para su prescripción	3,6	1,0	4,0	4,0	Bastante probable	Medio-alto
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
H13: la industria farmacéutica desarrollará fármacos adaptados al tipo de enfermedad y al perfil genético del paciente (farmacogenómica)	4,5	0,8	5,0	5,0	Muy deseable	Alto
H14: los medicamentos biotecnológicos tendrán un elevado coste y la sanidad pública no podrá financiarlos por lo que habrá que recurrir a subidas de impuestos o aseguramientos complementarios	2,0	1,0	2,0	1,0	Poco deseable	Medio-alto
H15: la sanidad pública financiará los medicamentos biotecnológicos para determinadas enfermedades, valorando la relación entre el coste (mayor precio) y el beneficio (menores efectos secundarios y menor coste socio-sanitario)	4,2	0,9	4,0	5,0	Bastante deseable	Alto
H16: la sanidad pública exigirá tests diagnósticos positivos como condición para su prescripción	4,2	1,0	4,0	5,0	Bastante deseable	Medio-alto

Conclusiones

En referencia a la integración de la medicina individualizada en el Sistema Nacional de Salud

en los próximos diez años, se pronostica que es moderadamente probable que se mantengan las tendencias actuales (incremento de tiempos y costes de desarrollo), con el consiguiente acor-

tamiento de período de explotación comercial y reducción de beneficios. Esta opción es poco deseable, abogándose por una mayor dinamización de esta parcela.

Por otro lado, podría ser que se avanzase en una incorporación de los conocimientos en genética y genómica a las guías de manejo integral de las diferentes enfermedades, lo cual promovería el uso racional de los recursos sanitarios, siendo ésta, una opción muy deseable.

Asimismo, se considera moderadamente probable que la mayor eficacia de los fármacos desarrollados pueda contribuir a aumentar la adopción de los mismos en el sistema de financiación sanitaria, opción bastante deseable.

En cambio, parece difícil que la sanidad pública potencie la prescripción de fármacos presintomáticos, merced a la integración de la información clínica y genómica con las bases de

datos de pacientes, aunque ésta sea una opción bastante deseable.

En el terreno de los medicamentos biológicos, se pronostica que la industria farmacéutica desarrollará fármacos adaptados al tipo de enfermedad y al perfil genético del paciente (farmacogenómica); que la sanidad pública financiará los medicamentos biotecnológicos para determinadas enfermedades, valorando la relación entre el coste (mayor precio) y el beneficio (menores efectos secundarios y menor coste socio-sanitario) y que la sanidad pública exigirá tests diagnósticos positivos como condición para su prescripción, siendo muy o bastante deseables las tres opciones.

Menos probable es que dado que los medicamentos biotecnológicos tendrán un elevado coste y la sanidad pública no podrá financiarlos, se tenga que recurrir a subidas de impuestos o aseguramientos complementarios. Esta opción no se considera deseable.

Bloque I.

Comisiones de evaluación de medicamentos

Resultados

Primer bloque

Respecto a los Comités de evaluación de nuevos medicamentos de las Comunidades Autónomas, se pidió a los expertos que indicasen qué papel consideraban que van a desempeñar en los próximos diez años.

En cuanto a pronóstico, las respuestas se dividieron principalmente entre dos opciones:

- Se potenciará su papel, extendiéndose de forma coordinada a la práctica totalidad de los servicios de salud de las CCAA.
- Cada CA creará su propio comité con criterios de trabajo diferentes cada vez más restrictivos.

La primera aglutinó el 39,4% de las respuestas y la segunda el 21,2%. También destacaron con un 16,7% y con un 15,2% las siguientes:

- Ampliarán su campo de actuación hacia medicamentos utilizados en el ámbito hospitalario.
- Desaparecerán porque los profesionales que trabajan en este área se integrarán como expertos en el comité sobre utilidad terapéutica dependiente del MSC.

Por consiguiente, se consideró necesario insistir en la segunda ronda para ver si se lograba un mayor consenso de respuesta.

Más clara fue la postura en el terreno de lo deseable, pues casi el 44% de la respuesta se concentró en la primera opción, pero no dejó de ser notable el casi 26% concentrado en la segunda. Se recomendó una insistencia en la elección entre ambas.

Tras la segunda ronda, el pronóstico se decantó por un papel potenciado, que se extenderá de forma coordinada a la práctica totalidad de los servicios de salud de las CC.AA. Sin embargo, a pesar de que esta es la opción que se consideró más probable y también más deseada, también es cierto que más de un 20% de los expertos pronosticaron un modelo diferente en que cada C.A. crearía su propio comité con criterios de trabajo diferentes y cada vez más restrictivos. Asimismo, aunque esta opción no fue deseada por ningún experto en ningún grado, en caso de tener que elegir otra, la más plausible sería la de desaparición de estos comités porque los profesionales que trabajan en esta área se acabarán integrando como expertos en el comité sobre utilidad terapéutica dependiente del MSC y así lo ve algo más de un 26% del grupo. El grado de conocimiento del tema no ha influido en el pronóstico ni en la valoración de la deseabilidad de las opciones propuestas.

Tabla 60. Pronóstico y deseabilidad sobre propuestas relacionadas con Comités de Evaluación de nuevos medicamentos en las CC.AA. en los próximos diez años (primera y segunda ronda)

		RONDA 1		RONDA 2	
Pronosticado		n	%	n	%
I01	Se potenciará su papel, extendiéndose de forma coordinada la práctica totalidad de los servicios de salud de las CCAA	26	39,4%	27	41,5%
	Desaparecerán porque los profesionales que trabajan en este área se integrarán como expertos en el comité sobre utilidad terapéutica dependiente del MSC	10	15,2%	6	9,2%
	Cada CA creará su propio comité con criterios de trabajo diferentes cada vez más restrictivos	14	21,2%	14	21,5%
	Realizarán trabajos de evaluación de subgrupos terapéuticos de medicamentos, estableciendo el lugar en terapéutica de los principios activos que los componen	5	7,6%	7	10,8%
	Ampliarán su campo de actuación hacia medicamentos utilizados en el ámbito hospitalario	11	16,7%	11	16,9%
	Total	66	100,0%	65	100,0%
Deseado		n	%	n	%
I02	Se potenciará su papel, extendiéndose de forma coordinada la práctica totalidad de los servicios de salud de las CCAA	29	43,9%	34	52,3%
	Desaparecerán pq los profesionales q trabajan en este área se integrarán como expertos en el comité sobre utilidad terapéutica dependiente del MSC	17	25,8%	17	26,2%
	Cada CA creará su propio comité con criterios de trabajo diferentes cada vez más restrictivos	3	4,5%	0	0,0%
	Realizarán trabajos de evaluación de subgrupos terapéuticos de medicamentos, estableciendo el lugar en terapéutica de los principios activos que los componen	6	9,1%	7	10,8%
	Ampliarán su campo de actuación hacia medicamentos utilizados en el ámbito hospitalario	11	16,7%	7	10,8%
	Total	66	100,0%	65	100,0%

Segundo bloque

En la segunda parte de este capítulo, se pidió a los expertos su evaluación acerca de si creían que los resultados de la evaluación económica (relación entre el coste y la efectividad) de los medicamentos y tecnologías médicas va a jugar un papel importante en las decisiones públicas de precios y de cobertura en los próximos diez años.

Los resultados de la primera ronda pusieron de manifiesto una amplia dispersión de respuesta, si bien, se podía eliminar la última opción entre las factibles en opinión de los expertos. Así, éstos no creen que los criterios económicos (relación coste-efectividad) vayan a jugar algún papel en las decisiones de precios, cobertura y acceso a los medicamentos.

La respuesta mayoritaria se concentró en la tercera opción:

- Sí, pero la relación entre el coste y la efectividad únicamente será tenida en cuenta en las decisiones de las CCAA.
- Pero también fue cierto que aglutinó un 30,3%, habiendo un 28,8% en la primera, un 21,2% en la cuarta y casi un 17% en la segunda.

Por todo ello, se recomendó una segunda vuelta para ver si era posible un desempate entre estas opciones.

Tras la segunda ronda, aunque la respuesta mayoritaria pronosticó que los resultados de la evaluación económica de los medicamentos y tecnologías médicas va a jugar un papel importante en las decisiones públicas de precios y cobertura en los próximos diez años, para este grupo de expertos que apoyan esta creencia, el papel de esta evaluación sólo será para fijar precios y nunca para influir en las decisiones de exclusión de la financiación pú-

blica. Esta postura sólo abarca un 35,4% de las respuestas habiendo otros dos grupos destacados (con más de un 20% de respuestas) que pronostican, por un lado, que la relación coste-efectividad sólo servirá para realizar recomendaciones a los prescriptores y no influirá ni en los precios ni en la decisión de inclusión/exclusión de la cobertura pública y, por el otro, que la relación entre el coste y la efectividad únicamente será tomada en cuenta en las decisiones de las CCAA.

En cuanto a lo más deseable en este tema, las posturas están algo más definidas en dos

opciones, si bien no deja de haber dispersión en el conjunto de la distribución. La mayoría piensa que la primera sugerencia es la más deseable, es decir, que la evaluación económica sirva pero sólo para fijar precios y nunca para influir en las decisiones de exclusión de la financiación pública. Sin embargo, otro grupo numeroso, que abarca un 20% de la respuesta, desearía que esta evaluación influya pero que sirva para realizar recomendaciones a los prescriptores no influyendo ni en los precios ni en la decisión de inclusión/exclusión de la cobertura pública.

Tabla 61. Pronóstico y deseabilidad sobre el papel de los resultados de la evaluación económica de medicamentos y tecnologías médicas en los próximos diez años (primera y segunda ronda)

		RONDA 1		RONDA 2	
Pronosticado		n	%	n	%
I03	Sí, pero sólo para fijar precios y nunca para influir en las decisiones de exclusión de la financiación pública	19	28,8%	23	35,4%
	Sí, pero esto sólo afectará a los medicamentos y no a las tecnologías médicas	11	16,7%	6	9,2%
	Sí, pero la relación entre el coste y la efectividad únicamente será tomada en cuenta en las decisiones de las CCAA	20	30,3%	14	21,5%
	Sí, pero la relación coste-efectividad sólo servirá para realizar recomendaciones a los prescriptores y no influirá ni en los precios ni en la decisión de inclusión/exclusión de la cobertura pública	14	21,2%	15	23,1%
	No, los criterios económicos (relación coste-efectividad) no jugarán ningún papel en las decisiones de precios, cobertura y acceso a los medicamentos	2	3,0%	6	9,2%
	Total	66	100,0%	64	98,5%
Deseado		n	%	n	%
I04	Sí, pero sólo para fijar precios y nunca para influir en las decisiones de exclusión de la financiación pública	30	46,2%	25	38,5%
	Sí, pero esto sólo afectará a los medicamentos y no a las tecnologías médicas	8	12,3%	10	15,4%
	Sí, pero la relación entre el coste y la efectividad únicamente será tomada en cuenta en las decisiones de las CCAA	10	15,4%	12	18,5%
	Sí, pero la relación coste-efectividad sólo servirá para realizar recomendaciones a los prescriptores y no influirá ni en los precios ni en la decisión de inclusión/exclusión de la cobertura pública	10	15,4%	13	20,0%
	No, los criterios económicos (relación coste-efectividad) no jugarán ningún papel en las decisiones de precios, cobertura y acceso a los medicamentos	7	10,8%	3	4,6%
	Total	65	100,0%	63	96,9%

El grado de conocimiento del tema no resulta significativo en cuanto a influir en la distribución de respuestas de esta parte, ni en pronóstico ni en deseabilidad

Conclusiones

Se pronostica que los Comités de Evaluación de nuevos medicamentos en las CC.AA: tendrán

un papel potenciado, que se extenderá de forma coordinada a la práctica totalidad de los servicios de salud de las regiones. Esta opción es la más deseada.

Por otro lado, se pronostica que los resultados de la evaluación económica (relación entre el coste y la efectividad) de los medicamentos y tecnologías médicas va a jugar un papel importante en las decisiones públicas de precios y de cober-

tura en los próximos 10 años, preferentemente sólo para fijar precios y nunca para influir en las decisiones de exclusión de la financiación pública, siendo también factible que suceda que la relación coste-efectividad sólo sirva para realizar recomendaciones a los prescriptores y que no influya ni en los precios ni en la decisión de inclusión/exclusión de la cobertura pública. Lo más deseado es que se cumpla el primer pronóstico enunciado.

Bloque J. Paciente

Resultados

El estudio Delphi concluye con un apartado dedicado al paciente. En este bloque se planteó a los expertos ¿cómo será en los próximos diez años la comunicación y relación entre pacientes y profesionales sanitarios, así como la representación colectiva y su participación en política sanitaria?

El pronóstico de los expertos tendió, en la primera ronda a concentrarse en las opciones tercera y cuarta, especialmente en la tercera, de forma, que pensaban que lo más probable era que la relación sea, por un lado:

- Mucho más activa por parte del paciente y menos paternalista por parte del médico.

Dándose además que:

- La sociedad civil con sus representantes más vertebrados exigirá una mayor participación en las decisiones de política sanitaria.
- Dejando de lado la última opción, se pensó que mediante una segunda ronda se podría intentar lograr un mayor consenso acerca de las otras cuatro.

Aparte del pronóstico, lo más deseado es que suceda fue la primera opción:

- Que se vaya equilibrando la relación de agencia inherente a la asimetría de información entre el principal (paciente) y agente (profesional).

Tabla 62. Pronóstico y deseabilidad sobre la comunicación y relación entre pacientes y profesionales sanitarios, así como la representación colectiva y su participación en política sanitaria en los próximos diez años (primera y segunda ronda)

		RONDA 1	
Pronosticado		n	%
J01	Se irá equilibrando la relación de agencia inherente a la asimetría de información entre el principal (paciente) y agente (profesional)	10	15,2%
	Prevalecerá la confianza	8	12,1%
	Mucho más activa por parte del paciente y menos paternalista por parte del médico	25	37,9%
	La sociedad civil con sus representantes más vertebrados exigirá una mayor participación en las decisiones de política sanitaria	18	27,3%
	Crearé el desapego y el desencanto de los representados hacia sus representantes	5	7,6%
	Total	66	100,0%

Tabla 62. Pronóstico y deseabilidad sobre la comunicación y relación entre pacientes y profesionales sanitarios, así como la representación colectiva y su participación en política sanitaria en los próximos diez años (primera ronda) [Continuación]

RONDA 1			
Deseado		n	%
J02	Se irá equilibrando la relación de agencia inherente a la asimetría de información entre el principal (paciente) y agente (profesional)	24	35,8%
	Prevalecerá la confianza	12	17,9%
	Mucho más activa por parte del paciente y menos paternalista por parte del médico	15	22,4%
	La sociedad civil con sus representantes más vertebrados exigirá una mayor participación en las decisiones de política sanitaria	13	19,4%
	Crearé el desapego y el desencanto de los representados hacia sus representantes	3	4,5%
	Total	67	100,0%

No obstante, la dispersión de respuesta fue amplia y valía la pena, dejando de lado la última opción, volver a insistir en la evaluación de las cuatro primeras.

En la segunda ronda se cambió la forma de evaluación de estas opciones realizándose mediante escalas de Likert en lugar de elección de propuestas y extracción de porcentajes sobre las mismas. Los resultados se presentan en la Tabla 63.

El grado de conocimiento del tema no resulta significativo en cuanto a influir en la distribución de respuestas de esta parte, ni en pronóstico ni en deseabilidad.

Tras la segunda ronda, se pronostica que, en los próximos diez años la relación entre pacientes y profesionales sanitarios y su representación colectiva y participación en política sanitaria será mucho más activa por parte del paciente y menos paternalista por parte del mé-

Tabla 63. Pronóstico y deseabilidad sobre la comunicación y relación entre pacientes y profesionales sanitarios, así como la representación colectiva y su participación en política sanitaria en los próximos diez años (segunda ronda)

SEGUNDA RONDA						
Pronosticado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
J01: se irá equilibrando la relación de agencia inherente a la asimetría de información entre el principal (paciente) y agente (profesional)	2,50	1,10	3	3	Algo probable	Medio
J02: prevalecerá la confianza	2,79	1,27	3	3	Algo probable	Medio-Bajo
J03: mucho más activa por parte del paciente y menos paternalista por parte del médico	3,53	1,19	4	4	Bastante probable	Medio-Bajo
J04: la sociedad civil con sus representantes más vertebrados exigirá una mayor participación en las decisiones de política sanitaria	3,20	1,34	3	4	Bastante probable	Medio-Bajo
J05: creará el desapego y el desencanto de los representados hacia sus representantes	2,07	1,11	2	1	Nada probable	Medio-Bajo
Deseado	Media	D.T.	Mediana	Moda	Conclusión	Grado de acuerdo
J01: se irá equilibrando la relación de agencia inherente a la asimetría de información entre el principal (paciente) y agente (profesional)	3,19	1,42	4	4	Bastante deseable	Medio-Bajo
J02: prevalecerá la confianza	3,65	1,41	4	5	Bastante deseable	Medio-Bajo
J03: mucho más activa por parte del paciente y menos paternalista por parte del médico	3,73	1,34	4	5	Bastante deseable	Medio-Bajo
J04: la sociedad civil con sus representantes más vertebrados exigirá una mayor participación en las decisiones de política sanitaria	3,35	1,34	4	4	Bastante deseable	Medio-Bajo
J05: creará el desapego y el desencanto de los representados hacia sus representantes	1,35	0,67	1	1	Nada deseable	Alto

dico. Asimismo la sociedad civil con sus representantes más vertebrados exigirá una mayor participación en las decisiones de política sanitaria. Los expertos han considerado que no es nada probable que se genere un desapego y desencanto de los representantes hacia sus representados.

En el ámbito de la deseabilidad, los expertos han apoyado todas las sugerencias con bastante contundencia salvo la última, la referida a la generación de un desapego y desencanto de los representados hacia sus representantes, postura bastante lógica por otro lado.

Conclusiones

Se pronostica que en los próximos diez años, la relación entre pacientes y profesionales sanitarios será mucho más activa por parte del

paciente y menos paternalista por parte del médico, siendo bastante deseable que se dé esta evolución.

También se ve como bastante posible que la sociedad civil con sus representantes más vertebrados exija una mayor participación en las decisiones de política sanitaria, lo cual también es bastante deseable.

Menos probable, pero también factible es que se vaya equilibrando la relación de agencia inherente a la asimetría de información entre el paciente y el profesional, extremos bastante deseable.

Asimismo, algo probable que prevalezca la confianza entre pacientes y profesionales, cualidad bastante deseable, siendo poco probable que se cree un clima de desencanto y desapego de los representados hacia sus representantes, cosa que, por otro lado no sería deseable en absoluto.

Conclusiones y reflexiones finales

Es éste un estudio que intenta anticipar cuál es el futuro de la prestación farmacéutica en España.

Afirma Daniel Innerarity que “Las sociedades modernas se encuentran superadas frente a la tarea de conocer y legitimar el futuro de acuerdo con un modelo de predicción exacta. Cuando irrumpen nuevas incertidumbres, cuando hasta el saber experto se revela como algo inexacto y controvertido, entonces es el saber mismo el que se convierte en objeto de la política. A partir de ese momento hay que decidir políticamente qué recursos de saber deben generarse, qué grado de incertidumbre e ignorancia es aceptable respecto de determinadas decisiones.”

Siguiendo este razonamiento el hecho de querer conocer cual es el futuro de la prestación farmacéutica en España ya revela en sí un hecho: el tema es política y económicamente relevante y se pretende que las decisiones políticas que se tomen al respecto sean lo más informadas posibles. Un amplio elenco de expertos del sector, al colaborar en este trabajo avala la trascendencia del objeto del estudio.

Si la visión de futuro de un amplio grupo de expertos es coincidente podemos pensar que ese escenario anticipado tiene muchas posibilidades de parecerse a la realidad en el futuro. La incertidumbre respecto al futuro aumenta conforme los escenarios futuros anticipados por los expertos no son coincidentes e incluso muy diferentes entre sí.

Nuestro estudio recurre a una técnica de análisis de tipo cualitativo, análisis Delphi, funda-

mentada en este razonamiento. Por lo tanto se analiza el grado de acuerdo de los expertos en torno a una serie de cuestiones planteadas como relevantes para la configuración del escenario de la prestación farmacéutica en España en un futuro.

En una primera fase del estudio se pidió al Grupo Director que identificaran, en forma de sentencias, aquellos factores relevantes del escenario. En una segunda fase se pidió al grupo de expertos que valoraran dichas sentencias en relación a su probabilidad de ocurrencia y su deseabilidad y se midió el grado de acuerdo entre los expertos (en probabilidad y en deseabilidad). Para aquellas cuestiones donde el grado de acuerdo no era suficiente se llevó a cabo una reformulación de la cuestión y se pasaron a su consideración en una segunda ronda.

Al solicitar a cada experto su nivel de deseo que un determinado escenario llegue a ser realidad en un futuro nos permite realizar una serie de recomendaciones.

Algunos de los escenarios anticipados coinciden con los deseos de estos expertos y otros no, éstos últimos deberían considerarse como foco de la intervención política para evitar que dicho futuro no deseado llegue, mientras que sería recomendable la no intervención en aquellos procesos que evolucionando de forma natural nos llevarían al escenario deseado. Pero a nadie se le escapa que los procesos no son independientes entre sí y que, por ejemplo, un cambio legislativo en relación a un asunto puede acabar afectando a otros.

Autoridad Sanitaria

Los expertos consideran que el gasto farmacéutico a través de receta del Sistema Nacional de Salud no debería superar un incremento anual de un 5% pero sin embargo prevén que dicha cifra se elevará entre un 5 y un 7%, anual.

En cuanto al sistema de precios de referencia (SPR), pronostican que, en el plazo de diez años, se mantendrá el sistema español, incorporando los nuevos medicamentos al SPR conforme se vayan aprobando sus genéricos. No está claro, en cambio, el modelo que finalmente se adoptará. La opinión y el deseo de los expertos contempla varias opciones siendo la más probable y situándose entre las más desables el mantenimiento del sistema español, incorporando los nuevos medicamentos al SPR conforme se vayan aprobando sus genéricos.

Respecto del modelo de financiación de las CC.AA., los expertos consultados coinciden en considerar poco probable que se homogenicen los servicios asistenciales y de prestación farmacéutica en todas las CC.AA. en el plazo de 10 años. Asimismo, se prevén y desean que se desvinculen las estrategias electoralistas de la gestión sanitaria con objeto de alcanzar una racionalización de las prestaciones financiadas por el sistema. Por otro lado, es algo probable que se tome una decisión entre un aumento de la subfinanciación del sistema, ocasionando mayores listas de espera y una desviación de usuarios hacia el sector privado; una tendencia de las políticas sanitarias a la externalización de servicios sanitarios en el modelo de gestión directa o, más improbable, una orientación de la gestión sanitaria hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad que permita contener la demanda y favorecer la sostenibilidad del sistema. Sin embargo, no consideran deseable implantar un incremento de la subfinanciación y sus posibles consecuencias, ni tampoco perseguir que las políticas de gestión sanitaria tiendan a la externalización de servicios sanitarios, si bien algunos se sentirían a gusto con dicho modelo. Por consiguiente, los expertos estarían a favor de una reconsideración de estas opciones y la búsqueda de otras soluciones, a su parecer, más acertadas y convenientes para los usuarios.

La implantación total del sistema de prescripción informatizada no se producirá antes de tres años, siendo bastante probable que el tiempo para el logro de este objetivo se sitúe entre 5 y 8 años. Según los expertos este sistema:

- Limitará poco la libertad de prescripción del médico.
- Tiene ciertas probabilidades de mejorar la eficiencia del que prescribe medicación lo cual es bastante deseable.
- No limitará la oferta de medicamentos reembolsables.
- Ayudará a mejorar la gestión clínica y administrativa del ciclo del medicamento y éste es el punto más deseado por los expertos.
- Servirá para controlar el gasto y corregir el fraude, repercutiendo en la mejora de gestión del Área de Farmacia, tema bastante deseado por el conjunto de expertos.

Financiadores

Volviendo al gasto farmacéutico, se considera bastante probable que en los próximos diez años, las Autoridades Sanitarias incidan en favorecer la utilización de genéricos, incrementando los incentivos por su prescripción. También es bastante probable que puedan aplicar criterios de contención del gasto a la hora de recomendar los medicamentos más adecuados por patologías, incluyéndose sistemáticamente las opciones terapéuticas que presenten un menor coste/día.

En cambio, se ve menos probable que se faciliten al prescriptor criterios de valor terapéutico añadido, incremento en cantidad y calidad de vida y cumplimiento terapéutico en la selección del tratamiento, así como el aumentar el número de medicamentos sometidos a visado médico o incluir la evaluación coste-efectividad de los medicamentos antes de decidir su financiación pública.

Ahora bien, en el terreno de lo deseable, la opción preferida por los expertos es la de incluir la evaluación coste-efectividad de los nuevos fármacos antes de decidir su financiación pública. A esta opción le sigue de cerca el facilitar al prescriptor criterios de valor terapéutico añadido, incremento en cantidad y calidad de vida y cumplimiento terapéutico en la selección del tratamiento. También resultaron ser bastante deseables, aunque no tanto como las anteriores: el favorecer la utilización de genéricos, incrementando los incentivos por su prescripción y aplicar criterios de contención del gasto a la hora de recomendar los medicamentos más adecuados.

En el caso del incremento de listas negativas de medicamentos, los expertos dictaminan que

es una opción algo deseable, pero se advierte mucha cautela en torno a este tema y una parte del grupo de expertos lo considera como “nada deseable”. Por consiguiente, en las recomendaciones relativas a este punto hay que considerar los intereses particulares de la industria y de las oficinas de farmacia por un lado y los del consumidor por otro.

Aumentar el número de medicamentos sometidos a visado médico, aprovechando la receta electrónica es la opción menos deseada por el colectivo de expertos, con un grado de acuerdo medio-elevado y, dado que se ha calificado de probable que llegue a ocurrir, es un tema a reconsiderar desde el punto de vista de las políticas sanitarias.

Con respecto a la demanda de medicamentos, se considera bastante probable que se decida obligar a las oficinas de farmacia a la sustitución de medicamentos por aquellos de la misma composición y de menor precio dentro de una lista cerrada, revisable periódicamente y también el incrementar los incentivos económicos a prescriptores por la consecución de objetivos eficientes en salud.

También es algo probable, aunque no tanto como lo anterior, que las autoridades puedan implantar la prescripción según las guías farmacoterapéuticas y que implanten más programas formativos e informativos en materia de uso adecuado o racional del medicamento entre la población.

En cambio, no se ve como probable que se proponga un techo de gasto a los prescriptores, al margen de su productividad, volumen y composición de su actividad.

En cuanto a los deseos de los expertos, en primer lugar, consideran muy importante la implantación de más programas formativos e informativos en materia de uso adecuado o racional del medicamento entre la población. En segundo lugar, piensan que es bastante deseable, pero con menor grado de acuerdo entre ellos, el incrementar los incentivos económicos a prescriptores por la consecución de objetivos eficientes en salud.

También se considera como bastante deseable que se obligue a las oficinas de farmacia a sustituir medicamentos por otros de la misma composición cuando tuviesen un menor precio dentro de una lista cerrada revisable periódicamente, pero también es cierto que un sector de los expertos no lo considera oportuno.

Lo menos deseable en el apartado de demanda sería el proponer un techo de gasto a los

prescriptores, al margen de su productividad, volumen y composición de su actividad.

El copago en la atención sanitaria es una cuestión controvertida con distintas posturas e interesantes reflexiones. Si su introducción es gradual, débil en intensidad y deja exentos a los que carecen de recursos, no parece razonable pensar que incidirá en un uso menor al necesario de los servicios sanitarios y por el contrario, amortiguará el posible abuso que suele acompañar a la gratuidad.

En relación a este tema, y más concretamente en cuanto al copago adicional de 1 euro por receta médica para contribuir a la financiación del Sistema Nacional de Salud, se pronostica que no se llegará a implantar, si bien, esta afirmación no es contundente. Sería deseable que se hiciese con un importe máximo de 1-2 euros por receta y aplicado gradualmente a la totalidad de activos y pensionistas, si bien, un amplio sector de expertos no apoya en absoluto dicha implantación.

Finalmente, en cuanto a los efectos de la implementación de un posible copago, el pronóstico de los expertos es que no reducirá el efecto del incremento del gasto sanitario derivado de la presión asistencial y de la frecuentación a la red asistencial. Sin embargo, algo más de una cuarta parte de los expertos ha manifestado que sí que lo haría si el paciente pagase entre 1 y 3 euros en función de la gravedad, cronicidad y tipo de servicio, aplicado de manera gradual. En cuanto a la deseabilidad, aunque la mayoría no desea la implementación del copago, las opiniones están bastante divididas entre esta opción y la siguiente, que consiste en fomentar el pago de entre 1 y 3 euros en función de la gravedad, cronicidad y tipo de servicio, aplicado de manera gradual. Se constata que es un tema controvertido.

Prescriptores

En opinión de los expertos es previsible que la Atención Primaria (AP) pueda contribuir efectivamente a la reducción del gasto sanitario mediante:

- Un incremento de la coordinación de los recursos humanos multidisciplinares disponibles (médicos, farmacéutico de área, enfermeras, fisioterapeutas, matronas y asistentes sociales).
- Potenciando la capacidad de supervisión del proceso asistencial con el apoyo de las TIC (telemedicina, histórica clínica infor-

matizada y sistemas de información sobre prescripción).

- Incrementando el tiempo medio por visita.
- Reduciendo la presión asistencial mediante la potenciación de cuidados ambulatorios alternativos (cuidado domiciliario, enfermería para crónicos y similares).
- Realizando una gestión eficaz del seguimiento de pacientes procedentes de atención especializada (evitando duplicidad de tratamientos, interacciones y reacciones adversas de medicamentos).
- Apoyándose en el farmacéutico de área para conseguir una utilización óptima de los medicamentos.
- Siendo todo ello deseable en cuanto a la toma de medidas que conduzcan al logro de objetivos en este ámbito.

En materia de incentivos para el equipo de AP, se pronostica que en los próximos diez años se mejorará el sistema de incentivación económica con un incremento estimado de entre el 20-30% en la parte variable sobre la fija. No existe un elevado grado de consenso en relación a este asunto, quedando abiertas otras opciones. La mayoría piensa que lo deseable en este tema es que haya una mejora pero estableciendo otros criterios de incentivación tales como la promoción profesional, formación y descanso compensatorio, siendo por tanto lo más recomendable.

Respecto a la utilización de guías farmacoterapéuticas, se considera que en los próximos diez años es algo probable que se cumpla ya que:

- Su uso contribuya a una mejor utilización de los recursos y a un uso racional del medicamento.
- El diseño de las guías farmacoterapéuticas se complemente con datos sobre la utilidad terapéutica, la información de eficacia, seguridad y coste/día utilizada actualmente.
- Se exija al médico una prescripción ajustada a guías farmacoterapéuticas consensuadas.
- Se reduzca la variabilidad de la prescripción y mejore la calidad asistencial con criterios de medicina basada en la evidencia.
- Se exija el cumplimiento de las guías farmacoterapéuticas en las patologías de mayor prevalencia.
- Se potencie la figura de farmacéutico de área para la elaboración y homogenización de guías farmacoterapéuticas.

Siendo todo ello entre bastante y muy deseable para el conjunto de expertos consultados.

Finalmente, en cuanto a prescripción farmacéutica, se pronostica que en los próximos diez años es algo probable que exista:

- La prescripción enfermera independiente, con un listado restringido a algunos medicamentos, aunque también podría suceder que se exija experiencia previa y acreditación específica. Tampoco se descarta que la prescripción enfermera sea dependiente / colaborativa / semiautónoma / complementaria / suplementaria y que permita cambiar dosis o frecuencia tras una prescripción médica inicial, especialmente, para el seguimiento de crónicos. Asimismo se considera algo probable que esta prescripción se lleve a cabo bajo un protocolo de grupo elaborado por profesionales interdisciplinarios o que se limite a prescripción de tiempo y dosis para cuidados muy específicos. En definitiva, todo parece posible y el escenario es amplio y abierto. Sin embargo, un tema es el pronóstico y otro la deseabilidad. La fórmula más deseable, en opinión de los expertos, es la de prescripción o indicación bajo un protocolo de grupo elaborado por profesionales interdisciplinarios.

Farmacéuticos

En la atención en la oficina de farmacia, se pronostica que, en los próximos 10 años, se centrará, sobre todo en la dispensación de medicamentos, control de condiciones de almacenamiento, y facturación de recetas. También se espera que juegue un mayor papel en la sustitución de medicamentos y, en cambio los expertos no creen que llegue a producirse la dispensación activa siguiendo protocolos consensuados.

Se desea que la oficina de farmacia evolucione en los próximos diez años, especialmente en materia de interacción en red con los equipos de atención médica (primaria, especializada, hospitalaria), de forma que pase a ser fundamental para coordinar las intervenciones profesionales cuando se detecte un problema relacionado con el medicamento. Asimismo, se desea que se otorgue a la oficina de farmacia un mayor número de actividades salvo la ya mencionada de permitir una dispensación activa siguiendo protocolos consensuados.

En márgenes, se pronostica que es poco probable que se apruebe alguna medida que conduzca hacia un cambio de la remuneración del farmacéutico en la oficina de farmacia en función de los servicios sanitarios que presta, agregando una tarifa fija por dispensación. Lo mismo se estima con el resto de posibilidades contempladas:

- Modificación del modelo actual, fijando el Gobierno los precios máximos de dispensación, pero desregulando los márgenes de distribución y farmacia.
- Un sistema más eficaz que el RD Ley 5/2000, que permita subvencionar a las oficinas no rentables.
- La aplicación de criterios de remuneración diferenciales a los farmacéuticos ubicados en poblaciones pequeñas, para así contribuir a su sostenibilidad.
- Un sistema retributivo que fomente la profesionalidad del farmacéutico y la garantía del uso racional del medicamento.

Ninguna de ellas se percibe como realmente probable. Otro tema es la deseabilidad. De todos ellos, el más deseable es un sistema retributivo que fomente la profesionalidad del farmacéutico y la garantía del uso racional del medicamento, seguido por un cambio de la remuneración del farmacéutico en la oficina de farmacia en función de los servicios sanitarios que presta, agregando una tarifa fija por dispensación.

Se pronostica que la función del farmacéutico evolucionará progresiva pero lentamente en los próximos diez años. Es bastante probable que los farmacéuticos incrementen su participación como especialistas en sesiones farmacoterapéuticas organizadas dentro de programas concretos y que intervengan más activamente en la gestión del uso del medicamento como un bien preciado. En cambio, es menos probable que se avance rápidamente en la disposición de al menos un farmacéutico por cada equipo de AP para poder atender sus funciones y poder acceder a la explotación de datos de la historia clínica del paciente para proponer soluciones farmacoterapéuticas ajustadas a cada caso, aunque esta práctica se considere deseable.

En referencia a esta función, destaca como bastante deseable que el farmacéutico pueda intervenir en las visitas que organizan los laboratorios para presentar a los médicos nuevos tratamientos o nuevas indicaciones de los mismos.

También se considera deseable que el farmacéutico intervenga en la evaluación crítica

de nuevos tratamientos juzgando su evidencia científica y su interpretación en la práctica clínica mediante el uso de indicadores consensuados, así como que pudiese participar como experto en el análisis de aspectos de política farmacéutica en su vertiente clínica, económica y social.

En cuanto al gasto farmacéutico hospitalario, se pronostica que es bastante probable que en los próximos diez años suponga entre un 20-30% del gasto farmacéutico público, si bien, lo más deseable sería que no alcanzase el 20% de dicho gasto.

Respecto a la legislación en materia de distribución y dispensación de medicamentos, se pronostica que en los próximos diez años se ampliará el número de oficinas de farmacia, de un modo regulado, pero más flexible, por población, distancias, distribución geográfica y zonas (rurales, urbanas, turísticas), siendo esta forma de actuación la más deseada y recomendada.

Acerca de la venta de medicamentos a través de Internet, los expertos pronostican que se incrementará la venta por Internet de medicamentos no dispensados a través del canal de la farmacia en España y que se incrementará la venta ilegal de fármacos de prescripción sin la receta de un médico, a través de ciberfarmacias, no siendo en absoluto deseable para el grupo de expertos que realmente sucedan ambas opciones.

Se recomienda que la legislación se oriente hacia: regular un registro de farmacias tradicionales y online; crear un sello de calidad que sirva como acreditación a las farmacias online y exigir requisitos a los profesionales sanitarios que presten sus servicios a través de farmacias online.

Colegios Profesionales

Es difícil y poco probable que en los próximos diez años las Administraciones Sanitarias creen servicios farmacéuticos en los centros de AP y AE para dispensación a pacientes ambulatorios y también que se logre un concierto directo con la oficina de farmacia de la cartera de servicios en lugar de hacerlo a través de los Colegios Profesionales.

Por otro lado, tiene alguna probabilidad de ir fomentándose la tendencia a desviar el gasto de medicamentos ambulatorios hacia la farmacia hospitalaria como “medicamentos de uso hospitalario”. Asimismo, se puede aumentar la exigencia del visado y la prescripción por especia-

listas y, también se ve como algo factible el que las Administraciones Sanitarias concierten la prestación de servicios con el Colegio Profesional de Farmacéuticos con una política clara de relación coste-beneficio. Además, se considera bastante deseable que las Administraciones Sanitarias logren desarrollar esta concertación.

No es recomendable, según los expertos consultados, que las Administraciones Sanitarias tiendan a desviar el gasto de medicamentos ambulatorios hacia la farmacia hospitalaria como “medicamentos de uso hospitalario”. Tampoco es recomendable que tiendan a incrementar la exigencia del visado o a exigir la prescripción por especialistas y, finalmente, tampoco se desea que creen servicios farmacéuticos en los centros de AP y AE para dispensación a pacientes ambulatorios.

Distribución

Por lo que respecta a la distribución, se pronostica que es bastante probable que se produzca, una concentración en los próximos diez años, reduciéndose el número de almacenes pero aumentando su fortaleza individual.

Algo menos probable, pero no descartado, es que se produzca un incremento de la distribución directa de los laboratorios a la oficina de farmacia, actividad que propiciaría una “monopolización” por parte de la industria farmacéutica. Lo mismo se percibe en cuanto a que se pudiera producir un incremento selectivo de la distribución directa de los laboratorios a la oficina de farmacia, pudiendo dificultar el suministro de medicamentos a las poblaciones pequeñas por esta vía.

En el mismo plano se ubica una consolidación de cadenas “virtuales” de farmacias, independientes de mayoristas y de la industria, con proyección a nivel estatal; la posible pérdida de competitividad en comparación con los mecanismos de suministros directos de la industria; una implantación real de la trazabilidad integral hasta el paciente, tal y como se contempla en la Ley 29/2006 y una modificación del actual margen de distribución (% del precio del producto), mediante un sistema mixto que incentive el suministro a farmacias de escasa población en función del volumen de ventas.

Entre lo más deseable en este ámbito, destaca el que se logre una implantación real de la trazabilidad integral hasta el paciente, tal y como se contempla en la Ley 29/2006.

También se acogería favorablemente la concentración reduciéndose el número de almacenes pero aumentando su fortaleza individual, y también una modificación del actual margen de distribución (% del precio del producto), mediante un sistema mixto que incentive el suministro a farmacias de escasa población, en función del volumen de ventas, aunque se ha visto que esta opción no tiene buen pronóstico para los próximos diez años.

Industria farmacéutica

El valor terapéutico añadido (VTA) junto con la rentabilidad determinan la eficacia relativa de un medicamento. El valor terapéutico añadido es un concepto equivalente al de aportación terapéutica y al de utilidad terapéutica de un medicamento que es el término utilizado por la Ley 29/2006 y es un factor clave en la financiación selectiva. No obstante, el concepto requiere clarificación: “en España, los organismos involucrados deberían ponerse de acuerdo en la definición del concepto de utilidad terapéutica, su medida y su utilidad práctica”.²²

En opinión de los expertos no se regulará la exigencia de que el medicamento que se desea comercializar tenga un valor terapéutico añadido, si bien, no se descarta que pudiera llegar a suceder no antes de entre 3 y 5 años, posibilidad más en consonancia con lo deseable en este apartado.

La ley antes mencionada señala a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios como responsable de definir en la práctica y plasmar en los informes este concepto de utilidad terapéutica. Tarea nada fácil a juzgar por la opinión de los expertos consultados. De hecho pronostican como incierto el que se puedan adoptar medidas concretas para definir con criterios objetivos explícitos y relevantes qué se va a considerar como valor terapéutico añadido con relación a las dimensiones sanitaria, terapéutica y fármaco económica. Lo mismo se puede afirmar con respecto a decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de fijación de precios, de financiación de nuevos medicamentos y de su inclusión en formularios y guías terapéuticas.

Además se pronostica como poco probable que se llegue a decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de forma retrospectiva a los medicamentos que ya estén en el mercado.

Sin embargo, una cosa es lo que piensan los expertos que ocurrirá y otra distinta lo que desean que ocurra. En este sentido todas las propuestas expuestas anteriormente fueron consideradas como acertadas por parte del colectivo de expertos que ha efectuado esta valoración, por lo que se recomienda el estudio de su implantación efectiva.

Acerca de las políticas públicas sobre medicamentos genéricos para los próximos diez años, se pronostica que se encaminarán a seguir incentivando de modo creciente la prescripción / dispensación de dichos medicamentos.

Asimismo, se considera bastante probable que dichas políticas se vayan encaminando de modo creciente a potenciar la inclusión de fármacos en el sistema de precios de referencia, sean genéricos o no genéricos.

También se tiende a creer que incentivarán progresivamente a los médicos para que prescriban medicamentos genéricos cuando éstos no estén incluidos en el sistema de precios de referencia.

Menos probable, aunque no se descartan, son los resultados de reactivación de la incentivación a los farmacéuticos para que dispensen medicamentos genéricos y la facilitación de la introducción de medicamentos de este tipo con “marca de fantasía”.

Se ven como más necesarias las políticas que concedan al farmacéutico capacidad para efectuar sustituciones entre genéricos, así como las que propicien la incentivación de la prescripción / dispensación de medicamentos genéricos.

Los expertos consideran bastante probable, que se diseñen y apliquen políticas encaminadas a financiar los medicamentos *me too* que salgan al mercado a un precio no superior al de los fármacos ya comercializados con los que compiten.

También se percibe como bastante deseable, aunque menos probable en cuanto a aplicación real, que se diseñen políticas de financiación encaminadas a potenciar exclusivamente la investigación de medicamentos de primera clase que sean novedad absoluta.

Finalmente, es bastante deseable, aunque con un pronóstico moderado de llegar a ser una realidad, que se implanten políticas encaminadas a extender el período de protección industrial de patentes para que sea equiparable al resto de Europa.

En materia de innovación de medicamentos se pronostica que la industria farmacéutica orientará más sus inversiones hacia países con

incentivos a la I+D, tendencia que es moderadamente deseable. Asimismo se piensa que se exigirá absoluta transparencia y objetividad en los ensayos clínicos, tanto en los financiados con fondos públicos como privados, siendo muy deseable que se aplique este tipo de política.

Finalmente, se califica de bastante o muy deseable que se regule la reinversión de parte de los beneficios de los laboratorios en la investigación de nuevos fármacos, tanto en general como los correspondientes a “enfermedades raras” para garantizar la equidad del sistema sanitario y, que se exija la realización de ensayos clínicos que comparen los nuevos fármacos frente al mejor tratamiento existente para una indicación determinada y no frente a placebo.

Comunidad investigadora

En referencia a la integración de la medicina individualizada en el Sistema Nacional de Salud en los próximos diez años, se pronostica que es moderadamente probable que se mantengan las tendencias actuales (incremento de tiempos y costes de desarrollo), con el consiguiente acortamiento de período de explotación comercial y reducción de beneficios. Esta opción es poco deseable, abogándose por una mayor dinamización de esta parcela.

Por otro lado, podría ser que se avanzase en una incorporación de los conocimientos en genética y genómica a las guías de manejo integral de las diferentes enfermedades, lo cual promovería el uso racional de los recursos sanitarios, siendo ésta, una opción muy deseada por los expertos.

Asimismo, se considera moderadamente probable que la mayor eficacia de los fármacos desarrollados pueda contribuir a aumentar la adopción de los mismos en el sistema de financiación sanitaria, opción bastante deseable.

En cambio, parece difícil que la sanidad pública potencie la prescripción de fármacos presintomáticos, merced a la integración de la información clínica y genómica con las bases de datos de pacientes, aunque ésta sea una opción bastante deseable.

En el terreno de los medicamentos biológicos, se pronostica que la industria farmacéutica desarrollará fármacos adaptados al tipo de enfermedad y al perfil genético del paciente (farmacogenómica); que la sanidad pública financiará los medicamentos biotecnológicos para

determinadas enfermedades, valorando la relación entre el coste (mayor precio) y el beneficio (menores efectos secundarios y menor coste socio-sanitario) y que la sanidad pública exigirá tests diagnósticos positivos como condición para su prescripción, siendo muy o bastante deseables las tres opciones.

Menos probable, y nada deseable, es que se tenga que recurrir a subidas de impuestos o aseguramientos complementarios para que la sanidad pública pueda financiar los medicamentos biotecnológicos, que previsiblemente tendrán un elevado coste económico.

Comisiones de evaluación de medicamentos

Se pronostica que los Comités de Evaluación de nuevos medicamentos en las CC.AA. tendrán un papel potenciado, que se extenderá de forma coordinada a la práctica totalidad de los servicios de salud de las regiones. Esta opción es la más deseada.

Por otro lado, se pronostica que los resultados de la evaluación económica (relación entre el coste y la efectividad) de los medicamentos y tecnologías médicas va a jugar un papel importante en las decisiones públicas de precios y de cobertura en los próximos 10 años, preferentemente sólo para fijar precios y nunca para influir en las decisiones de exclusión de la financiación pública, siendo también factible que suceda que la relación coste-efectividad sólo sirva para realizar recomendaciones a los prescriptores y que no influya ni en los precios ni en la decisión de inclusión/exclusión de la cobertura pública. Los expertos, en sus preferencias, se decantan por que los resultados de la evaluación económica se utilicen sólo para fijar precios y nunca para influir en las decisiones de exclusión de la financiación pública.

Paciente

Se pronostica que en los próximos diez años, la relación entre pacientes y profesionales sanitarios será mucho más activa por parte del

paciente y menos paternalista por parte del médico, siendo bastante deseable, en opinión de los expertos, que se dé esta evolución.

También se ve como bastante posible que la sociedad civil con sus representantes más vertebrados exija una mayor participación en las decisiones de política sanitaria, lo cual también les resulta a los expertos bastante deseable.

Menos probable, pero también factible es que se vaya equilibrando la relación de agencia inherente a la asimetría de información entre el paciente y el profesional, extremos bastante deseable.

Asimismo, algo probable que prevalezca la confianza entre pacientes y profesionales, cualidad bastante deseable, siendo poco probable que se cree un clima de desencanto y desapego de los representados hacia sus representantes, cosa que, por otro lado no sería deseable en absoluto.

Como conclusión final cabe señalar que en general la evolución del sector farmacéutico en España vendrá muy determinada por el desarrollo legislativo y el proceso de implementación de la Ley 29/2006 de julio de 2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Para hacer efectiva dicha implementación, como en todo cambio, se prevé que habrá que remover ciertas barreras, vencer algunas resistencias y superar determinados obstáculos. Este análisis creemos que ha contribuido a identificar algunos de estos obstáculos, el origen de potenciales resistencias y algunas de las barreras.

La administración pública sanitaria española dispone con este estudio de una mayor información del consenso o discrepancia de los expertos con determinados aspectos de la Ley que pueden ser tenidos en cuenta de cara a su ulterior desarrollo e implementación.

La industria farmacéutica dispone de un mejor conocimiento de algunas cuestiones que sin duda tendrán en cuenta a la hora de diseñar estrategias empresariales que les permitan afrontar los cambios que se avecinan con una mayor garantía de éxito.

Este estudio ha pretendido contribuir, en definitiva, a que el paciente acceda a un sistema sanitario más eficiente, más equitativo y sostenible en el tiempo.

Agradecimientos

Queremos agradecer a todas aquellas personas que han participado en el estudio su dedicación e interés y por cedernos su conoci-

miento y su opinión. Es obvio decir que sin su participación no hubiera sido posible este estudio.

Bibliografía

- DEL LLANO J. Sanidades autonómicas:¿solución o problema?. Círculo de la Sanidad. Madrid, 2009. ISBN: 978-84-95552-77-8
- PÉREZ C. Sobre la metodología cualitativa. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 373-380.
- HANCOCK B. Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care. An Introduction to Qualitative Research. Trent Focus Group, 2002.
- BILBAO I., *et al.* Diez aportaciones del empleo de la metodología cualitativa en una auditoría de comunicación interna en Atención Primaria. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 483-492.
- GARAY A., *et al.* Evaluación cualitativa del sistema de recogida de sangre en Cataluña. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 437-450.
- MERCADO F.J. La atención médica a la enfermedad crónica: reflexiones sobre los procedimientos metodológicos de un estudio cualitativo. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 461-471.
- MORGAN D.L. The focus groups guidebook. Focus group kit 1. Thousand Oaks: Sage; 1998.
- CALLEJO J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 409-422.
- CARLINI-COTRIM B. Potencialidades da técnica qualitatativa grupo focal em investigações sobre abuso de sustancias. Saude Publica 1996; 30: 283-93.
- COCHRANE, A.L. Efectividad y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Centro Cochrane Iberoamericano y Fundación SIS, 2000.
- ORTÚN V. (dir). Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson, 2003.
- ZARIN D.A, YOUNG J.L, WEST J.C. Challenges to evidence-based medicine: A comparison of patients and treatments in randomized controlled trials with patients and treatments in a practice research network. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40: 27-35.
- PERALTA V. Ensayos clínicos, industria farmacéutica y práctica clínica. Anales Sis San Navarra 2005;28(1):7-16.
- CLIMENTE M, PORTA B, YUSTE D. De la evidencia científica a la práctica clínica. En Jiménez NV, Borrás C, Climente M, Merino M. Calidad farmacoterapéutica. Universitat de València, 2006.

- SÁNCHEZ-BAYLE M., PALOMO L. Informe sobre la situación de salud y de los servicios sanitarios de la Comunidades Autónomas. *Rev. Adm. Sanit.* 2007; 5(1): 147-73
- DEL LLANO J., HIDALGO A., PÉREZ-CAMARERO S. Sistema de información sanitaria en España (SISAN). Madrid: Fundación Gaspar Casal/Fundación SANITAS y Fundación Lilly-Editec; 2004.
- VAN RIJKOM J., LEUFJENS H., CROMMELIN D., RUTTEN F., BROEKMANS A. Assessment of biotechnology drugs: what are the issues? *Health Policy* 1999;47:255-74.
- PUIG J., MENEU R. Aplicación de los contratos de riesgo compartido a la financiación de nuevos medicamentos. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2004;7:88-93.
- ORTÚN V., PUIG-JUNOY J., CALLEJÓN M. Innovación en medicamentos, precios y salud. En: López-Valcárcel B (ed): *Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas*. Barcelona: Masson, 2005, p 173-193.
- INNERARITY, D. El futuro y sus enemigos. Una defensa de la esperanza política. Ed. Paidós. 2009. Col. Estado y sociedad. ISBN: 978-84-493-2263-1
- PERFIL, ACTITUDES, VALORES Y EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SIGLO XXI. Cuadernos de Gestión para el profesional de la Atención Primaria Ed. Ediciones Doyma S.A. Vol.5, Suplemento 1, 1999
- DESARROLLO Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE LA SALUD DESCENTRALIZADO. Análisis prospectivo Delphi. Ed. Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2005.
- El futuro del SNS: la visión de los ciudadanos. Análisis prospectivo Delphi. Ed. Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2008.
- DEL LLANO SEÑARÍS, J., RUIZ FERRAN, J., PI CORRALES, G. Del concepto de utilidad terapéutica de los medicamentos a su aplicabilidad. www.fgcasal.org, 2009
- DEL LLANO SEÑARÍS, J., ROVIRA FORNS, J. La evaluación económica en Farmacogenómica Oncológica y Hematológica. Ed. Medical Economics, 2009. ISBN: 978-84-95552-82-2

Anexo 1.

Participantes en el estudio

ACEVEDO HERRANZ, PALOMA. Coordinadora Prestación Farmacéutica (Dirección Territorial Sanidad - Vizcaya)

AGUILAR, JESÚS. Presidente del Consejo de Farmacéuticos de Castilla y León

ALIAGA GUTIÉRREZ, LAURA. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Farmacoeconomía y Uso Racional del Medicamento (Semergen)

ALIS RODRÍGUEZ, ROSA MARÍA. Direcció General de Farmàcia. Conselleria de Sanitat i Consum I. Balears

ALÓS, MANUEL. Jefe de Servicio de Farmacia de Castellón de la Plana

ANSA, ISABEL. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, Servicio de Asistencia Sanitaria

ANTOÑANZAS, FERNANDO. Catedrático de Universidad –Economía Aplicada– La Rioja (Logroño)

APARICI, JORDI. Jefe de Investigación de Mercados y de Almirall

ARMESTO, JAVIER. Jefe del Servicio de Farmacia del Servicio Aragonés de Salud.

AZA, MERCEDES. Servicio Aragonés de Salud

BASORA, JOSEP. Vicepresidente SEMFYC - Sociedad Española de Medicina de Familia

BORRAS, JOSÉ M^a. Director del Instituto Catalán de Oncología

CABASÉS, JUAN. Docente Universidad de Navarra

CAPILLA, PEDRO. Presidente Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

CARNÉ, XAVIER. Jefe de Servicio de Farmacología Clínica -Hospital Clínico de Barcelona

CERVERA CASINO, PEDRO. Responsable del Servicio de Farmacia de AP, Área 12, Benissa-Comunidad Valenciana

CÉSPEDES, ANA. Directora de la Fundación Salud 2000

CLÉRIGUES BELLOCH, JOSÉ. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat Comunitat Valenciana (Agencia Valenciana)

CONDE CERRATO, RAFAEL. Presidente Centro Farmacéutico Nacional

CORTINA, VIRGINIA. Presidenta del Colegio de Farmacólogos de Bizkaia

CRUZ CIGUDOSA, JUAN. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas

- CRUZ MARTOS, ENCARNACIÓN. Dirección General de Gestión Económica y Compras de Productos Farmacéuticos y Sanitarios
- DE BENITO, EMILIO. El País
- DEL BARRIO, JAIME. Presidente Fundación Instituto Roche
- DEL CASTILLO, BENITO. Ex Decano Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid
- DOMÍNGUEZ-GIL HURLÉ, ALFONSO. Jefe de Servicio de Farmacia Hospital Clínico de Salamanca
- DOMÍNGUEZ, JORDI. Jefe de Relaciones Institucionales de Almirall
- FAUS, M^a JOSÉ. Profesora Titular de Bioquímica y Biología Molecular-Facultad de Farmacia - Universidad de Granada
- FERNÁNDEZ-CANO, PALOMA. Gerente de Relaciones Externas- Merck, Sharp & Dohme de España, S.A.
- FERRÉ, PIEDAD. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del MSC (Precios de medicamentos y temas europeos generales de Farmacia)
- FERRER AGUARELES, JOSÉ LUIS. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias. Consejería de Sanidad y Consumo de Extremadura
- GARCÍA ENCABO, MANUEL. Dirección General de Planificación y Aseguramiento, Gobierno de Aragón
- GARCÍA VARGAS, JULIÁN. Ex Ministro de Sanidad
- GILABERT, ANTONI. Gerente de Atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias, Catsalut
- GÓMEZ PAJUELO, PEDRO. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias ISCIII
- GONZÁLEZ HUESA, JOSÉ MANUEL. Presidente de ANIS
- GONZÁLEZ, BEATRIZ. Catedrática Economía Aplicada Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
- JIMÉNEZ, ADORACIÓN. Hospital Nuestra Señora de Aranzazu
- JOVELL, ALBERT. Director General Fundación Biblioteca Josep Laporte
- LAPORTE, JOAN-RAMÓN. Fundació Institut Català De Farmacologia
- MARTÍN SOBRINO, NIEVES. Directora Técnica de Farmacia Consejería de Sanidad de Castilla y León
- MILLÁN, TERESA. Directora Relaciones Institucionales Lilly
- MONTERO, DOLORES. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios - AGEMED
- NIETO GARCÍA, JOSÉ IGNACIO. Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social de la Rioja. Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones
- OLMO QUINTANA, VICENTE. Responsable del Servicio de Farmacia de AP, Servicio Canario de La Salud, C.S. Canalejas
- OÑORBE DE TORRE, MANUEL. Ex-Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha
- ORTEGA, FIDEL. Decano Facultad de Farmacia. Universidad de Alcalá
- ORTÚN, VICENTE. Centro de Recerca en Economia i Salut. Departament d' Economia i Empresa Universitat Pompeu Fabra
- PARÍS, GONZALO. Director Científico de GSK
- PEINADO ÁLVAREZ, ANTONIO. Subdirector general de farmacia. Servicio Andaluz de Salud
- PEIRÓ, SALVADOR. Jefe de la Unidad de Investigación en servicios Sanitarios de la escuela Valenciana de Estudios de la Salud de Valencia
- PEÑA, CARMEN. Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- PUIG, JAUME. Profesor Titular Universidad Pompeu Fabra

PLAZA, FEDERICO. Presidente de la Fundación AstraZeneca

RECALDE, JOSÉ MARÍA. Escuela Andaluza de Salud Pública

REY BARBOSA, CRISTINA. Subdirectora General de Farmacia y Productos Sanitarios del SERGAS Junta de Galicia

ROVIRA, JOAN. Universidad de Barcelona. Profesor Emérito

SEDANO, EUGENI. Director Corporativo Laboratorios Dr. Esteve. S.A.

SEGÚ TOLSA, JOSÉ LLUÍS. Director de Consultoria i Gestió del Consorci Hospitalari de Catalunya

SERRA DEVECCHI, JOAN. Director General Hospital Son Dureta

TRINCADO IBÁÑEZ, GONZALO. Dirección de Farmacia País Vasco

TRUAN SILVA, LUIS MARÍA. Consejería de Sanidad de Cantabria

TUDELA, JAVIER. Presidente del Colegio de Farmacólogos de Málaga

ULLASTRES, CÉSAR. Director de Investigación Fundación Nido

VALLEJO, ISABEL. Presidenta Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE)

VÁZQUEZ CANTERO, MAURICIO. Unidad de Ceuta. Servicio Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Ciudad Autónoma de Ceuta

ZARAGOZÁ, FRANCISCO. Director del Departamento de Farmacología Facultad de Medicina-Universidad de Alcalá

Anexo 2

Primera ronda

BLOQUE A1. AUTORIDAD SANITARIA

Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, el gasto farmacéutico a través de receta del Sistema Nacional de Salud en 2007 fue superior los 11.000 millones de euros, suponiendo un incremento de un 5,22% respecto al año anterior

Según esto, en términos de coste de oportunidad, ¿qué porcentaje de incremento anual, en las condiciones actuales de inflación y población, estaría dispuesto a admitir en los próximos 10 años?:

PRONOSTICADO: Escoja la opción más probable, la que prevé y crea en su opinión, que podría ser aplicada en los próximos 10 años

A01	El gasto no superará el 5% de incremento anual	
A01	5-7 % de incremento anual	
A01	7-8 % de incremento anual	
A01	8-10 % de incremento anual	
A01	Superior al 10%	

DESEADO: Escoja la opción que le gustaría que fuera o considere más deseable para los próximos 10 años

A02	Que el gasto no supere el 5 % de incremento anual	
A02	5-7 % de incremento anual	
A02	7-8 % de incremento anual	
A02	8-10 % de incremento anual	
A02	Superior al 10%	

GRADO DE ESPECIALIDAD

AE1	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
AE1	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
AE1	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
AE1	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
AE1	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE A2. AUTORIDAD SANITARIA

En materia de prescripción, España es uno de los países de referencia en la Unión Europea en la informatización de la prescripción

Teniendo en cuenta las diferencias de desarrollo de la prescripción informatizada y de la receta electrónica entre CCAA, ¿qué resultado se espera/desea respecto a la generalización de su uso en los próximos 10 años?:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años

A03	La implantación total no se producirá antes de tres años	
A04	Limitará la libertad de prescripción del médico	
A05	Mejorará la eficiencia del prescriptor	
A06	Limitará la oferta de medicamentos reembolsables	
A07	Mejorará la gestión clínica y administrativa del ciclo del medicamento	
A08	Controlará el gasto y corregirá del fraude, repercutiendo en la mejora de gestión del Área de Farmacia	

DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años

A09	La implantación total no se producirá antes de tres años	
A10	Limitará la libertad de prescripción del médico	
A11	Mejorará la eficiencia del prescriptor	
A12	Limitará la oferta de medicamentos reembolsables	
A13	Mejorará la gestión clínica y administrativa del ciclo del medicamento	
A14	Controlará el gasto y corregirá del fraude, repercutiendo en la mejora de gestión del Área de Farmacia	

GRADO DE ESPECIALIDAD

AE2	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
AE2	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
AE2	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
AE2	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
AE2	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE A3. AUTORIDAD SANITARIA

Según datos procedentes del IMS Health, 1 de cada 3 medicamentos que se consumieron en España en 2007 está sujeto al Sistema de Precios de Referencia (SPR). El objetivo principal de nuestro SPR es la reducción de la factura farmacéutica.

Considera que en los próximos 10 años:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años

A15	Se mantendrá el sistema español, incorporando los nuevos medicamentos al SPR conforme se vayan aprobando sus genéricos	
A16	El modelo español se aproximará al modelo sueco, en el que se ha eliminado el SPR en favor de un método de fijación basado en criterios de coste-efectividad y de la sustitución obligatoria por genéricos	
A17	El modelo español se aproximará al modelo alemán, en sentido amplio, en el que se que aplica el mismo precio a principios activos diferentes que se consideran equivalentes desde el punto de vista farmacológico (por ejemplo, todas las estatinas) o terapéutico (por ejemplo, todos los medicamentos indicados para la hipertensión)	
A18	El modelo español se aproximará al modelo alemán, pero solo aplicando el mismo precio a medicamentos con similar estructura química y análogo mecanismo de acción (me too)	

DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años

A19	Se mantendrá el sistema español, incorporando los nuevos medicamentos al SPR conforme se vayan aprobando sus genéricos	
A20	El modelo español se aproximará al modelo sueco, en el que se ha eliminado el SPR en favor de un método de fijación basado en criterios de coste-efectividad y de la sustitución obligatoria por genéricos	
A21	El modelo español se aproximará al modelo alemán, en sentido amplio, en el que se que aplica el mismo precio a principios activos diferentes que se consideran equivalentes desde el punto de vista farmacológico (por ejemplo, todas las estatinas) o terapéutico (por ejemplo, todos los medicamentos indicados para la hipertensión)	
A22	El modelo español se aproximará al modelo alemán, pero solo aplicando el mismo precio a medicamentos con similar estructura química y análogo mecanismo de acción (me too)	

GRADO DE ESPECIALIDAD

AE3	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
AE3	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
AE3	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
AE3	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
AE3	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE A4. AUTORIDAD SANITARIA

En España, ¿el modelo de financiación de las CCAA hará que crezca o disminuyan las diferencias entre ellas en relación a la cartera de servicios del sistema?

Con relación a ello, considera que en los próximos 10 años:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años

A23	Se homogenizarán los servicios asistenciales y de prestación farmacéutica en todas las CC.AA.	
A24	Se desvincularán las estrategias electoralistas de la gestión sanitaria, con objeto de alcanzar una racionalización de las prestaciones financiadas por el sistema	
A25	Se potenciará la fidelización al sistema de los profesionales sanitarios estructurando incentivos que optimicen la cohesión entre gestión y asistencia	
A26	Se incrementará la subfinanciación del sistema ocasionando mayores listas de espera y desviación de usuarios hacia el sector privado	
A27	Las políticas de gestión sanitaria tenderán a la externalización de servicios sanitarios como modelo de gestión indirecta	
A28	La gestión sanitaria se orientará hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para favorecer la sostenibilidad del sistema	

DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años

A29	Se homogenizarán los servicios asistenciales y de prestación farmacéutica en todas las CC.AA.	
A30	Se desvincularán las estrategias electoralistas de la gestión sanitaria, con objeto de alcanzar una racionalización de las prestaciones financiadas por el sistema	
A31	Se potenciará la fidelización al sistema de los profesionales sanitarios estructurando incentivos que optimicen la cohesión entre gestión y asistencia	
A32	Se incrementará la subfinanciación del sistema ocasionando mayores listas de espera y desviación de usuarios hacia el sector privado	
A33	Las políticas de gestión sanitaria tenderán a la externalización de servicios sanitarios como modelo de gestión indirecta	
A34	La gestión sanitaria se orientará hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para favorecer la sostenibilidad del sistema	

GRADO DE ESPECIALIDAD

AE4	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
AE4	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
AE4	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
AE4	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
AE4	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE B1. FINANCIADORES

Respecto al gasto farmacéutico, las Autoridades Sanitarias tienen capacidad de regular la oferta mediante la financiación selectiva de nuevos medicamentos y herramientas de ayuda a la prescripción informatizada

Considera que en los próximos 10 años, las autoridades sanitarias van a incidir en:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años

B01	Favorecer la utilización de genéricos, incrementando los incentivos por su prescripción	
B02	Aplicar criterios de contención del gasto a la hora de recomendar los medicamentos más adecuados por patologías, incluyéndose sistemáticamente las opciones terapéuticas que presenten un menor coste/día	
B03	Facilitar al prescriptor criterios de valor terapéutico añadido, incremento en cantidad y calidad de vida, y cumplimiento terapéutico en la selección del tratamiento	
B04	Incrementar las listas negativas de medicamentos o no incluir como reembolsables aquellos medicamentos que no sean suficientemente innovadores	
B05	Aumentar el número de medicamentos sometidos a visado médico, aprovechando la receta electrónica	
B06	Incluir la evaluación coste-efectividad de los nuevos fármacos antes de decidir su financiación pública	

DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años

B07	Favorecer la utilización de genéricos, incrementando los incentivos por su prescripción	
B08	Aplicar criterios de contención del gasto a la hora de recomendar los medicamentos más adecuados por patologías, incluyéndose sistemáticamente las opciones terapéuticas que presenten un menor coste/día	
B09	Facilitar al prescriptor criterios de valor terapéutico añadido, incremento en cantidad y calidad de vida, y cumplimiento terapéutico en la selección del tratamiento	
B10	Incrementar las listas negativas de medicamentos o no incluir como reembolsables aquellos medicamentos que no sean suficientemente innovadores	
B11	Aumentar el número de medicamentos sometidos a visado médico, aprovechando la receta electrónica	
B12	Incluir la evaluación coste-efectividad de los nuevos fármacos antes de decidir su financiación pública	

GRADO DE ESPECIALIDAD

BE1	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
BE1	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
BE1	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
BE1	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
BE1	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE B2. FINANCIADORES

Respecto a la demanda de medicamentos en los próximos 10 años, considera que las autoridades sanitarias van a incidir en:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años

B13	Implantar la prescripción según las guías farmacoterapéuticas consensuadas, con la consiguiente repercusión en la autonomía de los profesionales sanitarios	
B14	Proponer un techo de gasto a los prescriptores, al margen de su productividad, volumen y composición de su actividad	
B15	Obligar a las oficinas de farmacia a la sustitución de medicamentos por aquellos de la misma composición y de menor precio dentro de una lista cerrada, revisable periódicamente	
B16	Incrementar los incentivos económicos a prescriptores por la consecución de objetivos eficientes en salud	
B17	Implantar más programas formativos e informativos en materia de uso adecuado o racional del medicamento entre la población	

DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años

B18	Implantar la prescripción según las guías farmacoterapéuticas consensuadas, con la consiguiente repercusión en la autonomía de los profesionales sanitarios	
B19	Proponer un techo de gasto a los prescriptores, al margen de su productividad, volumen y composición de su actividad	
B20	Obligar a las oficinas de farmacia a la sustitución de medicamentos por aquellos de la misma composición y de menor precio dentro de una lista cerrada, revisable periódicamente	
B21	Incrementar los incentivos económicos a prescriptores por la consecución de objetivos eficientes en salud	
B22	Implantar más programas formativos e informativos en materia de uso adecuado o racional del medicamento entre la población	

GRADO DE ESPECIALIDAD

BE2	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
BE2	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
BE2	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
BE2	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
BE2	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE B3. FINANCIADORES

Según los resultados de un estudio sobre 'Confianza en el Sistema Nacional de Salud' elaborado en 2006 por la Fundación Josep Laporte y la Universidad de Harvard, un 47% de los españoles aceptaría el copago adicional de 1 euro por receta médica para contribuir a la financiación del Sistema Nacional de Salud.

¿Considera que en los próximos diez años se implementará un copago adicional por receta para determinados medicamentos, en función de la cronicidad de la patología para la que está indicada y su gravedad, duración y secuelas?:

PRONOSTICADO: Escoja la opción que sea mas probable o crea que podría ser aplicada en los próximos 10 años		
B23	No. Puede plantear problemas de acceso y equidad	
B23	Sí, para los medicamentos que no sean genéricos, aplicado a la totalidad de activos y pensionistas	
B23	Sí, de 1-2 euros por receta, aplicado gradualmente a activos y pensionistas, ajustando en función del IRPF	
B23	Sí, de 1-2 euros por receta, aplicado gradualmente a la totalidad de activos y pensionistas	
DESEADO: Escoja la opción que considere más deseable o que le gustaría que fuera para los próximos 10 años		
B24	No. Puede plantear problemas de acceso y equidad	
B24	Sí, para los medicamentos que no sean genéricos, aplicado a la totalidad de activos y pensionistas	
B24	Sí, de 1-2 euros por receta, aplicado gradualmente a activos y pensionistas, ajustando en función del IRPF	
B24	Sí, de 1-2 euros por receta, aplicado gradualmente a la totalidad de activos y pensionistas	
GRADO DE ESPECIALIDAD		
BE3	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
BE3	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
BE3	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
BE3	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
BE3	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE B4. FINANCIADORES

Dos de las variables que contribuyen a incrementar el gasto sanitario son la presión asistencial (nº consultas/día) y la frecuentación a la red asistencial (nº consultas/asegurado).

¿Considera que en los próximos 10 años la implementación del copago por acto asistencial podría reducir el efecto de estas variables?:

PRONOSTICADO: Escoja la opción que refleje lo mas probable o crea que podría pasar si se aplica el copago en los próximos 10 años

B25	No	
B25	Sí, pagando el paciente entre 1 y 3 euros, en función de la gravedad y cronicidad de la patología y tipo de servicio (AP, hospital, urgencias), aplicado de manera gradual	
B25	Sí, pagando el paciente una cantidad no limitada de euros, en función de la gravedad y cronicidad de la patología y tipo de servicio (AP, hospital, urgencias), aplicado de manera gradual	

DESEADO: Escoja la opción que considere más deseable o que mas le gustaría que fuera si se aplicase el copago para los próximos 10 años

B26	No	
B26	Sí, pagando el paciente entre 1 y 3 euros, en función de la gravedad y cronicidad de la patología y tipo de servicio (AP, hospital, urgencias), aplicado de manera gradual	
B26	Sí, pagando el paciente una cantidad no limitada de euros, en función de la gravedad y cronicidad de la patología y tipo de servicio (AP, hospital, urgencias), aplicado de manera gradual	

GRADO DE ESPECIALIDAD

BE4	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
BE4	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
BE4	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
BE4	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
BE4	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE C1. PRESCRIPTORES

La atención primaria (AP) es el pilar básico de relación sanitaria entre el usuario y el sistema sanitario. La mejora en la calidad asistencial y la optimización del empleo de los recursos asistenciales y los medicamentos es fundamental para alcanzar mayores cuotas de salud que resulten sostenibles

¿Cómo puede contribuir la AP a mejorar la eficiencia en el gasto farmacéutico en los próximos 10 años?:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años

C01	Incrementando la coordinación de los recursos humanos multidisciplinares disponibles (médicos, farmacéutico de área, enfermeras, fisioterapeutas, matronas, asistentes sociales)	
C02	Potenciando la capacidad de supervisión del proceso asistencial por parte de la AP, con el apoyo de las TIC (telemedicina, historia clínica informatizada, sistemas de información sobre prescripción)	
C03	Incrementando el tiempo medio asignado por visita	
C04	Reduciendo la presión asistencial mediante la potenciación de cuidados ambulatorios alternativos (cuidado domiciliario, enfermería para crónicos, etc.)	
C05	Realizando una gestión eficaz del seguimiento de pacientes procedentes de AE (duplicidad de tratamientos, interacciones, RAM)	
C06	Apoyándose en el farmacéutico de área para conseguir una utilización óptima de los medicamentos	

DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años

C07	Incrementando la coordinación de los recursos humanos multidisciplinares disponibles (médicos, farmacéutico de área, enfermeras, fisioterapeutas, matronas, asistentes sociales)	
C08	Potenciando la capacidad de supervisión del proceso asistencial por parte de la AP, con el apoyo de las TIC (telemedicina, historia clínica informatizada, sistemas de información sobre prescripción)	
C09	Incrementando el tiempo medio asignado por visita	
C10	Reduciendo la presión asistencial mediante la potenciación de cuidados ambulatorios alternativos (cuidado domiciliario, enfermería para crónicos, etc.)	
C11	Realizando una gestión eficaz del seguimiento de pacientes procedentes de AE (duplicidad de tratamientos, interacciones, RAM)	
C12	Apoyándose en el farmacéutico de área para conseguir una utilización óptima de los medicamentos	

GRADO DE ESPECIALIDAD

CE1	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
CE1	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
CE1	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
CE1	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
CE1	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE C2. PRESCRIPTORES

En materia de incentivos salariales, el Equipo de Atención Primaria (EAP) puede recibir una incentivación económica

¿Considera que en los próximos 10 años se debería mejorar el sistema de incentivación para reducir el gasto farmacéutico?:

PRONOSTICADO: escoja la opción que crea mas probable, lo que en su opinión, se producirá en los 10 próximos años

C13	No	
C13	Sí, incrementar hasta un 20% la parte variable sobre la retribución fija	
C13	Sí, incrementar entre un 20-30% la parte variable sobre la retribución fija	
C13	Sí, incrementar entre un 30-40% la parte variable sobre la retribución fija	
C13	Sí, incrementar entre un 40-50% la parte variable sobre la retribución fija	
C13	Sí. Estableciendo otros criterios de incentivación: promoción profesional, formación, descanso compensatorio	

DESEADO: escoja la opción que crea más deseable o lo que le gustaría que fuera en los próximos 10 años

C14	No	
C14	Sí, incrementar hasta un 20% la parte variable sobre la retribución fija	
C14	Sí, incrementar entre un 20-30% la parte variable sobre la retribución fija	
C14	Sí, incrementar entre un 30-40% la parte variable sobre la retribución fija	
C14	Sí, incrementar entre un 40-50% la parte variable sobre la retribución fija	
C14	Sí. Estableciendo otros criterios de incentivación: promoción profesional, formación, descanso compensatorio	

GRADO DE ESPECIALIDAD

CE2	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
CE2	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
CE2	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
CE2	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
CE2	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE C3. PRESCRIPTORES

Los protocolos y las guías terapéuticas son herramientas para apoyar el uso adecuado de los medicamentos.

En España hay muchos protocolos y guías terapéuticas, auspiciados por distintos organismos, exhibiendo metodologías y calidades muy dispares, sin que hayan sido evaluados de un modo homogéneo.

Respecto a la utilización de guías farmacoterapéuticas, indique cómo contribuirá su utilización en los próximos 10 años:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años		
C15	Contribuirá a una mejor utilización de los recursos y a un uso racional del medicamento	
C16	En el diseño de las guías farmacoterapéuticas se deberá complementar con datos sobre la utilidad terapéutica la información de eficacia, seguridad y coste/día utilizada actualmente	
C17	Se deberá exigir al médico una prescripción ajustada a guías farmacoterapéuticas consensuadas	
C18	Reducirá la variabilidad de la prescripción y mejorará la calidad asistencial con criterios de medicina basada en la evidencia	
C19	Se exigirá el cumplimiento de las guías farmacoterapéuticas en las patologías de mayor prevalencia	
C20	Se potenciará la figura de farmacéutico de área para la elaboración y homogenización de guías farmacoterapéuticas	
DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años		
C21	Contribuirá a una mejor utilización de los recursos y a un uso racional del medicamento	
C22	En el diseño de las guías farmacoterapéuticas se deberá complementar con datos sobre la utilidad terapéutica la información de eficacia, seguridad y coste/día utilizada actualmente	
C23	Se deberá exigir al médico una prescripción ajustada a guías farmacoterapéuticas consensuadas	
C24	Reducirá la variabilidad de la prescripción y mejorará la calidad asistencial con criterios de medicina basada en la evidencia	
C25	Se exigirá el cumplimiento de las guías farmacoterapéuticas en las patologías de mayor prevalencia	
C26	Se potenciará la figura de farmacéutico de área para la elaboración y homogenización de guías farmacoterapéuticas	
GRADO DE ESPECIALIDAD		
CE3	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
CE3	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
CE3	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
CE3	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
CE3	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE C4. PRESCRIPTORES

En España, la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios contempla que los médicos y odontólogos son los únicos profesionales facultados para ordenar la prescripción de medicamentos.

Se prevé que el MSC establezca la relación de medicamentos y productos sanitarios que puedan ser prescritos por enfermeros y podólogos. Son previsibles distintos grados de protocolización.

Considera que en los próximos 10 años, la “prescripción enfermera” va a evolucionar hacia:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años		
C27	Prescripción enfermera independiente, con un “listado restringido” a algunos medicamentos	
C28	Prescripción enfermera independiente, con un “listado restringido”, que exija experiencia previa y acreditación específica	
C29	Prescripción enfermera dependiente/colaborativa/semiautónoma/complementaria/suplementaria, que permita cambiar dosis o frecuencia, tras una prescripción médica inicial, para el seguimiento de crónicos	
C30	Prescripción o indicación bajo un protocolo de grupo elaborado por profesionales interdisciplinarios	
C31	Prescripción de tiempo y dosis, bajo protocolo, para cuidados muy específicos (salud mental, diabetes, etc.)	
DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sería deseable en los próximos 10 años		
C32	Prescripción enfermera independiente, con un “listado restringido” a algunos medicamentos	
C33	Prescripción enfermera independiente, con un “listado restringido”, que exija experiencia previa y acreditación específica	
C34	Prescripción enfermera dependiente/colaborativa/semiautónoma/complementaria/suplementaria, que permita cambiar dosis o frecuencia, tras una prescripción médica inicial, para el seguimiento de crónicos	
C35	Prescripción o indicación bajo un protocolo de grupo elaborado por profesionales interdisciplinarios	
C36	Prescripción de tiempo y dosis, bajo protocolo, para cuidados muy específicos (salud mental, diabetes, etc.)	
GRADO DE ESPECIALIDAD		
CE4	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
CE4	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
CE4	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
CE4	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
CE4	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE D1. FARMACÉUTICOS

Considera que la atención que realiza el farmacéutico en la oficina de farmacia, evolucionará en los próximos 10 años hacia:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años

D01	Seguirá siendo igual que la actual	
D02	Dispensación de medicamentos, control de condiciones de almacenamiento, facturación de recetas	
D03	Educación Sanitaria a la población tanto en la oficina de farmacia como a determinados colectivos y de forma integrada en el Sistema Nacional de Salud	
D04	Dispensación activa siguiendo protocolos consensuados	
D05	Mayor papel en la sustitución de medicamentos	
D06	Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes	
D07	Al ser el profesional que entrega el medicamento al paciente, la interacción en red con los equipos de atención médica (primaria, especializada, hospitalaria) será fundamental para coordinar las intervenciones profesionales cuando se detecte un problema relacionado con el medicamento	

DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría fuera o sería deseable en los próximos 10 años

D08	Seguirá siendo igual que la actual	
D09	Dispensación de medicamentos, control de condiciones de almacenamiento, facturación de recetas	
D10	Educación Sanitaria a la población tanto en la oficina de farmacia como a determinados colectivos y de forma integrada en el Sistema Nacional de Salud	
D11	Dispensación activa siguiendo protocolos consensuados	
D12	Mayor papel en la sustitución de medicamentos	
D13	Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes	
D14	Al ser el profesional que entrega el medicamento al paciente, la interacción en red con los equipos de atención médica (primaria, especializada, hospitalaria) será fundamental para coordinar las intervenciones profesionales cuando se detecte un problema relacionado con el medicamento	

GRADO DE ESPECIALIDAD

DE1	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
DE1	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
DE1	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
DE1	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
DE1	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE D2. FARMACÉUTICOS

El actual sistema de márgenes de farmacia es un sistema básicamente orientado al producto, que retribuye la dispensación de la Oficina de Farmacia con una cantidad proporcional al precio de cada producto

¿Qué posibilidades / opciones considera que tienen las siguientes medidas para que en los próximos 10 años puedan implantarse en el funcionamiento de la Oficina de Farmacia?:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años		
D15	Un cambio de la remuneración del farmacéutico en la oficina de farmacia en función de los servicios sanitarios que presta, agregando una tarifa fija por dispensación	
D16	Una modificación del modelo actual, fijando el Gobierno los precios máximos de dispensación, pero desregulando los márgenes de distribución y farmacia	
D17	Un sistema mas eficaz que el RD Ley 5/2000, que permita subvencionar a las oficinas no rentables	
D18	La aplicación de criterios de remuneración diferenciales a los farmacéuticos ubicados en poblaciones pequeñas, para así contribuir a su sostenibilidad	
D19	Un sistema retributivo que fomente la profesionalidad del farmacéutico y la garantía del uso racional del medicamento	
DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años		
D20	Un cambio de la remuneración del farmacéutico en la oficina de farmacia en función de los servicios sanitarios que presta, agregando una tarifa fija por dispensación	
D21	Una modificación del modelo actual, fijando el Gobierno los precios máximos de dispensación, pero desregulando los márgenes de distribución y farmacia	
D22	Un sistema mas eficaz que el RD Ley 5/2000, que permita subvencionar a las oficinas no rentables	
D23	La aplicación de criterios de remuneración diferenciales a los farmacéuticos ubicados en poblaciones pequeñas, para así contribuir a su sostenibilidad	
D24	Un sistema retributivo que fomente la profesionalidad del farmacéutico y la garantía del uso racional del medicamento	
GRADO DE ESPECIALIDAD		
DE2	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
DE2	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
DE2	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
DE2	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
DE2	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE D3. FARMACÉUTICOS

Indique cómo cree que van a evolucionar las funciones del farmacéutico en Atención Primaria (AP) en los próximos 10 años:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años		
D25	Intervenir mas activamente en la gestión del uso del medicamento como un bien preciado	
D26	Acceder a la explotación de datos de la historia clínica del paciente para proponer las soluciones farmacoterapéuticas más adecuadas	
D27	Integrarse como personal asistencial del equipo multidisciplinar de AP, evaluando resultados de tratamientos, proponiendo su adecuación y detectando problemas relacionados con los medicamentos	
D28	Evaluación crítica de nuevos tratamientos, de su evidencia científica y su interpretación en la práctica clínica mediante el uso de indicadores consensuados	
D29	Intervenir en las visitas que organizan los laboratorios para presentar a los médicos nuevos tratamientos o nuevas indicaciones de los mismos	
D30	Participar como especialistas en sesiones farmacoterapéuticas organizadas dentro de programas concretos (acuerdo de gestión, reacciones adversas, uso racional de medicamentos, etc.)	
D31	Participar en la toma de decisiones de la Administración Sanitaria en materia de política farmacéutica	
D32	Promover y coordinar trabajos de investigación relacionados con el empleo de fármacos	
D33	Participar como experto en el análisis de aspectos de política farmacéutica en su vertiente clínica, económica y social	
D34	Disponer de al menos 1farmacéutico por cada Equipo de AP, para poder atender sus funciones	
DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años		
D35	Intervenir mas activamente en la gestión del uso del medicamento como un bien preciado	
D36	Acceder a la explotación de datos de la historia clínica del paciente para proponer las soluciones farmacoterapéuticas más adecuadas	
D37	Integrarse como personal asistencial del equipo multidisciplinar de AP, evaluando resultados de tratamientos, proponiendo su adecuación y detectando problemas relacionados con los medicamentos	
D38	Evaluación crítica de nuevos tratamientos, de su evidencia científica y su interpretación en la práctica clínica mediante el uso de indicadores consensuados	
D39	Intervenir en las visitas que organizan los laboratorios para presentar a los médicos nuevos tratamientos o nuevas indicaciones de los mismos	
D40	Participar como especialistas en sesiones farmacoterapéuticas organizadas dentro de programas concretos (acuerdo de gestión, reacciones adversas, uso racional de medicamentos, etc.)	
D41	Participar en la toma de decisiones de la Administración Sanitaria en materia de política farmacéutica	
D42	Promover y coordinar trabajos de investigación relacionados con el empleo de fármacos	
D43	Participar como experto en el análisis de aspectos de política farmacéutica en su vertiente clínica, económica y social	
D44	Disponer de al menos 1farmacéutico por cada Equipo de AP, para poder atender sus funciones	
GRADO DE ESPECIALIDAD		
DE3	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
DE3	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
DE3	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
DE3	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
DE3	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE D4. FARMACÉUTICOS

En 2007, el gasto farmacéutico hospitalario alcanzó entre el 21 y 22% del total del gasto farmacéutico público
¿Qué cuantía considera que representará el gasto farmacéutico hospitalario respecto al gasto total farmacéutico público en los próximos 10 años?:

PRONOSTICADO: indique la cuantía en la que cree que evolucionará el gasto farmacéutico hospitalario respecto al gasto farmacéutico público en los próximos 10 años		
D45	Menos del 20% del gasto farmacéutico público	
D45	Entre un 20-30 % del gasto farmacéutico público	
D45	Entre un 30-40 % del gasto farmacéutico público	
D45	Entre un 40-50 % del gasto farmacéutico público	
D45	Más del 50% del gasto farmacéutico público	
DESEADO: indique la cuantía en la que le gustaría / sería deseable que evolucionará el gasto farmacéutico hospitalario respecto al gasto farmacéutico público en los próximos 10 años		
D46	Menos del 20% del gasto farmacéutico público	
D46	Entre un 20-30 % del gasto farmacéutico público	
D46	Entre un 30-40 % del gasto farmacéutico público	
D46	Entre un 40-50 % del gasto farmacéutico público	
D46	Más del 50% del gasto farmacéutico público	
GRADO DE ESPECIALIDAD		
DE4	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
DE4	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
DE4	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
DE4	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
DE4	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE D5. FARMACÉUTICOS

En España, la distribución y dispensación de medicamentos está regulada por la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y por las distintas leyes de ordenación farmacéutica aprobadas en las CCAA.

La legislación actual establece que la custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponderá exclusivamente a las oficinas de farmacia abiertas al público, legalmente autorizadas, a los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria (AP) del Sistema Nacional de Salud para su aplicación dentro de dichas instituciones.

Considera que en los próximos 10 años, las medidas legislativas en esta materia se orientarán hacia:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años

D47	Desvincular la propiedad y titularidad de la oficina de farmacia a un farmacéutico, pudiendo ostentarla otros agentes que no sean farmacéuticos, pero exigiendo la actuación presencial de al menos un farmacéutico	
D48	Desregularizar el mercado de las especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP), permitiendo la venta fuera del canal de la farmacia, y por tanto, sin exigirse la presencia y actuación profesional del farmacéutico	
D49	Ampliar el número de oficinas de farmacia, de un modo regulado, pero mas flexible, por población, distancias, distribución geográfica y zonas (rurales, urbanas, turísticas)	
D50	Permitir la apertura libre de oficinas de farmacia, sin regulación por población, distancias, distribución geográfica y zona	

DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años

D51	Desvincular la propiedad y titularidad de la oficina de farmacia a un farmacéutico, pudiendo ostentarla otros agentes que no sean farmacéuticos, pero exigiendo la actuación presencial de al menos un farmacéutico	
D52	Desregularizar el mercado de las especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP), permitiendo la venta fuera del canal de la farmacia, y por tanto, sin exigirse la presencia y actuación profesional del farmacéutico	
D53	Ampliar el número de oficinas de farmacia, de un modo regulado, pero mas flexible, por población, distancias, distribución geográfica y zonas (rurales, urbanas, turísticas)	
D54	Permitir la apertura libre de oficinas de farmacia, sin regulación por población, distancias, distribución geográfica y zona	

GRADO DE ESPECIALIDAD

DE5	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
DE5	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
DE5	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
DE5	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
DE5	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE D6. FARMACÉUTICOS

La venta de medicamentos por internet se ha incrementado considerablemente en los últimos años.

Considera que en los próximos 10 años, las medidas legislativas en esta materia se orientarán hacia:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años

D55	Se incrementará la venta por internet de medicamentos no dispensados a través del canal de la farmacia en España	
D56	Se incrementará la venta ilegal de fármacos de prescripción sin la receta de un médico, a través de ciberfarmacias	
D57	Se adoptarán medidas para fomentar el desarrollo de servicios en las farmacias tradicionales, dado el valor añadido que aporta la relación directa farmacéutico-paciente	
D58	Se adoptarán medidas legislativas para suprimir las páginas web de venta de fármacos y para concienciar a la población de los riesgos que entraña la adquisición de medicamentos éticos sin receta y en lugares no autorizados	
D59	Se regulará un registro de farmacias tradicionales y <i>on line</i>	
D60	Se creará un sello de calidad que sirva como acreditación a las farmacias <i>on line</i>	
D61	Se exigirán requisitos a los profesionales sanitarios que presten sus servicios a través de farmacias <i>on line</i>	

DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años

D62	Se incrementará la venta por internet de medicamentos no dispensados a través del canal de la farmacia en España	
D63	Se incrementará la venta ilegal de fármacos de prescripción sin la receta de un médico, a través de ciberfarmacias	
D64	Se adoptarán medidas para fomentar el desarrollo de servicios en las farmacias tradicionales, dado el valor añadido que aporta la relación directa farmacéutico-paciente	
D65	Se adoptarán medidas legislativas para suprimir las páginas web de venta de fármacos y para concienciar a la población de los riesgos que entraña la adquisición de medicamentos éticos sin receta y en lugares no autorizados	
D66	Se regulará un registro de farmacias tradicionales y <i>on line</i>	
D67	Se creará un sello de calidad que sirva como acreditación a las farmacias <i>on line</i>	
D68	Se exigirán requisitos a los profesionales sanitarios que presten sus servicios a través de farmacias <i>on line</i>	

GRADO DE ESPECIALIDAD

DE6	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
DE6	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
DE6	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
DE6	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
DE6	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE E1. COLEGIOS PROFESIONALES

¿Qué grado de consenso se va a propiciar en los próximos 10 años entre la Administración Sanitaria y los Colegios Profesionales de Farmacéuticos?

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años

E01	Las Administraciones Sanitarias concertarán la prestación de servicios con el Colegio Profesional de Farmacéuticos con una política clara de relación coste-beneficio	
E02	Las Administraciones Sanitarias tenderán a desviar el gasto de medicamentos ambulatorios hacia la farmacia hospitalaria como "medicamentos de uso hospitalario"	
E03	Las Administraciones Sanitarias tenderán a incrementar la exigencia del visado o a exigir la prescripción por especialistas	
E04	Las Administraciones Sanitarias crearán servicios farmacéuticos en los centros de atención primaria y especializada para dispensación a pacientes ambulatorios	
E05	Las Administraciones Sanitarias concertarán directamente con la Oficina de Farmacia la cartera de servicios y no a través de los Colegios Profesionales	

DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años

E06	Las Administraciones Sanitarias concertarán la prestación de servicios con el Colegio Profesional de Farmacéuticos con una política clara de relación coste-beneficio	
E07	Las Administraciones Sanitarias tenderán a desviar el gasto de medicamentos ambulatorios hacia la farmacia hospitalaria como "medicamentos de uso hospitalario"	
E08	Las Administraciones Sanitarias tenderán a incrementar la exigencia del visado o a exigir la prescripción por especialistas	
E09	Las Administraciones Sanitarias crearán servicios farmacéuticos en los centros de atención primaria y especializada para dispensación a pacientes ambulatorios	
E10	Las Administraciones Sanitarias concertarán directamente con la Oficina de Farmacia la cartera de servicios y no a través de los Colegios Profesionales	
E11	Las Administraciones Sanitarias concertarán la prestación de servicios con el Colegio Profesional de Farmacéuticos con una política clara de relación coste-beneficio	

GRADO DE ESPECIALIDAD

EE1	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
EE1	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
EE1	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
EE1	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
EE1	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE F1. DISTRIBUCIÓN

La Ley 29/2006 permite la distribución directa desde los laboratorios a las oficinas de farmacia. En la actualidad, algunos laboratorios tienden a suministrar medicamentos directamente a las farmacias a través de operadores logísticos, es decir, evitando a la distribución mayorista.

Considera que en los próximos 10 años, la distribución va a experimentar:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años		
F01	Una concentración reduciéndose el número de almacenes pero aumentando su fortaleza individual	
F02	Un incremento de la distribución directa de los laboratorios a la oficina de farmacia, que propiciará una "monopolización" por parte de la industria farmacéutica	
F03	Un incremento selectivo de la distribución directa de los laboratorios a la oficina de farmacia, no garantizando el suministro de medicamentos a las poblaciones más pequeñas por esta vía	
F04	Una consolidación de cadenas "virtuales" de farmacias, independientes de mayoristas y de la industria, con proyección a nivel estatal	
F05	Va a experimentar una pérdida de competitividad en comparación con los mecanismos de suministros directos de la industria	
F06	Una implantación real de la trazabilidad integral hasta el paciente, tal y como se contempla en la Ley 29/2006	
F07	Una modificación del actual margen de distribución (porcentaje del precio del producto), mediante un sistema mixto que incentive el suministro a farmacias de escasa población, en función del volumen de ventas	
DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años		
F08	Una concentración reduciéndose el número de almacenes pero aumentando su fortaleza individual	
F09	Un incremento de la distribución directa de los laboratorios a la oficina de farmacia, que propiciará una "monopolización" por parte de la industria farmacéutica	
F10	Un incremento selectivo de la distribución directa de los laboratorios a la oficina de farmacia, no garantizando el suministro de medicamentos a las poblaciones más pequeñas por esta vía	
F11	Una consolidación de cadenas "virtuales" de farmacias, independientes de mayoristas y de la industria, con proyección a nivel estatal	
F12	Va a experimentar una pérdida de competitividad en comparación con los mecanismos de suministros directos de la industria	
F13	Una implantación real de la trazabilidad integral hasta el paciente, tal y como se contempla en la Ley 29/2006	
F14	Una modificación del actual margen de distribución (porcentaje del precio del producto), mediante un sistema mixto que incentive el suministro a farmacias de escasa población, en función del volumen de ventas	
GRADO DE ESPECIALIDAD		
FE1	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
FE1	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
FE1	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
FE1	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
FE1	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE G1. INDUSTRIA FARMACÉUTICA

La legislación europea del medicamento, aprobada el 30 de Abril de 2004, ha adoptado decisiones que mejoran puntos críticos de comercialización de nuevos fármacos, pero permite que sigan aprobándose nuevos fármacos que no necesariamente sean más eficaces y/o seguros que las alternativas terapéuticas disponibles (es decir, no es obligatorio demostrar un “valor terapéutico añadido”)

¿Considera que en los próximos 10 años se va a modificar la normativa por parte de las Agencias del Medicamento?

PRONOSTICADO: Escoja la opción que cree que se aplicará, sucederá en el plazo de 10 años sobre Regulación de la comercialización de medicamentos de “Valor Terapéutico Añadido”

G01	No se regulará la exigencia de que el medicamento que se desea comercializar tenga un “valor terapéutico añadido”	
G01	Sí que se regulará la exigencia sobre “valor terapéutico añadido”, pero no antes de 3 años	
G01	Sí que se regulará la exigencia sobre “valor terapéutico añadido”, pero no antes de 5 años	
G01	Sí que se regulará la exigencia sobre “valor terapéutico añadido”, pero no antes de 8 años	
G01	Sí que se regulará la exigencia sobre “valor terapéutico añadido”, pero no antes de 10 años	

DESEADO: Escoja la opción que le gustaría o cree que debería estar aplicada en el plazo de 10 años sobre Regulación de la Innovación Terapéutica

G02	No se regulará la exigencia de que el medicamento que se desea comercializar tenga un “valor terapéutico añadido”	
G02	Sí que se regulará la exigencia sobre “valor terapéutico añadido”, pero no antes de 3 años	
G02	Sí que se regulará la exigencia sobre “valor terapéutico añadido”, pero no antes de 5 años	
G02	Sí que se regulará la exigencia sobre “valor terapéutico añadido”, pero no antes de 8 años	
G02	Sí que se regulará la exigencia sobre “valor terapéutico añadido”, pero no antes de 10 años	

GRADO DE ESPECIALIDAD

GE1	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
GE1	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
GE1	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
GE1	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
GE1	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE G2. INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Respecto a los nuevos medicamentos con valor terapéutico añadido, ¿qué intervenciones de la administración considera que se van a realizar en los próximos 10 años, afectando al impulso innovador de la industria farmacéutica?

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años

G03	Definir con criterios objetivos, explícitos y relevantes qué se va a considerar como valor terapéutico añadido con relación a las dimensiones sanitaria, terapéutica y farmacoeconómica	
G04	Decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de fijación de precios	
G05	Decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de financiación de nuevos medicamentos	
G06	Decidir cómo va a ser incorporado el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de su inclusión en formularios y guías terapéuticas	
G07	Decidir cómo va a ser incorporado el valor terapéutico añadido de forma retrospectiva a los medicamentos que ya estén en el mercado	

DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años

G08	Definir con criterios objetivos, explícitos y relevantes qué se va a considerar como valor terapéutico añadido con relación a las dimensiones sanitaria, terapéutica y farmacoeconómica	
G09	Decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de fijación de precios	
G10	Decidir cómo va a ser medido el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de financiación de nuevos medicamentos	
G11	Decidir cómo va a ser incorporado el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y cuál va a ser su peso específico a la hora de establecer políticas públicas de su inclusión en formularios y guías terapéuticas	
G12	Decidir cómo va a ser incorporado el valor terapéutico añadido de forma retrospectiva a los medicamentos que ya estén en el mercado	

GRADO DE ESPECIALIDAD

GE2	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
GE2	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
GE2	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
GE2	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
GE2	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE G3. INDUSTRIA FARMACÉUTICA

La cuota de ventas de genéricos en España, aún siendo actualmente algo menos de la mitad de la de la UE, tiende a crecer respecto a la media de la UE

Considera que en los próximos 10 años las políticas públicas sobre medicamentos genéricos:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años

G13	Se encaminarán a seguir incentivando de modo creciente la prescripción/dispensación de medicamentos genéricos a costa de discriminar a sus equivalentes de marca	
G14	Se encaminarán de modo creciente a potenciar la inclusión de fármacos en el sistema de precios de referencia, sean genéricos o no genéricos, equiparando medicamentos similares pero no idénticos	
G15	Incentivarán progresivamente a los médicos para que prescriban medicamentos genéricos cuando estos no estén incluidos en el sistema de precios de referencia	
G16	Reactivarán la incentivación a los farmacéuticos para que dispensen medicamentos genéricos	
G17	Concederán al farmacéutico clara capacidad de sustitución entre genéricos	
G18	Se encaminarán a facilitar la introducción de medicamentos genéricos con “marca de fantasía”	

DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años

G19	Se encaminarán a seguir incentivando de modo creciente la prescripción/dispensación de medicamentos genéricos a costa de discriminar a sus equivalentes de marca	
G20	Se encaminarán de modo creciente a potenciar la inclusión de fármacos en el sistema de precios de referencia, sean genéricos o no genéricos, equiparando medicamentos similares pero no idénticos	
G21	Incentivarán progresivamente a los médicos para que prescriban medicamentos genéricos cuando estos no estén incluidos en el sistema de precios de referencia	
G22	Reactivarán la incentivación a los farmacéuticos para que dispensen medicamentos genéricos	
G23	Concederán al farmacéutico clara capacidad de sustitución entre genéricos	
G24	Se encaminarán a facilitar la introducción de medicamentos genéricos con “marca de fantasía”	
G25	Se encaminarán a seguir incentivando de modo creciente la prescripción/dispensación de medicamentos genéricos a costa de discriminar a sus equivalentes de marca	

GRADO DE ESPECIALIDAD

GE3	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
GE3	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
GE3	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
GE3	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
GE3	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE G4. INDUSTRIA FARMACÉUTICA

La industria farmacéutica tiene que demostrar el grado de innovación de sus novedades frente a las autoridades reguladoras.

En muchos países europeos se están adoptando políticas de contención de costes farmacéuticos basándose en la innovación en los medicamentos.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo contempla la evaluación de la utilidad o el interés terapéutico de los nuevos medicamentos.

Considera que en los próximos 10 años, la industria farmacéutica se va a ver afectada por:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho, lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años

G26	Políticas de financiación selectiva de medicamentos: el reembolso o no del medicamento dependerá de su grado de "innovación"	
G27	Políticas encaminadas a financiar los medicamentos <i>me too</i> que salgan al mercado a un precio no superior al de los fármacos ya comercializados con los que compiten	
G28	Políticas de financiación encaminadas a potenciar exclusivamente la investigación de medicamentos de primera clase, que sean novedad absoluta	
G29	Políticas encaminadas a potenciar la innovación incremental, asumiendo que la comercialización de medicamentos <i>me too</i> favorece la competencia en precios y la competencia en I+D y revierte en una relación coste-beneficio sostenible para el financiador	
G30	Políticas encaminadas a evaluar el coste-efectividad de los nuevos fármacos antes de decidir su financiación pública	
G31	Políticas encaminadas a extender el periodo de protección industrial de patentes para que sea equiparable al del resto de Europa	

DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho, lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años

G32	Políticas de financiación selectiva de medicamentos: el reembolso o no del medicamento dependerá de su grado de "innovación"	
G33	Políticas encaminadas a financiar los medicamentos <i>me too</i> que salgan al mercado a un precio no superior al de los fármacos ya comercializados con los que compiten	
G34	Políticas de financiación encaminadas a potenciar exclusivamente la investigación de medicamentos de primera clase, que sean novedad absoluta	
G35	Políticas encaminadas a potenciar la innovación incremental, asumiendo que la comercialización de medicamentos <i>me too</i> favorece la competencia en precios y la competencia en I+D y revierte en una relación coste-beneficio sostenible para el financiador	
G36	Políticas encaminadas a evaluar el coste-efectividad de los nuevos fármacos antes de decidir su financiación pública	
G37	Políticas encaminadas a extender el periodo de protección industrial de patentes para que sea equiparable al del resto de Europa	

GRADO DE ESPECIALIDAD

GE4	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
GE4	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
GE4	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
GE4	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
GE4	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE G5. INDUSTRIA FARMACÉUTICA

En relación con la innovación de medicamentos, considera que en los próximos 10 años:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años		
G38	La industria farmacéutica experimentará una recesión debido a la reducción de los incentivos para invertir en innovación, dada la incertidumbre que rodea al proceso de I+D (incertidumbre en la propia investigación e incertidumbre por la post-comercialización)	
G39	La industria farmacéutica orientará mas sus inversiones hacia países con incentivos a la I+D	
G40	Se regulará la reinversión de parte de los beneficios de los laboratorios en la investigación de nuevos fármacos	
G41	Se regulará la reinversión de los beneficios de los laboratorios en la investigación de nuevos fármacos para "enfermedades raras" para garantizar la equidad del Sistema Sanitario	
G42	Se exigirá absoluta transparencia y objetividad en los ensayos clínicos, tanto en los financiados con fondos públicos como privados	
G43	Se exigirá la realización de ensayos clínicos que comparen los nuevos fármacos frente al mejor tratamiento existente para una indicación determinada, y no frente a placebo	
DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años		
G44	La industria farmacéutica experimentará una recesión debido a la reducción de los incentivos para invertir en innovación, dada la incertidumbre que rodea al proceso de I+D (incertidumbre en la propia investigación e incertidumbre por la post-comercialización)	
G45	La industria farmacéutica orientará mas sus inversiones hacia países con incentivos a la I+D	
G46	Se regulará la reinversión de parte de los beneficios de los laboratorios en la investigación de nuevos fármacos	
G47	Se regulará la reinversión de los beneficios de los laboratorios en la investigación de nuevos fármacos para "enfermedades raras" para garantizar la equidad del Sistema Sanitario	
G48	Se exigirá absoluta transparencia y objetividad en los ensayos clínicos, tanto en los financiados con fondos públicos como privados	
G49	Se exigirá la realización de ensayos clínicos que comparen los nuevos fármacos frente al mejor tratamiento existente para una indicación determinada, y no frente a placebo	
GRADO DE ESPECIALIDAD		
GE5	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
GE5	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
GE5	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
GE5	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
GE5	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE H1. COMUNIDAD INVESTIGADORA

La medicina individualizada, basada en los desarrollos de la genómica, la farmacogenética y la bioinformática, permitirá diseñar tratamientos adecuados al perfil genético de los pacientes, más eficaces y con menos efectos adversos. Esto redundará en mejoras notables en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades

Serán necesarios cambios estructurales, políticos y económicos para integrar esta medicina individualizada en el Sistema Nacional de Salud y desarrollar una formación específica para los profesionales de la salud

¿Cómo considera la evolución de la medicina individualizada en los próximos 10 años?:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años

H01	Se mantendrán las tendencias actuales (incremento de tiempos y costes de desarrollo), con el consiguiente acortamiento del período de explotación comercial y reducción de beneficios	
H02	La sanidad pública incorporará los conocimientos en genética y genómica a las guías de manejo integral de las diferentes enfermedades, y promoverá el uso racional de los recursos sanitarios	
H03	La mayor eficacia de los fármacos desarrollados contribuirá a aumentar la adopción de los mismos en el sistema de financiación sanitaria	
H04	La sanidad pública potenciará la prescripción de fármacos presintomáticos, merced a la integración de la información clínica y genómica con las bases de datos de pacientes	

DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años

H05	Se mantendrán las tendencias actuales (incremento de tiempos y costes de desarrollo), con el consiguiente acortamiento del período de explotación comercial y reducción de beneficios	
H06	La sanidad pública incorporará los conocimientos en genética y genómica a las guías de manejo integral de las diferentes enfermedades, y promoverá el uso racional de los recursos sanitarios	
H07	La mayor eficacia de los fármacos desarrollados contribuirá a aumentar la adopción de los mismos en el sistema de financiación sanitaria	
H08	La sanidad pública potenciará la prescripción de fármacos presintomáticos, merced a la integración de la información clínica y genómica con las bases de datos de pacientes	

GRADO DE ESPECIALIDAD

HE1	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
HE1	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
HE1	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
HE1	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
HE1	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE H2. COMUNIDAD INVESTIGADORA

Los medicamentos biológicos representan ya algo más del 50% de las nuevas moléculas en desarrollo. Cada vez más pacientes son tratados con este tipo de fármacos, que alcanzan en torno al 30% del gasto farmacéutico de los hospitales españoles.

¿Qué evolución cree que va a experimentar el escenario de medicamentos biotecnológicos en los próximos 10 años?:

PRONOSTICADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que sea más probable, puede suceder en los próximos 10 años

H09	La industria farmacéutica desarrollará fármacos adaptados al tipo de enfermedad y al perfil genético del paciente (farmacogenómica)	
H10	Los medicamentos biotecnológicos tendrán un elevado coste y la sanidad pública no podrá financiarlos por lo que habrá que recurrir a subidas de impuestos o aseguramientos complementarios	
H11	La sanidad pública financiará los medicamentos biotecnológicos para determinadas enfermedades, valorando la relación entre el coste (mayor precio) y el beneficio (menores efectos secundarios y menor coste socio-sanitario)	
H12	La sanidad pública exigirá tests diagnósticos positivos como condición para su prescripción	

DESEADO: valore cada ítem de 1 = nada a 5 = mucho lo que le gustaría que fuera o sería deseable en los próximos 10 años

H13	La industria farmacéutica desarrollará fármacos adaptados al tipo de enfermedad y al perfil genético del paciente (farmacogenómica)	
H14	Los medicamentos biotecnológicos tendrán un elevado coste y la sanidad pública no podrá financiarlos por lo que habrá que recurrir a subidas de impuestos o aseguramientos complementarios	
H15	La sanidad pública financiará los medicamentos biotecnológicos para determinadas enfermedades, valorando la relación entre el coste (mayor precio) y el beneficio (menores efectos secundarios y menor coste socio-sanitario)	
H16	La sanidad pública exigirá tests diagnósticos positivos como condición para su prescripción	

GRADO DE ESPECIALIDAD

HE2	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
HE2	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
HE2	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
HE2	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
HE2	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE II. COMITÉS DE EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS

Respecto a los comités de evaluación de nuevos medicamentos de las Comunidades Autónomas, ¿qué papel considera que van a desempeñar en los próximos 10 años?

PRONOSTICADO: Escoja la opción más probable, la que prevé y crea en su opinión, que podría ser aplicada en los próximos 10 años		
I01	Se potenciará su papel, extendiéndose de forma coordinada la practica totalidad de los servicios de salud de las comunidades autónomas	
I01	Desaparecerán porque los profesionales que trabajan en este area se integraran como expertos en el comité sobre utilidad terapéutica, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo	
I01	Cada comunidad autónoma creará su propio comité con criterios de trabajo diferentes cada vez mas restrictivos	
I01	Se realizarán trabajos de evaluación de subgrupos terapéuticos de medicamentos, estableciendo el lugar en terapéutica de los principios activos que los componen	
I01	Ampliarán su campo de actuación hacia medicamentos utilizados en el ámbito hospitalario	
DESEADO: Escoja la opción que le gustaría que fuera o considere más deseable para los próximos 10 años		
I02	Se potenciará su papel, extendiéndose de forma coordinada la practica totalidad de los servicios de salud de las comunidades autónomas	
I02	Desaparecerán porque los profesionales que trabajan en este area se integraran como expertos en el comité sobre utilidad terapéutica, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo	
I02	Cada comunidad autónoma creará su propio comité con criterios de trabajo diferentes cada vez mas restrictivos	
I02	Se realizarán trabajos de evaluación de subgrupos terapéuticos de medicamentos, estableciendo el lugar en terapéutica de los principios activos que los componen	
I02	Ampliarán su campo de actuación hacia medicamentos utilizados en el ámbito hospitalario	
GRADO DE ESPECIALIDAD		
IE1	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
IE1	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
IE1	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
IE1	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
IE1	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE 12. EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS

¿Cree que los resultados de la evaluación económica (relación entre el coste y la efectividad) de los medicamentos y tecnologías médicas va a jugar un papel importante en las decisiones públicas de precios y de cobertura en los próximos 10 años?

PRONOSTICADO: Escoja la opción más probable, la que prevé y crea en su opinión, que podría ser aplicada en los próximos 10 años		
I03	Sí, pero sólo para fijar precios y nunca para influir en las decisiones de exclusión de la financiación pública	
I03	Sí, pero esto sólo afectará a los medicamentos y no a las tecnologías médicas	
I03	Sí, pero la relación entre el coste y la efectividad únicamente será tomada en cuenta en las decisiones de las Comunidades Autónomas	
I03	Sí, pero la relación coste-efectividad sólo servirá para realizar recomendaciones a los prescriptores y no influirá ni en los precios ni en la decisión de inclusión/exclusión de la cobertura pública	
I03	No, los criterios económicos (relación coste-efectividad) no jugarán ningún papel en las decisiones de precios, cobertura y acceso a los medicamentos	
DESEADO: Escoja la opción que le gustaría que fuera o considere más deseable para los próximos 10 años		
I04	Sí, pero sólo para fijar precios y nunca para influir en las decisiones de exclusión de la financiación pública	
I04	Sí, pero esto sólo afectará a los medicamentos y no a las tecnologías médicas	
I04	Sí, pero la relación entre el coste y la efectividad únicamente será tomada en cuenta en las decisiones de las Comunidades Autónomas	
I04	Sí, pero la relación coste-efectividad sólo servirá para realizar recomendaciones a los prescriptores y no influirá ni en los precios ni en la decisión de inclusión/exclusión de la cobertura pública	
I04	No, los criterios económicos (relación coste-efectividad) no jugarán ningún papel en las decisiones de precios, cobertura y acceso a los medicamentos	
GRADO DE ESPECIALIDAD		
IE2	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
IE2	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
IE2	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
IE2	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
IE2	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE J1. EL PACIENTE

¿Cómo será en los próximos 10 años la comunicación y relación entre pacientes y profesionales sanitarios, así como la representación colectiva y su participación en política sanitaria?

PRONOSTICADO: Escoja la opción más probable, la que prevé y crea en su opinión, que podría ser aplicada en los próximos 10 años

J01	Se irá equilibrando la relación de agencia inherente a la asimetría de información entre principal (paciente) y agente (profesional)	
J02	Prevalecerá la confianza	
J03	Mucho más activa por parte del paciente y menos paternalista por parte del médico	
J04	La sociedad civil con sus representantes más vertebrados exigirá una mayor participación en las decisiones de política sanitaria	
J05	Crecerá el desapego y el desencanto de los representados hacia sus representantes	

DESEADO: Escoja la opción que le gustaría que fuera o considere más deseable para los próximos 10 años

J06	Se irá equilibrando la relación de agencia inherente a la asimetría de información entre principal (paciente) y agente (profesional)	
J07	Prevalecerá la confianza	
J08	Mucho más activa por parte del paciente y menos paternalista por parte del médico	
J09	La sociedad civil con sus representantes más vertebrados exigirá una mayor participación en las decisiones de política sanitaria	
J10	Crecerá el desapego y el desencanto de los representados hacia sus representantes	

GRADO DE ESPECIALIDAD

JE1	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
JE1	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
JE1	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
JE1	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
JE1	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

Para completar la información, le rogamos rellene los siguientes apartados referentes a su experiencia y formación personal:

- 1 Sexo (Marque uno): Hombre _____ Mujer _____

2 Año de nacimiento _____

3 Grado de formación académica (señalar los que procedan)

Formación profesional _____

Licenciatura o Diplomatura _____

Postgrado profesional (Master) _____

Doctorado y similares _____

4 Año en que concluyó los estudios más recientes _____

5 Áreas de especialización profesional:

(e.j., gestión de centros sanitarios, médico especialista, farmacéutico comunitario, biomedicina, I+D, industria farmacéutica, sector público, etc.)

6 Responsabilidades en el puesto actual: _____

7 ¿Cuántos años lleva trabajando en su actual empresa? _____

8 ¿Cuántos años lleva trabajando en su actual puesto profesional? _____

9 ¿Cuántos años, en total, ha trabajado en temas relacionados con el consumo de medicamentos? _____

10 ¿En qué ámbitos del medicamento tiene Vd. mayor conocimiento o experiencia?

Investigación de Alta Tecnología _____ Subvenciones Nacionales _____

Subvenciones Internacionales _____

Investigación de Tecnología Media o Baja _____ Subvenciones Nacionales _____

Subvenciones Internacionales _____

Industria _____

Atención Primaria _____ Población: < 5000 habitantes _____

5000-10000 habitantes _____

> 10000 habitantes _____

Atención Especializada _____ Población: < 5000 habitantes _____

5000-10000 habitantes _____

> 10000 habitantes _____

Oficina de Farmacia _____ Población: < 5000 habitantes _____

5000-10000 habitantes _____

> 10000 habitantes _____

Colegios Profesionales _____

Gestor de recursos sanitarios _____

Otros, ¿cuáles? _____

11 ¿Cuál de las siguientes opciones se ajusta mejor a su perfil?

Investigador Académico [] Investigador en la Industria []

Empresario [] Profesional al servicio de la Sanidad Pública []

Usuario [] Diseñador, ejecutor de políticas públicas []

Proveedor de servicios y apoyo sanitarios []

Otra ¿Cuál?

A COMPLETAR POR LOS INVESTIGADORES:

Fecha: | | | |

[illegible]

Segunda ronda

BLOQUE A. AUTORIDAD FINANCIERA

A1. Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, el gasto farmacéutico a través de receta del Sistema nacional de Salud en 2007 fue superior a los 11.000 millones de euros, suponiendo un incremento de un 5,22% respecto al año anterior.

Según esto, en términos de coste de oportunidad, ¿qué porcentaje de incremento anual, en las condiciones actuales de inflación y población estaría dispuesto a admitir en los próximos 10 años?

Información de la primera ronda: la mayoría se decantó por las opciones 2 y 3 en pronóstico y 1 y 2 en deseabilidad. Analice su postura cuidadosamente.

Nadie pronosticó más del 10% y sólo un experto escogió esta opción como más deseable, por lo que se ha eliminado de la lista.

PRONOSTICADO		Marque UNA sola casilla
A01	El gasto no superará el 5% de incremento anual	
	5-7% de incremento anual	
	7-8% de incremento anual	
	8-10% de incremento anual	
DESEADO		Marque UNA sola casilla
A02	El gasto no superará el 5% de incremento anual	
	5-7% de incremento anual	
	7-8% de incremento anual	
	8-10% de incremento anual	

A2. En materia de prescripción, España es uno de los países de referencia en la Unión Europea en la informatización de la prescripción.

Teniendo en cuenta las diferencias de desarrollo de la prescripción informatizada y de la receta electrónica entre CC.AA, indique qué período de implantación total es más probable y más deseable.

Información de la primera ronda: el resto de opciones de este bloque ha alcanzado consenso.

En cambio, no ha sido así en el período en que se podría alcanzar la implantación ni su deseabilidad. Trate de ser realista y afine su opinión.

PRONOSTICADO: siendo realista		Marque UNA sola casilla
A03	La implantación total se producirá antes de 3 años	
	La implantación total se producirá entre 3 y 5 años	
	La implantación total se producirá entre 5 y 10 años	
	La implantación total se producirá en más de 10 años	
DESEADO: siendo realista		Marque UNA sola casilla
A04	Que la implantación total se produzca antes de 3 años	
	Que la implantación total se produzca entre 3 y 5 años	
	Que la implantación total se produzca entre 5 y 10 años	
	Que la implantación total se produzca en más de 10 años	

A3. En materia de sistema de precios de referencia, señale cuál de las cuatro opciones que se plantean sería la más deseable para aplicar en España en los próximos diez años.

Información de la primera ronda: en pronóstico se ha alcanzado consenso. En deseabilidad un empate entre los cuatro sistemas. Afine su elección al máximo.

DESEADO: siendo realista		Marque UNA sola casilla
A05	Que se mantenga el sistema español, incorporando los nuevos medicamentos al SPR conforme se vayan aprobando sus genéricos	
	Que el modelo español se aproxime al modelo sueco, en el que se ha eliminado el SPR a favor de un método de fijación basado en criterios de coste-efectividad y de la sustitución obligatoria por genéricos	
	Que el modelo español se aproxime al modelo alemán, en sentido amplio, en el que se aplica el mismo precio a principios activos diferentes que se consideran equivalentes desde el punto de vista farmacológico (por ejemplo, todas las estatinas) o terapéutico (por ejemplo, todos los medicamentos indicados para la hipertensión)	
	Que el modelo español se aproxime al modelo alemán, pero sólo aplicando el mismo precio a medicamentos con similar estructura química y análogo mecanismo de acción (me too)	

GRADO DE ESPECIALIDAD BLOQUE A		
AE	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
AE	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
AE	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
AE	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
AE	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE B. FINANCIADORES

B1. En materia de financiación, valore de 1 (nada) a 5 (mucho) cuán deseable es que se aplique en España en los próximos diez años el...

Información de la primera ronda: en pronóstico se ha alcanzado consenso. En deseabilidad mucha dispersión de respuesta. Afine su valoración al máximo.

DESEADO		Ponga un número del 1 al 5
B01	incrementar las listas negativas de medicamentos	
B02	no incluir como reembolsables aquellos medicamentos que no sean suficientemente innovadores	
B03	obligar a las oficinas de farmacia a la sustitución de medicamentos por aquellos de la misma composición y de menor precio dentro de una lista cerrada, revisable periódicamente	

B2. Según los resultados de un estudio sobre “Confianza en el Sistema Nacional de Salud” elaborado en 2006 por la Fundación Josep Laporte y la Universidad de Harvard, un 47% de los españoles aceptaría el copago adicional de 1 euro por receta médica para contribuir a la financiación del Sistema Nacional de Salud.

Indiquen si consideran que en los próximos diez años se implementará un copago adicional por receta para determinados medicamentos, en función de la cronicidad de la patología para la que está indicada y su gravedad, duración y secuelas.

Información de la primera ronda: ha sido un tema controvertido y con dispersión de respuesta. Se pide que sean lo más realistas posibles en su elección.

PRONOSTICADO		Marque UNA sola casilla
B04	No, puede plantear problemas de acceso y equidad	
	Sí, para los medicamentos no genéricos, aplicado a la totalidad de activos y pensionistas	
	Sí, de 1-2 euros por receta, aplicado gradualmente a activos y pensionistas, ajustado IRPF	
	Sí, de 1-2 euros por receta, aplicado gradualmente a la totalidad de activos y pensionistas	
DESEADO		Marque UNA sola casilla
B05	No, puede plantear problemas de acceso y equidad	
	Sí, para los medicamentos no genéricos, aplicado a la totalidad de activos y pensionistas	
	Sí, de 1-2 euros por receta, aplicado gradualmente a activos y pensionistas, ajustado IRPF	
	Sí, de 1-2 euros por receta, aplicado gradualmente a la totalidad de activos y pensionistas	

B3. SDos de las variables que contribuyen a incrementar el gasto sanitario son la presión asistencial (nº consultas/día) y la frecuentación a la red asistencial (nº consultas/asegurado).

¿Considera que en los próximos 10 años la implementación del copago por acto asistencial podría reducir el efecto de estas variables?

Información de la primera ronda: ha sido un tema controvertido y con dispersión de respuesta. Se pide que sean lo más realistas posibles en su elección.

PRONOSTICADO		Marque UNA sola casilla
B06	No	
	Sí, pagando el paciente entre 1-3€, en función de gravedad, cronicidad y tipo de servicio, aplicado de manera gradual	
	Sí, pagando el paciente una cantidad no limitada de €, en función de gravedad y cronicidad y tipo de servicio, aplicado de manera gradual	
DESEADO		Marque UNA sola casilla
B06	No	
	Sí, pagando el paciente entre 1-3€, en función de gravedad, cronicidad y tipo de servicio, aplicado de manera gradual	
	Sí, pagando el paciente una cantidad no limitada de €, en función de gravedad y cronicidad y tipo de servicio, aplicado de manera gradual	

GRADO DE ESPECIALIDAD BLOQUE B		
BE	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
BE	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
BE	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
BE	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
BE	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE C. PRESCRIPTORES

C1. *Acerca de la Atención primaria, indique hasta qué punto es probable y deseable que ésta pueda contribuir a mejorar la eficiencia del gasto farmacéutico en los próximos diez años... (valore en escala 1 = nada 5 = mucho).*

Información de la primera ronda: en pronóstico de este punto concreto se ha alcanzado consenso.
En deseabilidad mucha dispersión de respuesta. Afine su valoración al máximo.

PRONOSTICADO		Ponga un número del 1 al 5
C01	Apoyándose en el farmacéutico de área para conseguir una utilización óptima de los medicamentos	
DESEADO		Ponga un número del 1 al 5
C02	Apoyándose en el farmacéutico de área para conseguir una utilización óptima de los medicamentos	

C2. *En materia de incentivos salariales, el Equipo de Atención Primaria puede recibir una incentivación económica, ¿considera que en los próximos diez años se debería mejorar el sistema de incentivación para reducir el gasto farmacéutico?*

Información de la primera ronda: en la primera ronda se ha obtenido gran dispersión de respuesta tanto en pronóstico como en deseabilidad.
No existe acuerdo en el punto más probable ni en el más deseable.

PRONOSTICADO		Marque UNA sola casilla
C03	No	
	Sí, incrementar hasta un 20% la parte variable sobre la retribución fija	
	Sí, incrementar hasta un 20-30% la parte variable sobre la retribución fija	
	Sí, incrementar hasta un 30-40% la parte variable sobre la retribución fija	
	Sí, incrementar hasta un 40-50% la parte variable sobre la retribución fija	
	Sí, estableciendo otros criterios de incentivación: promoción profesional, formación, descanso compensatorio	
DESEADO		Marque UNA sola casilla
C04	No	
	Sí, incrementar hasta un 20% la parte variable sobre la retribución fija	
	Sí, incrementar hasta un 20-30% la parte variable sobre la retribución fija	
	Sí, incrementar hasta un 30-40% la parte variable sobre la retribución fija	
	Sí, incrementar hasta un 40-50% la parte variable sobre la retribución fija	
	Sí, estableciendo otros criterios de incentivación: promoción profesional, formación, descanso compensatorio	

C3. *Acerca de la posibilidad de implementación de la relación de medicamentos y productos sanitarios que puedan ser prescritos por enfermeros y podólogos por parte del MSC, en la que son previsibles distintos grados de protocolización, indique el grado de deseabilidad de cada una de las siguientes propuestas para los próximos diez años (valore en escala de 1 = nada a 5 = mucho).*

Información de la primera ronda: en pronóstico de esta batería de propuestas se ha alcanzado consenso.

En deseabilidad mucha dispersión de respuesta. Afine su valoración al máximo.

DESEADO		Ponga un número del 1 al 5
C05	Prescripción enfermera independiente, con un listado restringido a algunos medicamentos	
C06	Prescripción enfermera independiente con un listado restringido que exija experiencia previa y acreditación específica	
C07	Prescripción enfermera dependiente/colaborativa/semiautónoma/complementaria/suplementaria, que permita cambiar dosis o frecuencia, tras una prescripción médica inicial, para el seguimiento de crónicos	
C08	Prescripción o indicación bajo un protocolo de grupo elaborado por profesionales interdisciplinarios	
C09	Prescripción de tiempo y dosis, bajo protocolo, para cuidados muy específicos (salud mental, diabetes, etc.)	

GRADO DE ESPECIALIDAD BLOQUE C		
CE	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
CE	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
CE	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
CE	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
CE	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE D. FARMACÉUTICOS

D1. Hasta qué punto considera deseable que la atención que realiza el farmacéutico en la oficina de farmacia evolucionará en los próximos diez años hacia... (valore en escala de 1 = nada a 5 = mucho).

Información de la primera ronda: en pronóstico de esta batería de propuestas se ha alcanzado consenso.
En deseabilidad mucha dispersión de respuesta en estos 2 apartados. Afine su valoración al máximo.

DESEADO		Ponga un número del 1 al 5
D01	Dispensación de medicamentos, control de condiciones de almacenamiento, facturación de recetas	
D02	Mayor papel en la sustitución de medicamentos	

D2. El actual sistema de márgenes de farmacia es un sistema básicamente orientado al producto, que retribuye la dispensación de la oficina de farmacia con una cantidad proporcional al precio de cada producto.

Cuán deseables son las siguientes opciones propuestas para que en los próximos diez años puedan implantarse en el funcionamiento de la oficina de farmacia (valore en escala de 1 = nada a 5 = mucho).

Información de la primera ronda: en pronóstico de esta batería de propuestas se ha alcanzado consenso.
En deseabilidad mucha dispersión de respuesta en estos 3 apartados. Afine su valoración al máximo.

DESEADO		Ponga un número del 1 al 5
D03	Un cambio de la remuneración del farmacéutico en la oficina de farmacia en función de los servicios sanitarios que presta, agregando una tarifa fija por dispensación	
D04	Una modificación del modelo actual, fijando el Gobierno los precios máximos de dispensación, pero desregulando los márgenes de distribución y farmacia	
D05	Un sistema más eficaz que el RD Ley 5/2000, que permita subvencionar a las oficinas no rentables	

D3. Indique que probabilidad de evolución tienen las siguientes propuestas sobre las funciones del farmacéutico en Atención Primaria en los próximos diez años (valore en escala de 1 = ninguna a 5 = mucha).

Información de la primera ronda: en pronóstico de esta batería de propuestas no se ha alcanzado consenso en estos tres puntos. Afine su pronóstico al máximo.

PRONOSTICADO		Ponga un número del 1 al 5
D06	Participar como especialistas en sesiones farmacoterapéuticas organizadas dentro de programas concretos (acuerdo de gestión, reacciones adversas, uso racional de medicamentos, etc.)	
D07	Participar en la toma de decisiones de la Administración Sanitaria en materia de política farmacéutica	
D08	Promover y coordinar trabajos de investigación relacionados con el empleo de fármacos	

D4. Indique cuán deseables son las siguientes propuestas sobre las funciones del farmacéutico en Atención Primaria en los próximos diez años (valore en escala de 1 = nada a 5 = mucho).

Información de la primera ronda: en deseabilidad de esta batería de propuestas no se ha alcanzado consenso en estos tres puntos. Afine su valoración al máximo.

DESEADO		Ponga un número del 1 al 5
D09	Acceder a la explotación de datos de la historia clínica del paciente para proponer las soluciones farmacoterapéuticas más adecuadas	
D10	Evaluación crítica de nuevos tratamientos, de su evidencia científica y su interpretación en la práctica clínica mediante el uso de indicadores consensuados	
D11	Participar como experto en el análisis de aspectos de política farmacéutica en su vertiente clínica, económica y social	

D5. Indique cuán deseables son las siguientes propuestas sobre la legislación de distribución y dispensación de medicamentos para los próximos diez años en España (valore en escala de 1 = nada a 5 = mucho).

Información de la primera ronda: en deseabilidad de esta batería de propuestas no se ha alcanzado consenso en estos puntos. Afine su valoración al máximo.

DESEADO		Ponga un número del 1 al 5
D12	Desvincular la propiedad y titularidad de la oficina de farmacia a un farmacéutico, pudiendo ostentarla otros agentes que no sean farmacéuticos, pero exigiendo la actuación presencial de al menos un farmacéutico	
D13	Desregularizar el mercado de las especialidades farmacéuticas publicitarias(EFP), permitiendo la venta fuera del canal de la farmacia y, por tanto, sin exigirse la presencia y actuación profesional del farmacéutico	
D14	Ampliar el número de oficinas de farmacia, de un modo regulado, pero más flexible, por población, distancias, distribución geográfica y zonas (rurales, urbanas, turísticas)	
D15	Permitir la apertura libre de oficinas de farmacia sin regulación por población, distancias, distribución geográfica y zona	

D6. Indique cuán deseables son las siguientes propuestas sobre la legislación de distribución y dispensación de medicamentos para los próximos diez años en España a través de Internet (valore en escala de 1 = nada a 5 = mucho).

Información de la primera ronda: en deseabilidad de esta batería de propuestas no se ha alcanzado consenso en estos puntos. Afine su valoración al máximo.

DESEADO		Ponga un número del 1 al 5
D16	Regular un registro de farmacias tradicionales y online	
D17	Crear un sello de calidad que sirva como acreditación a las farmacias online	
D18	Exigir requisitos a los profesionales sanitarios que presten sus servicios a través de farmacias online	

GRADO DE ESPECIALIDAD BLOQUE D		
DE	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
DE	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
DE	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
DE	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
DE	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE E. PROFESIONALES

E1. Indique cuán deseables son las siguientes propuestas sobre el grado de consenso que se va a propiciar en los próximos diez años entre la Administración Sanitaria y Los Colegios Profesionales (valore en escala de 1 = nada a 5 = mucho).

Información de la primera ronda: en deseabilidad de esta batería de propuestas no se ha alcanzado consenso en estos puntos. Afine su valoración al máximo.

DESEADO		Ponga un número del 1 al 5
E01	Las Administraciones Sanitarias crearán servicios farmacéuticos en los centros de AP y AE para dispensación a pacientes ambulatorios	
E02	Las Administraciones Sanitarias concertarán directamente con la oficina de farmacia la cartera de servicios y no a través de los Colegios Profesionales	

GRADO DE ESPECIALIDAD BLOQUE E		
EE	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
EE	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
EE	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
EE	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
EE	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE F. DISTRIBUCIÓN

F1. Indique cuán deseable es la siguiente propuesta sobre legislación en materia de distribución de medicamentos (valore en escala de 1 = nada a 5 = mucho).

Información de la primera ronda: en deseabilidad de esta batería de propuestas no se ha alcanzado consenso en este punto. Afine su valoración al máximo.

DESEADO		Ponga un número del 1 al 5
F01	Que se implante una modificación del actual margen de distribución (% del precio del producto), mediante un sistema mixto que incentive el suministro a farmacias de escasa población, en función del volumen de ventas	

GRADO DE ESPECIALIDAD BLOQUE F		
FE	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
FE	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
FE	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
FE	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
FE	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE G. INDUSTRIA FARMACÉUTICA

G1. La legislación europea del medicamento, aprobada el 30 de Abril de 2004, ha adoptado decisiones que mejoran puntos críticos de comercialización de nuevos fármacos, pero permite que sigan aprobándose nuevos fármacos que no necesariamente sean más eficaces y/o seguros que las alternativas terapéuticas disponibles (es decir, no es obligatorio demostrar un “valor terapéutico añadido”).

Indique que alternativa es la más probable de las siguientes propuestas sobre esta legislación.

Información de la primera ronda: en pronóstico de esta batería de propuestas no se ha alcanzado consenso en la selección de una única opción.

Afine su pronóstico al máximo.

PRONOSTICADO		Marque UNA sola casilla
G01	No se regulará la exigencia de que el medicamento que se desea comercializar tenga un “valor terapéutico añadido”	
	Sí que se regulará, pero no antes de 3 años	
	Sí que se regulará, pero no antes de 5 años	
	Sí que se regulará, pero no antes de 8 años	
	Sí que se regulará, pero no antes de 10 años	

G2. Indique cuán deseable es la siguiente propuesta sobre la cuota de ventas de genéricos en España y las políticas públicas sobre la misma (valore en escala de 1 = nada a 5 = mucho).

Información de la primera ronda: en deseabilidad de esta batería de propuestas no se ha alcanzado consenso en este punto. Afine su valoración al máximo.

DESEADO		Ponga un número del 1 al 5
G02	Conceder al farmacéutico clara capacidad de sustitución entre genéricos	

G3. Indique cuán deseable es la siguiente propuesta sobre políticas públicas relacionadas con la contención de costes basada en la innovación de los medicamentos y la evaluación de la utilidad o el interés terapéutico de los nuevos medicamentos (valore en escala de 1 = nada a 5 = mucho).

Información de la primera ronda: en deseabilidad de esta batería de propuestas no se ha alcanzado consenso en este punto. Afine su valoración al máximo.

DESEADO		Ponga un número del 1 al 5
G03	Que se implanten políticas encaminadas a extender el período de protección industrial de patentes para que sea equiparable al resto de Europa	

GRADO DE ESPECIALIDAD BLOQUE G		
GE	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
GE	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
GE	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
GE	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
GE	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE I. COMITÉS DE EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS

11. Respecto a los comités de evaluación de nuevos medicamentos de las CC.AA. ¿qué papel considera que van a desempeñar en los próximos 10 años?

Información de la primera ronda: en pronóstico y deseabilidad de esta parte no se ha alcanzado consenso.

PRONOSTICADO		Marque UNA sola casilla
I01	Se potenciará su papel, extendiéndose de forma coordinada la práctica totalidad de los servicios de salud de las CC.AA.	
	Desaparecerán pq los profesionales q trabajan en este área se integrarán como expertos en el comité sobre utilidad terapéutica dependiente del MSC	
	Cada CA creará su propio comité con criterios de trabajo diferentes cada vez más restrictivos	
	Realizarán trabajos de evaluación de subgrupos terapéuticos de medicamentos, estableciendo el lugar en terapéutica de los principios activos que los componen	
	Ampliarán su campo de actuación hacia medicamentos utilizados en el ámbito hospitalario	
DESEADO		Marque UNA sola casilla
I02	Se potenciará su papel, extendiéndose de forma coordinada la práctica totalidad de los servicios de salud de las CC.AA.	
	Desaparecerán pq los profesionales q trabajan en este área se integrarán como expertos en el comité sobre utilidad terapéutica dependiente del MSC	
	Cada CA creará su propio comité con criterios de trabajo diferentes cada vez más restrictivos	
	Realizarán trabajos de evaluación de subgrupos terapéuticos de medicamentos, estableciendo el lugar en terapéutica de los principios activos que los componen	
	Ampliarán su campo de actuación hacia medicamentos utilizados en el ámbito hospitalario	

12. ¿Cree que los resultados de la evaluación económica (relación entre el coste y la efectividad) de los medicamentos y tecnologías médicas va a jugar un papel importante en las decisiones públicas de precios y de cobertura en los próximos 10 años?

Información de la primera ronda: en pronóstico y deseabilidad de esta parte no se ha alcanzado consenso.

PRONOSTICADO		Marque UNA sola casilla
I03	Sí, pero sólo para fijar precios y nunca para influir en las decisiones de exclusión de la financiación pública	
	Sí, pero esto sólo afectará a los medicamentos y no a las tecnologías médicas	
	Sí, pero la relación entre el coste y la efectividad únicamente será tomada en cuenta en las decisiones de las CC.AA.	
	Sí, pero la relación coste-efectividad sólo servirá para recomendaciones a los prescriptores y no influirá ni en los precios ni en la decisión de inclusión/exclusión de la cobertura pública	
	No, los criterios económicos (relación coste-efectividad) no jugarán ningún papel en las decisiones de precios, cobertura y acceso a los medicamentos	
DESEADO		Marque UNA sola casilla
I04	Sí, pero sólo para fijar precios y nunca para influir en las decisiones de exclusión de la financiación pública	
	Sí, pero esto sólo afectará a los medicamentos y no a las tecnologías médicas	
	Sí, pero la relación entre el coste y la efectividad únicamente será tomada en cuenta en las decisiones de las CC.AA.	
	Sí, pero la relación coste-efectividad sólo servirá para recomendaciones a los prescriptores y no influirá ni en los precios ni en la decisión de inclusión/exclusión de la cobertura pública	
	No, los criterios económicos (relación coste-efectividad) no jugarán ningún papel en las decisiones de precios, cobertura y acceso a los medicamentos	

GRADO DE ESPECIALIDAD BLOQUE I		
IE	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
IE	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
IE	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
IE	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
IE	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

BLOQUE J. EL PACIENTE

11. ¿Cómo será en los próximos 10 años la comunicación y relación entre pacientes y profesionales sanitarios, así como la representación colectiva y su participación en política sanitaria? (valore en escala de 1 = nada a 5 = mucho).

Información de la primera ronda: en pronóstico y deseabilidad de esta parte no se ha alcanzado consenso.
Entonces se hizo mediante selección de una opción, ahora le pedimos que valore para ver mejor cada propuesta.

PRONOSTICADO		Ponga un número del 1 al 5
J01	Se irá equilibrando la relación de agencia inherente a la asimetría de información entre el principal (paciente) y agente (profesional)	
J02	Prevalecerá la confianza	
J03	Mucho más activa por parte del paciente y menos paternalista por parte del médico	
J04	La sociedad civil con sus representantes más vertebrados exigirá una mayor participación en las decisiones de política sanitaria	
J05	Crearé el desapego y el desencanto de los representados hacia sus representantes	
DESEADO		Ponga un número del 1 al 5
J06	Se irá equilibrando la relación de agencia inherente a la asimetría de información entre el principal (paciente) y agente (profesional)	
J07	Prevalecerá la confianza	
J08	Mucho más activa por parte del paciente y menos paternalista por parte del médico	
J09	La sociedad civil con sus representantes más vertebrados exigirá una mayor participación en las decisiones de política sanitaria	
J10	Crearé el desapego y el desencanto de los representados hacia sus representantes	

GRADO DE ESPECIALIDAD BLOQUE J		
GE	No soy especialista ni poseo ningún conocimiento del tema	1
GE	No soy especialista y tengo poco conocimiento del tema	2
GE	No soy especialista y tengo algún conocimiento del tema	3
GE	Soy especialista en el tema y tengo bastante conocimiento del tema	4
GE	Soy especialista en el tema y tengo total conocimiento del tema	5

INFORMACIÓN PERSONAL

Para completar la información, le rogamos rellene los siguientes apartados referentes a su experiencia y formación personal:

- 1 Sexo (Marque uno): Hombre _____ Mujer _____
- 2 Año de nacimiento _____
- 3 Grado de formación académica (señalar los que procedan)
- Formación profesional _____
- Licenciatura o Diplomatura _____
- Postgrado profesional (Master) _____
- Doctorado y similares _____
- 4 Año en que concluyó los estudios más recientes _____
- 5 Áreas de especialización profesional:
- (e.j., gestión de centros sanitarios, médico especialista, farmacéutico comunitario, biomedicina, I+D, industria farmacéutica, sector público, etc.)
- _____
- 6 Responsabilidades en el puesto actual: _____
- 7 ¿Cuántos años lleva trabajando en su actual empresa? _____
- 8 ¿Cuántos años lleva trabajando en su actual puesto profesional? _____
- 9 ¿Cuántos años, en total, ha trabajado en temas relacionados con el consumo de medicamentos? _____
- 10 ¿En qué ámbitos del medicamento tiene Vd. mayor conocimiento o experiencia?
- Investigación de Alta Tecnología _____ Subvenciones Nacionales _____
- Subvenciones Internacionales _____
- Investigación de Tecnología Media o Baja _____ Subvenciones Nacionales _____
- Subvenciones Internacionales _____
- Industria _____
- Atención Primaria _____ Población: < 5000 habitantes _____
- 5000-10000 habitantes _____
- > 10000 habitantes _____
- Atención Especializada _____ Población: < 5000 habitantes _____
- 5000-10000 habitantes _____
- > 10000 habitantes _____
- Oficina de Farmacia _____ Población: < 5000 habitantes _____
- 5000-10000 habitantes _____
- > 10000 habitantes _____
- Colegios Profesionales _____
- Gestor de recursos sanitarios _____
- Otros, ¿cuáles? _____
- 11 ¿Cuál de las siguientes opciones se ajusta mejor a su perfil?
- Investigador Académico [] Investigador en la Industria []
- Empresario [] Profesional al servicio de la Sanidad Pública []
- Usuario [] Diseñador, ejecutor de políticas públicas []
- Proveedor de servicios y apoyo sanitarios []

Otra ¿Cuál?

A COMPLETAR POR LOS INVESTIGADORES:

Fecha: | | | |

ID del experto: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

