



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT
Área Académica de Ciencias de la Salud
Coordinación de la Maestría en Salud Pública

**PROYECTO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL:
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL COMITÉ HOSPITALARIO
DE FARMACIA Y TERAPEÚTICA EN EL SISTEMA DE SALUD
DE NAYARIT**

**TRABAJO RECEPCIONAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ÁREA SALUD GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Oswaldo Raúl García Ibarra

Director de TRT: DR. ADOLFO JAVIER ROMERO GARIBAY
Codirector: DR. en C. : ROGELIO FERNÁNDEZ ARGÜELLES

Trabajo realizado con el apoyo de una beca nacional de CONACYT



Mayo 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT



SISTEMA DE BIBLIOTECAS

INDICE

ABREVIATURAS.....	2
1. DIAGNÓSTICO.....	3
1.1 DIAGNÓSTICO INTERNO.....	3
1.2 EXPERIENCIA NACIONAL.....	3
1.3. COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA (CFT).....	4
1.4. GASTO DEL SISTEMA EN MEDICAMENTOS.....	6
1.5. ACCESO A LOS MEDICAMENTOS.....	7
1.6. SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN MÉXICO.....	9
1.7. INDICADORES DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN MÉXICO.....	14
2. DIAGNÓSTICO EXTERNO.....	15
2.1. LAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES.....	15
2.2. RETOS PARA LOS COMITÉS DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA.....	19
3. OBJETIVOS Y PRIORIDADES.....	21
4. ESTRATEGIAS.....	21
5. RESULTADOS PRELIMINARES.....	22
6. PREVISIÓN DE RECURSOS.....	33
7. METAS E INDICADORES.....	34
8. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.....	35
9. PROPUESTA DE MEJORA PARA LA CREACIÓN DEL COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA HOSPITALARIO.....	36
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
11. ANEXOS.....	48

ABREVIATURAS

CCF: Comité Central de Farmacoterapia.

CFT: Comité de Farmacia y Terapéutica.

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social

GPC: Guía de Práctica Clínica

HRAE: Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

IMSS: Instituto Mexicano de Seguro Social.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

MP: Manual de Procedimientos.

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PEF: Presupuesto de Egresos de la Federación

PIB: Producto Interno Bruto.

PNM: Programa Nacional de Medicamentos

PPA: Paridad del Poder Adquisitivo

RAM: Reacción Adversa a un Medicamento.

SP: Seguro Popular.

SSN: Sistema de Salud del estado de Nayarit.

SUS: Sistema Único de Salud.

1. DIAGNÓSTICO.

1.1 DIAGNÓSTICO INTERNO

1.2 EXPERIENCIA NACIONAL

En México la información técnica y científica sobre los Comités de Farmacia y Terapéutica (CFT) es bastante limitada y en Nayarit lo es más.

Sin embargo en el año 2009 hubo importantes acontecimientos referentes al tema de farmacia hospitalaria, pues se publica el MODELO NACIONAL DE FARMACIA HOSPITALARIA ⁽¹⁾, el cual es un parteaguas para el desarrollo de los comités de farmacia y terapéutica en el país. Esta guía contiene un apartado denominado "Abasto de insumos y gestión de farmacia" en el que, además de proponer esquemas para subrogar el suministro de medicamentos, se planteó el modelo del servicio de farmacia intra-hospitalaria para los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE), este apartado consta de los siguientes elementos: a) comité de farmacia y terapéutica, b) expediente clínico, c) sistema de control de recetas, d) servicio de farmacia, e) gestión de la prescripción, y f) mecanismos de distribución a pacientes/botiquines.

Para el 2011 la Secretaría de Salud emite el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) ⁽²⁾, el cual emite la instrucción 311 (2011) donde se proporcionan los lineamientos para la definición, diseño, implementación y operación del CFT, según los criterios internacionales dictados por la OMS. Si bien las instrucciones de SICALIDAD hasta la fecha no se realizan a nivel nacional, se consideran deseables para mejorar la atención en salud y el uso racional de medicamentos en el país.

Estos dos hechos son la base para la construcción e implementación de los comités de farmacia y terapéutica en México; su implementación en el país

reduciría sustancialmente la falta de información farmacológica actualizada, confiable y sin sesgos comerciales, así como la carencia de programas de educación continua a los integrantes del equipo de salud y la falta de supervisión bajo criterios profesionales sobre la utilización de medicamentos en las instituciones de salud.

1.3. COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA (CFT)

En México y en Nayarit, el uso hospitalario de medicamentos representa uno de los principales retos para los directivos en el sistema de salud.

En la recuperación de la salud, los medicamentos se convierten en verdaderos aliados solamente si las personas los usan cuando realmente los necesitan, a las dosis correspondientes, durante un periodo de tiempo adecuado, y al menor costo posible. En caso contrario, pueden convertirse en una amenaza para la persona y para la comunidad. ⁽³⁾

Una de las estrategias reconocidas internacionalmente que se debe tomar en cuenta para mejorar el uso racional de los medicamentos en las diferentes instituciones de salud, es el desempeño de un comité de farmacia y terapéutica (CFT). Al CFT también se conoce se le llama; comisión de farmacia y terapéutica, comité de medicamentos y terapia, comité de farmacoterapia, entre otros.

Al inicio los CFT se crearon en los hospitales para reducir los costos, luego se observó que además la estrategia mejoraba el uso de los medicamentos. A partir de entonces se recomendó que todas las instituciones de salud contaran con un CFT, para evaluar la utilización de los medicamentos y garantizar racionalidad en el empleo de los recursos disponibles. ⁽⁴⁾

Para impulsar su implementación, la organización mundial de la salud, editó en el año 2003, una guía práctica del comité de farmacia y terapéutica (CFT), que establece las funciones de los CFT y sustenta la necesidad de que existan y funcionen como un órgano asesor de la administración, por la importancia y desarrollo de las políticas farmacéuticas. ⁽⁵⁾

Los comités de farmacia y terapéutica son un foro técnico que reúne a todos los interesados que intervienen en las decisiones sobre el uso de medicamentos; pueden constituirse en cualquier ámbito del sistema de atención de salud: en los distritos (supervisando los centros de atención primaria de salud), en hospitales o en el ámbito nacional.

La finalidad del comité de farmacia y terapéutica es asegurar que se proporcione a los pacientes una asistencia de la mejor calidad y con el menor costo posible, determinando qué medicamentos deben estar disponibles, a qué costo y cómo deben utilizarse.

Un comité de farmacia y terapéutica puede asumir muchas funciones y debe decidir cuáles adoptará como prioritarias; esta decisión puede estar condicionada por las capacidades y la estructura existentes en su ámbito de actuación.

Una de sus principales funciones radica en el proceso de selección de los medicamentos más pertinentes a las necesidades sanitarias de la institución, en un formulario terapéutico aceptado institucionalmente y basado en criterios de utilidad terapéutica, seguridad y costo-efectividad. ⁽⁶⁾

Las funciones básicas de un comité de farmacia y terapéutica son:

- 1) Asesoría al personal médico, de administración y de farmacia.
- 2) Elaborar propuestas de políticas farmacéuticas.
- 3) Evaluación y selección de medicamentos para la lista del formulario.
- 4) Elaboración de directrices terapéuticas normalizadas.
- 5) Evaluación del uso de medicamentos para detectar problemas.
- 6) Puesta en práctica de medidas eficaces destinadas a mejorar el uso de Medicamentos.
- 7) Seguimiento de las reacciones adversas a los medicamentos.
- 8) Seguimiento de los errores de medicación.
- 9) Difusión de información y transparencia.

De aquí la importancia del comité de farmacia y terapéutica pues genera beneficios como: ⁽⁷⁾

- ❖ Selección de medicamentos seguros, de alta calidad, eficaces y rentables para el formulario.
- ❖ Monitoreo e identificación de los problemas de uso de medicamentos.
- ❖ Provee base para el uso medicamentos mejorados, incluidos los antimicrobianos.
- ❖ Mejora la calidad de la atención de salud y resultados de los pacientes.
- ❖ Gestiona la notificación de la resistencia antimicrobiana.
- ❖ Gestiona la notificación de Reacciones Adversas a los Medicamentos (RAM) y los errores de medicación.
- ❖ Mejora la adquisición de medicamentos y gestión de inventario.
- ❖ Gestiona y administra los gastos farmacéuticos.

1.4. GASTO DEL SISTEMA EN MEDICAMENTOS.

El gasto asociado a medicamentos de uso hospitalario varía de acuerdo a las condiciones de mercado prevalecientes vinculadas con aspectos demográficos y socioeconómicos.

En el año de 2009, el mercado farmacéutico en México represento el 1.2% del PIB, (156 mil millones de pesos, excluyendo el segmento de mercado conocido como mercado "alterno) y se ubicó en el segundo lugar de Latinoamérica y entre los 15 principales mercados a nivel mundial. ⁽⁸⁾

El gasto total en salud como proporción del ingreso disponible seguirá creciendo, lo que implicará que el gasto total en salud llegue a representar aproximadamente 7.8 % del Producto Interno Bruto, cifra similar a la de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) con excepción de los Estados Unidos. ⁽⁹⁾

Estudios en el año 2012 ⁽¹⁰⁾, señalan que no hay efecto del Seguro Popular (SP) sobre el gasto en salud en hogares que no tienen cerca unidades médicas. Particularmente con la entrada del Seguro Popular, el gasto público en salud, incluyendo gasto en medicamentos, ha aumentado de forma importante, y se espera que la demanda de medicamentos genéricos en el sector público aumente conforme más personas se afilien al Seguro Popular. Aunque la mejora de la atención de salud exige una mayor eficiencia en el gasto de salud. Actualmente, el gasto público en salud de México es de 6,2% del PIB, significativamente menor que el promedio de la OCDE de 9,3% del PIB en el gasto total de salud, estas cifras son las más altas de la OCDE y no han disminuido durante la última década. ⁽¹¹⁾

En los países desarrollados, los estudios han mostrado que los CFT pueden ejercer un efecto significativo en la promoción del uso racional de los medicamentos, la vigilancia de ese uso y el control de los costos farmacéuticos ⁽¹⁰⁾. En los países en desarrollo, la evidencia ha demostrado que las funciones de un CFT proporcionan intervenciones eficaces para mejorar el uso de los medicamentos y controlar los costos. Entre las intervenciones de eficacia probada figuran las siguientes: establecimiento y aplicación de un formulario o de una lista de medicamentos esenciales ⁽¹²⁾ y de directrices terapéuticas normalizadas; y uso de técnicas educativas, en particular de métodos interactivos orientados a los problemas en entornos de contacto directo, y de sesiones de repetición con distintos prescriptores. ⁽¹³⁾

1.5. ACCESO A LOS MEDICAMENTOS

El acceso a los medicamentos es uno de los seis elementos clave para el funcionamiento de los sistemas de salud. ⁽¹⁴⁾ Proveer acceso continuo a medicamentos de calidad a precios asequibles para la población representa un reto en muchos países, particularmente aquellos con menos recursos.

Dado que el "acceso" es un concepto multidimensional que incluye la disponibilidad, la asequibilidad y el uso adecuado de los medicamentos, para su medición se utiliza una combinación de indicadores.⁽¹⁵⁾

Como en otros países, como en América Latina, el sistema de salud en México está fragmentado. Por un lado, las instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ofrecen atención médica y un paquete prepagado de medicamentos a sus beneficiarios. Paralelamente, la población sin seguridad social acude a los servicios estatales de salud.

Existe además, un amplio sector privado de servicios de salud, cuyos usuarios compran medicamentos en farmacias del sector privado.

A partir del año 2000 se desarrolló en México una reforma del sistema de salud dirigida a expandir la cobertura de aseguramiento en salud, mejorar el acceso a medicamentos y reducir el gasto en salud de los hogares. Esta reforma se instrumentó con el Seguro Popular de Salud (SP) a partir de 2003.⁽¹⁶⁾ Adicionalmente, en la última década se implementaron otras políticas dirigidas a mejorar el acceso y la disponibilidad de medicamentos en los servicios públicos de salud, lo que generó cambios regulatorios vinculados a promover el mercado de medicamentos genéricos.⁽¹⁷⁾

Por otra parte, aun cuando se han implementado políticas dirigidas a promover el mercado de medicamentos genéricos, el que la mediana del gasto en medicamentos represente de tres a cuatro veces el salario mínimo muestra la baja asequibilidad de los medicamentos en México.⁽¹⁸⁾

El promedio de existencia de medicamentos en unidades hospitalarias en México para el 2008 fue de 82%, cifra ligeramente superior a la reportada en 2003 que fue del 80%.⁽¹⁹⁾

La alta probabilidad de gastar en medicamentos, el elevado monto gastado en el sector privado y una oferta de servicios privados probablemente creciente en los siguientes años (por la expansión de consultorios médicos anexos a farmacias) resaltan la importancia de regular este sector y de su inclusión dentro de las políticas nacionales farmacéuticas y de salud.

1.6. SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN MÉXICO

El tema de suministro suficiente y oportuno de medicamentos ha estado en la agenda de las principales instituciones públicas del sector salud de México.

En 2007, derivado de múltiples esfuerzos locales y nacionales para mejorar la oferta y el precio de medicamentos, se firmó el Acuerdo Nacional para Garantizar la Suficiencia, Disponibilidad y Precio Justo de los Medicamentos, que dio origen a la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos.⁽²⁰⁾

Los principales determinantes del nivel de abasto de medicamentos en las unidades de salud del sector público estudiados tanto en ámbitos académicos como operativos son básicamente cuatro:⁽²¹⁾

- a) La suficiencia de recursos presupuestales y la oportunidad en su ejercicio.
- b) La existencia de mecanismos racionales para determinar la demanda potencial.
- c) La eficiencia en la compra.
- d) La eficiencia en la distribución.

México en 2013, invirtió el 6.2% de su PIB a la salud, el cual está por debajo del promedio de lo que invierten los países pertenecientes a la OCDE, que es de 8.9%, lo que equivale a \$1,048 dólares PPA per cápita por año (el promedio de la OCDE es \$3,453 dólares PPA en 2013) mientras que el gasto de bolsillo constituye 45% de los ingresos del sistema de salud y 4.0% del gasto de los hogares. Ambas cifras se encuentran entre las más altas de la OCDE.⁽²²⁾

Para el año 2014, el gasto realizado directamente por los hogares para cubrir sus necesidades de salud ascendió a más de 410 mil millones de pesos (sin contar el valor económico del trabajo no remunerado), lo que representó el 40.3% del gasto. (23)

El gasto en salud para el país está englobado en una categoría llamada Función Salud, que considera que para el 2016: el gasto en salud será de 523,233 millones de pesos con un crecimiento nominal de 2.3%. En cuanto al presupuesto para la adquisición de medicamentos, tenemos un monto para el 2016 de 59,706.03 mdp que, comparado en términos nominales de 2015, es 3.4% superior de consumo final relacionado con la salud. (24)

Aun así, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL) (25), a partir de los resultados del Censo de población 2010, ha establecido que el 33.2% de la población mexicana carece de acceso a servicios de salud. Así que en México viven 37 millones de personas sin acceso a los servicios de salud, lo cual es o debería ser inaceptable en una nación que es considerada como de ingreso medio-alto por el Banco Mundial o de desarrollo humano medio-alto por las Naciones Unidas. Además, como la desigualdad es una de las características más notorias de nuestra realidad económica y social, también se expresa de manera cruda en el acceso a los servicios de salud.

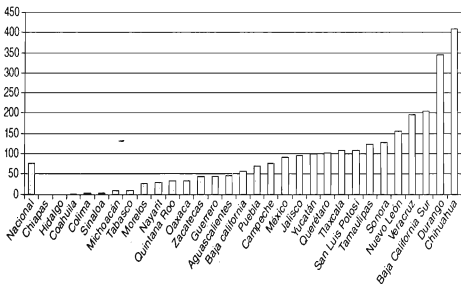
De los recursos federales para el Seguro Popular recibidos por cada entidad, el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) de 2009 establece que hasta un 30% podría dedicarse a la adquisición de medicamentos. Si se destinara, efectivamente, ese porcentaje, el gasto en medicamentos durante 2009 se hubiese acercado a la cifra de \$ 9,437.7 millones y, en consecuencia, durante el primer semestre del año las compras habrían ascendido a \$ 4,718 millones. Sin embargo, la cifra reportada a la comisión y publicada en su portal de internet (26) refiere que la erogación en medicamentos en todo el país con cargo al Seguro Popular por parte de las entidades ascendió a 786.3 millones de pesos, cifra que representa únicamente el 15% de lo que se pudo haber ejercido en medicamentos durante el primer semestre de 2009.

Entre la entidad que más gasta y la que menos gasta informa en medicamentos/familia existe una diferencia de 276 veces (Chihuahua con 408.61 pesos vs Hidalgo con 1.48 pesos/familia) ⁽²⁷⁾ como se puede apreciar en la figura 1.

Figura 1.

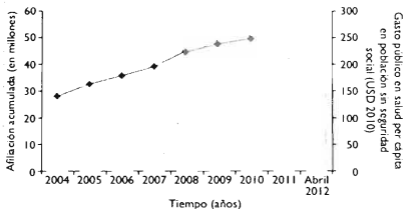
Gasto en medicamentos/familia afiliada a seguro popular por entidad en pesos

Gasto en medicamentos/familia afiliada a Seguro Popular por entidad de pesos



Fuente: Murayama-Rendón, C. Adquisición de medicamentos en el Seguro Popular: ineficiencia e inequidad.

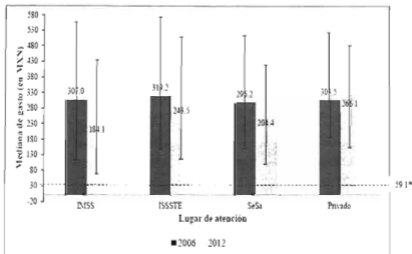
Figura 2. Evolución de la afiliación al Seguro Popular, México, 2004-2012



Fuente: KNAUL, Felicia Marin, et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. Salud pública de México, 2013.

En 2011, 8.3 millones de personas se afiliaron al Seguro Popular. Por lo tanto, si se toma en consideración la cobertura duplicada entre regímenes de seguro, cerca de 110 millones –casi 98% de mexicanos residentes en el país– contaban con un seguro de salud a finales de 2011.⁽²⁸⁾

Figura 3. Montos gastados en medicamentos 2006 vs 2012



Fuente: Wirtz, V. J., Serván-Mori, E., Dreser, A., Heredia-Pi, I., & Ávila-Burgos. *Ley surtimiento de medicamentos recetados en las instituciones públicas de salud, y el gasto en medicamentos en México en 2006 y 2012*. Cuernavaca: INSP. 2012.

Los resultados más resaltantes en 2006 vs 2012 son:⁽²⁹⁾

- Suministro: persisten las barreras en el acceso a medicamentos.
- Probabilidad de gastar: reducción de 9% de la probabilidad de gastar de los afiliados al SP. Sin embargo, aún se mantiene más alta que para beneficiarios del IMSS y del ISSSTE.
- Monto gastado: Reducción en todas las instituciones, pero el monto es entre 3 a 4.5 veces el salario mínimo diario.

1.7. INDICADORES DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN MÉXICO

Para el 2011⁽³⁰⁾, el 95.6% de los medicamentos consumidos en el mercado mexicano estaban fuera de patente. Aunque los medicamentos innovadores con patente vigente sólo representa 4.4% del volumen, en términos de valor equivalen a 20.4% de las ventas de mercado. De las moléculas fuera de patente sólo 24.6% tiene versiones genéricas en el mercado, muy por debajo del nivel mostrado por países de la OCDE.

En la compra consolidada 2016 participaron además del IMSS, el ISSSTE, la Secretaría de Marina, la Secretaría de la Defensa Nacional y Petróleos Mexicanos, así como 17 entidades federativas y 17 Institutos de la Secretaría de Salud.

En tres años la Compra Consolidada ha generado ahorros por casi 11 mil millones de pesos para todos los participantes del sector.⁽³¹⁾

PARTICIPANTES	IMPORTE ASIGNADOS										
	2013			2014			2015			Ahorros	
	Asignado	Ahorro	%	Asignado	Ahorro	%	Asignado	Ahorro	%	acumulados	
IMSS	27,504	-1,952	-7%	26,500	-2,587	-9%	27,769	-1,602	-5%	-6,141	-8%
ISSSTE	7,486	-1,040	-12%	6,883	-959	-12%	6,443	-537	-8%	-2,536	-12%
PEMEX	1,203	-107	-8%	980	-123	-11%	674	-63	-9%	-293	-10%
SEDENA	70	-5	-7%	783	-89	-10%	849	-45	-5%	-139	-9%
SEMAR	5	-3	-35%	24	-1	-6%	33	-0.5	-2%	-5	-8%
Total Dependencias	36,268	-3,107	-10%	35,169	-3,758	-8%	35,768	-2,248	-6%	-9,113	-9%
Total Entidades	874	-642	-29%	3,414	-788.1	-4%	2,876	-255	-8%	-1,685	-24%
Total Institutos	19	-2	-8%	111	-44	-28%	135	-18	-12%	-64	-24%
Total general	37,161	-3,751	-12%	38,695	-4,590	-1%	38,779	-2,521	-6%	-10,863	-9%

IMPORTE EN MILLONES DE PESOS; SE REPORTA EL AÑO EN QUE SE EJERCEN LOS RECURSOS

Se requiere una visión más amplia e integral para el máximo aprovechamiento de los recursos humanos y la infraestructura instalada de salud, tanto pública como privada, y con una inversión estratégica en donde converjan potencialidades y

capacidades de respuesta; una sana competencia que impulse la calidad de la atención y un gasto eficiente de recursos. Con ello se garantizará que los servicios de salud se presten con pluralidad a fin de que el usuario pueda seleccionar su lugar de atención. Para esto se plantea el aprovechamiento de asociaciones público/ privadas para inversión en infraestructura, abasto de insumos y medicamentos, obra social, sistemas de información y tecnología de comunicaciones, así como en la prestación de servicios. ⁽³²⁾

2. DIAGNÓSTICO EXTERNO

La Organización Mundial de la Salud ha promovido los Comités de Farmacia y Terapéutica (CFT) en los hospitales a nivel mundial, como uno de los modelos fundamentales para promover el uso racional de los medicamentos.

2.1. LAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

BRASIL

La información técnica y científica en el desarrollo de Comités de Farmacia y Terapéutica (CFT) es bastante limitada. Aunque existen recomendaciones para el despliegue y la aplicación de estos comités, hay pocas publicaciones que revelan la existencia de los mismos en los servicios ambulatorios y hospitalarios del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. ⁽³³⁾

Sin embargo, a pesar de la Política Nacional de Medicamentos para establecer la "adopción de las relaciones de medicamentos esenciales" y la "promoción del uso racional", como principales directrices para los servicios de salud, aún no existe una institucionalización política integral de comités de farmacia y terapéutica. Los datos que comparan los pocos comités existentes en Brasil con los comités de los países desarrollados demuestran que, además de la ausencia de normas específicas, también hay mecanismos de evaluación de discapacidad y

seguimiento de los trabajos de la comisión, que contribuye al desarrollo de actividades de selección de medicamentos en el país. ⁽³⁴⁾

CHILE

En 2013 en Chile, Juan F Collao et al. ⁽³⁵⁾ Realizan un estudio para explorar las políticas y procedimientos para la selección y uso de medicamentos en un grupo de hospitales en Chile, para esto se distribuyó un cuestionario de encuesta nacional para investigar el papel y el funcionamiento de los comités farmacia y terapéutica, en este estudio se concluye que existe la necesidad urgente de desarrollar políticas de medicamentos en los hospitales en Chile. Que los procedimientos utilizados para la compra de medicamentos deben ser revisados por un comité y este a su vez podría ayudar a asegurar un uso más racional de los medicamentos.

COSTA RICA

Costa Rica es uno de los países con una fuerte política de medicamentos, la cual está guiada por un comité de farmacia y terapéutica, el cual es denominado Comité Central de Farmacoterapia. Además su sistema de salud es uno de los mejores de Latinoamérica y brinda sus servicios a través de la Caja costarricense de Seguro Social (CCSS). La CCSS con su Política de Medicamentos, ofrece una selección de los medicamentos más seguros, eficaces y de calidad para que sean prescritos, dispensados y administrados a las personas atendidas en sus servicios con cobertura en todo el país, en concordancia con los principios del uso racional de medicamentos; esa selección se plasma en la Lista Oficial de Medicamentos, la cual se revisa y actualiza constantemente bajo la tutela del Comité Central de Farmacoterapia y su ente operativo, el Dpto. de Farmacoepidemiología, atendiendo los mandatos de la legislación vigente. ⁽³⁶⁾

CUBA

En Cuba el Ministerio de Salud Pública implementó los comités de farmacia y terapéutica (CFT) en el año 1991 como parte del primer Programa Nacional de Medicamentos (PNM), en los policlínicos y hospitales del país, dirigido inicialmente a controlar la prescripción médica y garantizar el acceso y el uso racional de los medicamentos en la población, debido a la situación económica imperante en el país en esos años. Posteriormente el PNM se perfeccionó e incluyó acciones relacionadas con la distribución y la dispensación de medicamentos, sin embargo no es hasta 1996, con la creación de la estrategia de la farmacoepidemiología, que el PNM incluye dentro de las funciones del CFT la calidad del uso de los fármacos. En los policlínicos, el PNM contempla al CFT como el órgano asesor del director para la toma de decisiones en los problemas relacionados con los medicamentos.⁽³⁷⁾

AUSTRALIA

En 2010 se realizó el estudio "Perspectives on Drug and Therapeutics Committee Policy Implementation"⁽³⁸⁾ cuyo objetivo fue explorar las opiniones respecto. (1) La percepción de las barreras. (2) Formas de mejorar la aplicación de las políticas de medicamentos y (3) aplicación de las políticas por parte del comité de farmacia y terapéutica. Y concluyen que a pesar de que este estudio se realizó en Australia, los desafíos que enfrentan los CFT en otros países son probablemente similares. Propiedad, influencia social, y los recursos son cuestiones importantes en la implementación de políticas / directrices para muchos CFT. El tiempo y la experiencia invertida en la toma de decisiones podrían verse afectadas, si las políticas del CFT no son eficaces en la práctica tanto en Australia como a nivel internacional.

ESPAÑA

En España, los medicamentos hospitalarios son evaluados y seleccionados por la farmacia local y comités de farmacia y terapéutica. De todos los fármacos evaluados, los fármacos contra el cáncer son particularmente importantes debido a su impacto presupuestario y el valor añadido a veces discutible con respecto a las alternativas existentes. Una vez que un fármaco se ha seleccionado, el CFT puede establecer las condiciones para su uso, de manera que el fármaco se utiliza solamente en los subgrupos de pacientes donde tendrá beneficios clínicamente significativos y donde el costo se ha tenido en cuenta.⁽³⁹⁾

ESTADOS UNIDOS

Los formularios han sido utilizados por un amplio espectro de organizaciones en los EE.UU durante las últimas décadas. En 1965, la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales da el mandato de que los hospitales tienen que tener un comité de farmacia y terapéutica; y a medida que avanzó la farmacoterapia, el comité se cargó de la evaluación de fármacos y cada vez más a actividades más complejas como la seguridad, la eficacia y el costo. Una encuesta entre los miembros ACMT en 2007 reveló que 46% de sus médicos toxicólogos participó en el comité de farmacia y terapéutica. "En nuestra experiencia, la perspectiva única y relevante de un médico toxicólogo ha demostrado ser una adición bienvenida, mutuamente beneficiosa a este comité."⁽⁴⁰⁾

De acuerdo con la experiencia internacional, se sugiere que aumentar el rendimiento de los comités de farmacia y terapéutica puede conducir a mejoras en la calidad del consumo de medicamentos y en la atención al paciente. Un comité influyente puede tomar las medidas adecuadas para el diseño de políticas farmacéuticas viables.

2.2. RETOS PARA LOS COMITÉS DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA.

1. Aceleración del Crecimiento en el Número de Adultos Mayores

El resultado de los cambios demográficos y la expansión de los beneficios de farmacia pueden producir ya sea la tormenta perfecta o una oportunidad para mejorar la salud de los adultos de edad avanzada; Este cambio no sólo tendrá importantes implicaciones para la cantidad de medicamentos utilizados, pero, debido a la fisiología del envejecimiento, también requerirá un seguimiento cuidadoso para evitar reacciones adversas a medicamentos (RAM) causadas por polifarmacia (el consumo diario normal de múltiples medicamentos, así como el uso de medicamentos de alto riesgo y la dosificación inapropiada) y otros factores. Por lo cual el papel de los comités seguirá creciendo y abrirá la oportunidad de mejorar la participación de los comités y sus miembros en el proceso y ejecución de la atención médica.⁽⁴¹⁾

2. Escasez de Medicamentos en las Instituciones de Salud

La escasez expone a la organización a consecuencias adversas financieras y aumentan el riesgo de errores de medicación, por lo tanto, los comités en estas organizaciones, deben insistir en la seguridad del paciente. Debe realizar una evaluación de las nuevas amenazas para la seguridad del paciente, tales como la introducción de una vía para el uso de sustitutos de medicamentos cuando exista escasez de un medicamento. Ya que no sólo surgen amenazas legales por la mayor utilización de sustitutos de medicamentos; también podrían provenir de pronto las presiones financieras provocadas por los modelos de prestación de atención de salud emergente en los mercados de seguros públicos y privados.⁽⁴²⁾

3. Crecimiento de los Sistemas de Salud

A medida que el sistema de salud evoluciona, el comité de farmacia y terapéutica se va adaptando en el paso. Hoy, sin embargo, es más importante que nunca utilizar los comités para tomar decisiones para un mayor volumen de pacientes que han sido incorporados en sistemas de salud más grandes. Por ejemplo, no sólo un sistema de salud tiene que tener en cuenta que los pacientes necesitan medicamentos en el hospital, sino que también debe tener en cuenta los medicamentos que sus pacientes van a necesitar en su casa para sostener los resultados positivos para la salud y evitar la readmisión.⁽⁴³⁾

4. Las Compañías Farmacéuticas y Los Conflictos de intereses

En esta era de productos de especialidades farmacéuticas caras, lanzadas al mercado por las grandes farmacéuticas y el aumento de precios de los medicamentos, conduciría a la reducción del acceso y el aumento de los costos para a los consumidores. El contar con un comité de farmacia y terapéutica ayudaría asegurarse de que el formulario cubre una gama de fármacos a través de una amplia distribución de categorías terapéuticas y clases, y esto proporciona un acceso adecuado a los medicamentos que se en guías de tratamiento y que son indicativo de las mejores prácticas generales.⁽⁴⁴⁾

Los médicos y los miembros del comité de farmacia y terapéuticas son propensos a la implicación con la industria farmacéutica. Los fondos para las reuniones educativas y cursos de formación y fondos para la investigación clínica recibida de los fabricantes son algunas de las oportunidades frecuentes de la industria farmacéutica para influir en los miembros. Por lo que se sugiere que los miembros con conflictos potenciales deben abstenerse de tales relaciones o no ser parte del proceso de selección de medicamentos.⁽⁴⁵⁾

3. OBJETIVOS Y PRIORIDADES.

OBJETIVO: Diagnosticar la situación de los Comités de Farmacia y Terapéutica en los hospitales del Sistema de Salud en Nayarit (SSN) y construir una propuesta de mejora.

Específicos:

1. Identificar los comités existentes en las unidades.
2. Analizar su desempeño.
3. Desarrollar una propuesta de mejora.

PRIORIDADES:

Utilizar la metodología de Proyecto de Desarrollo Institucional en Salud (Ver Anexo 1) para realizar diagnóstico situacional de los comités de farmacia y terapéutica en Nayarit y generar así una propuesta de mejora.

4. ESTRATEGIAS

1 BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN REFERENTE AL TEMA EN LAS BASES DE DATOS CLASIFICADAS.

- Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, así como una búsqueda manual de artículos científicos. (Ver anexo 2)
- Se identificó y sintetizó la información disponible sobre los comités de farmacia y terapéutica.

2. ENTREVISTA

Con base a la guía práctica de la Organización Mundial de la Salud para los comités de farmacia y terapéutica se realizó un cuestionario para la entrevista. (Ver Anexo 3).

La entrevista se aplicó al personal que se identificó como encargado del comité o en su caso encargado de farmacia, de cada uno de los 7 Hospitales del municipio de Tepic, Nayarit (Hospital General de Zona 1 "Dr. Luis Ernesto Miramontes" del IMSS, Hospital Civil "Dr. Antonio González Guevara" de la SSA, Hospital General del ISSSTE "Dr. Aquiles Calles Ramírez". Hospital San Rafael, Hospital La Loma, Hospital Puerta de Hierro Tepic, y Hospital San Felipe.

Todas las preguntas de la encuesta fueron categóricas, y podían ser de tres tipos: preguntas cerradas con posibilidad de una única respuesta, preguntas cerradas con posibilidad de múltiples respuestas, y preguntas abiertas. Para la mayoría de las preguntas cerradas se facilitó la opción «otros» con un campo abierto para ser usado si el encuestado consideraba que ninguna de las opciones disponibles se ajustaba a su respuesta.

3. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se realizó un análisis de datos mediante tablas de frecuencias y porcentajes, agrupando las preguntas en 2 grupos temáticos:

1. Estructura y procesos del comité de farmacia y terapéutica.
2. Resultados obtenidos por el comité de farmacia y terapéutica.

–

5. RESULTADOS PRELIMINARES

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

La entrevista se estructuró con base a la guía práctica de la Organización Mundial de la Salud para los comités de farmacia y terapéutica

Al inicio de cada entrevista se preguntó sobre si existía en el hospital dentro su estructura organizacional el comité de farmacia y terapéutica, en ningún hospital existe como tal, solo en los hospitales privados (Hospital San Rafael, Sanatorio la Loma, Hospital Puerta de Hierro y Hospital San Felipe) se realizan sesiones como parte de un comité de farmacia y terapéutica.

ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA

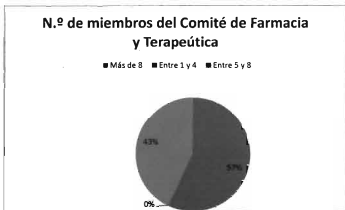
Primera parte: Estructura y Procesos del Comité de Farmacia y Terapéutica

Cuatro (57.14%) de los 7 hospitales donde se realizó la entrevista respondieron que los miembros que componen al comité son más de 8 personas, mientras que los otros tres (42.86 %) respondieron que lo conforman entre 5 y 8 miembros. Por otra parte, los 7 hospitales, no cuentan con profesionales de dedicación exclusiva a las actividades del comité.

Cuatro (57.14%) de los 7 hospitales en donde se realizó la entrevista disponen de un Manual de Procedimientos (MP) que regula su actividad, en estos el manual se actualiza con una frecuencia inferior a cuatro años. Mientras que los otros tres (42.86%) hospitales no cuentan con un manual, por lo tanto no hacen actualizaciones.

Todos los hospitales consultan una amplia cantidad de documentación. Todos afirmaron emplear búsquedas bibliográficas, además también afirmaron apoyarse en las guías terapéuticas institucionales.

Número de miembros que conforman un Comité de Farmacia y Terapéutica



Algún miembro del Comité tiene dedicación exclusiva a su labor en el mismo

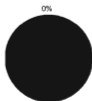


Dispone el Comité de un Manual de Procedimiento (MP) que describa el proceso de evaluación del medicamento



Dispone de un MP de acceso público

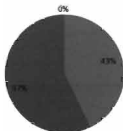
■ Sí ■ No



Con qué periodicidad se revisa el Manual de Procedimientos

Periodicidad con la que el CFT revisa el manual de procedimientos

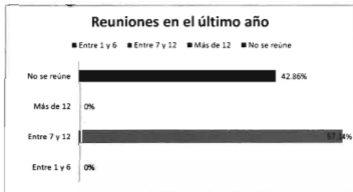
■ De 2 a 4 años ■ Menos de 2 años ■ Más de 4 años



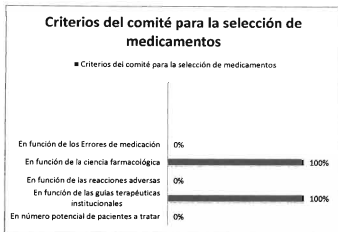
Con que periodicidad se reúne el comité



Cuántas reuniones hubo en el último año

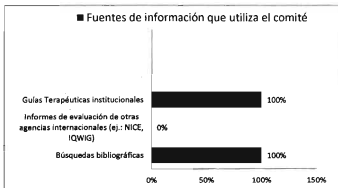


Cuáles son los criterios que utiliza el Comité para seleccionar los medicamentos (Multirrespuesta)



*Todos los hospitales coincidieron en los criterios de selección: en función de las guías terapéuticas institucionales y en función de la ciencia farmacológica

Qué fuentes de información utiliza el Comité



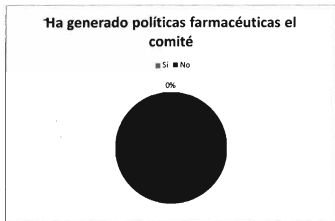
*Todos los hospitales coincidieron en la utilización de fuentes de información mediante búsquedas bibliográficas y guías terapéuticas institucionales con o sin CFT

Segunda parte: Resultados obtenidos por el comité de farmacia y terapéutica

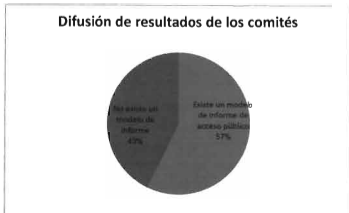
Cuatro (57.14%) de los 7 hospitales en los que se realizó la entrevista mencionan que manejan reuniones de comité, en donde la decisión final sobre la recomendación de un medicamento se toma habitualmente por consenso, y disponen de un tipo normalizado de informe que utilizan para presentar los resultados de las recomendaciones, el cual no es de acceso público, solo los miembros del comité tienen acceso al informe de evaluación preliminar, se les permite realizar alegaciones sobre el informe preliminar y afirman dar respuesta a las mismas.

Mientras que en los otros tres hospitales (42.86%) no realizan ninguna de estas acciones, toman las recomendaciones de sus guías clínicas institucionales.

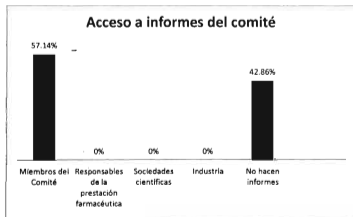
Ha generado políticas farmacéuticas el comité



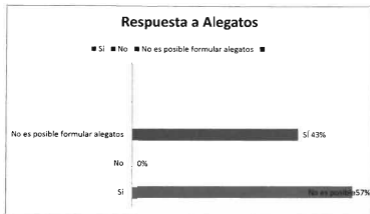
Cómo difunden los resultados de las reuniones de los comités



Quién tiene acceso a los informes del Comité



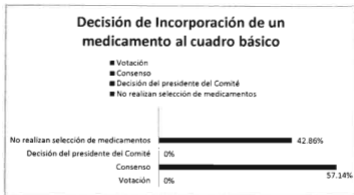
Se da respuesta a los alegatos generados en el informe preliminar



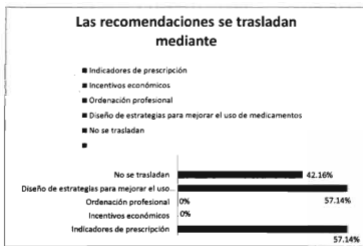
Los alegatos, ¿son incorporados al informe final?



La incorporación de un medicamento al cuadro básico se decide mediante



Las recomendaciones del Comité con relación a los medicamentos se trasladan a la práctica clínica mediante (Multirrespuesta)



Qué impacto tienen las recomendaciones del comité de farmacia y terapéutica



OBSERVACIONES

- Los comités de farmacia y terapéutica en el estado de Nayarit no existen formalmente en los hospitales del sector público ni en los hospitales del sector privado.
- A pesar de no existir los comités de farmacia y terapéutica en los hospitales del sector público se considera su implementación a futuro.
- Los hospitales privados buscan establecer los comités de farmacia y terapéutica para su acreditación por parte del Consejo General de Salud (CSG).
- Se considera necesario mejorar la gestión de los medicamentos estableciendo la formación de comités de farmacia y terapéutica.

6. PREVISIÓN DE RECURSOS

• FINANCIAMIENTO

Los recursos se obtendrán del presupuesto del gobierno estatal destinado al sistema estatal de salud en las diferentes instituciones del sector salud.

• PERSONAL

Los miembros del comité farmacia y terapéutica deben seleccionarse atendiendo a sus cargos, responsabilidades y deben tener atribuciones definidas. En México, la recomendación para la constitución del comité de Farmacia y Terapéutica, señala que el comité debe estar conformado por:⁽⁴⁶⁾

1. **Presidente:** el director del hospital, quien podrá delegar en el subdirector
2. **Secretario Técnico:** jefe del servicio de farmacia.
3. **Vocales:**
 - a) Un médico representante del Servicio de Medicina Interna.
 - b) Un médico representante de las especialidades médicas del hospital.
 - c) Un médico representante de las Áreas de Medicina Crítica.
 - d) Dos representantes de los Servicios Quirúrgicos y de Anestesiología.
 - e) Dos representantes de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico, Imagenología y Laboratorio Clínico del Hospital.
 - f) La Jefatura de Enfermería del Hospital.
 - g) El coordinador o responsable de Farmacovigilancia.
 - h) El Gestor de Calidad del Hospital.
 - i) Un representante de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica y/o servicio de Medicina Preventiva.
 - j) Un representante de la jefatura o unidad de Enseñanza.
 - k) Un representante de la Administración del Hospital, cuando se traten temas vinculados a competencias del área de enseñanza.

7. METAS E INDICADORES

La finalidad de un comité de farmacia y terapéutica es asegurar que se proporciona a los pacientes una asistencia de la mejor calidad y con el menor costo posible, determinando qué medicamentos deben estar disponibles, y a qué costo, y cómo deben utilizarse.

METAS:

META: Conocer el estado de los Comités Farmacia y Terapéutica en los hospitales del Sistema de Salud en Nayarit (SSN) y Construir una Propuesta de Mejora.

- ❖ Proponer estrategias que favorezcan el uso racional y mejorar el costo efectividad en el uso de los medicamentos.
- ❖ Fomentar la creación del Comité de Farmacoterapéutica que coordine y supervise la política de medicamentos en los establecimientos de salud en Nayarit.
- ❖ Fomentar iniciativas como: programas de educación y capacitación continúa a los profesionales de la salud, familiares y pacientes en materia de uso de medicamentos.

INDICADORES

Los indicadores proporcionan a los administradores responsables de la atención de salud, información sobre el uso de medicamentos, las prácticas de prescripción y aspectos importantes de la atención a los pacientes.⁽⁴⁷⁾

Indicadores centrados en el fármaco

1. Costo anual de medicamentos por habitante cubierto.
2. Costo anual de medicamentos por habitante atendido.
3. Costo anual por visita.

4. Envases por receta (en un período).
5. Costo por receta prescrita (en un período).

Indicadores Centrados en el comité de farmacia y terapéutica

(Número de Acuerdos logrados/ Número de Comités)*(100)

(Número de Acuerdos implantados / Número de Acuerdos logrados)*(100)

(Número de Acciones transformadoras / Número Acuerdos logrados)*(100)

8. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

SEGUIMIENTO: el seguimiento es fundamental para asegurar la resolución adecuada de los problemas que pudieran existir.

Se dará seguimiento al desarrollo del comité de farmacia y terapéutica a través de sistemas informativos y de comunicación que permitan la mejora continua de sus procesos y por ende una gestión de la farmacoterapia más efectiva. Por ejemplo: brindando información a los profesionales de la salud sobre el uso de medicamentos mediante la elaboración de material informativo, creación de bases de datos relacionadas con farmacoepidemiología y utilización de medicamentos.

EVALUACIÓN: El comité de farmacia y terapéutica debe crear estándares de procedimientos nacionales que puedan utilizarse de una manera regular y que permitan la evaluación sistemática del progreso de los tratamientos o de los resultados de los mismos en los pacientes o en grupos de pacientes. La autoevaluación es una buena forma detectar, modificar o interrumpir actividades, ya que deben evaluarse de forma periódica (al menos una vez al año) y las que no produzcan mejoras significativas en el uso de medicamentos deben diseñarse nuevamente para proporcionar mejoras considerables.

Una forma de evaluación del comité dentro de las instituciones sería mediante cuestionarios y entrevistas para identificar los criterios de selección de

medicamentos y así promover el uso racional de medicamento; teniendo en cuenta la estructura y las actividades que en ella se desarrollan (procesos) para asegurar la mejora de la atención prestada

9. PROPUESTA DE MEJORA PARA LA CREACIÓN DEL COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA HOSPITALARIO.

El objetivo de esta propuesta es gestionar de forma razonable la utilización de los medicamentos y conseguir las bases para la creación del comité de farmacia y terapéutica.

El proceso de gestión de medicamentos realizado por el sistema sanitario público necesita elementos de éxito tangibles, ya que se asume el riesgo de una decisión controvertida desde la perspectiva política. La relevancia del gasto y utilización de medicamentos hacen que este punto sea clave para dotar de credibilidad gestora al proyecto.

Bases organizativas del proyecto de gestión de medicamentos

La magnitud e importancia del desarrollo de la gestión de medicamentos requiere la existencia de un entorno de responsabilidad funcional y de recursos para llevarlo a cabo.

Lamentablemente el único ámbito actual de gestión del medicamento del cual se dispone en el Sistema de Salud de Nayarit es el servicio de farmacia, cuyas funciones están centradas en el entorno intrahospitalario, el cual presenta deficiencias en sus procesos de gestión, por lo cual, se debe conformar una unidad de farmacia capaz de ampliar su radio de acción de la gestión de medicamentos en el interior del hospital a la gestión integrada de los medicamentos, convirtiéndose de hecho en un servicio longitudinal de soporte a las actividades terapéuticas del conjunto de dispositivos asistenciales del complejo y coordinar sus actuaciones con el resto de procesos de desarrollo de elementos

de integración clínica, una forma es la creación de los comités de farmacia y terapéutica.

La Unidad de Farmacia deberá tener las siguientes funciones:

1. **Estratégica:** dar soporte a las estructuras necesarias para definir la política de medicamentos.
2. **Coordinadora:** coordinar los elementos de política de medicamentos en todos los programas longitudinales del área.
3. **Integradora:** fijar políticas transversales de uso integrado de medicamentos a los diferentes agentes implicados (política de antibióticos del área, etc.).
4. **Operativa:** ser elemento de referencia y soporte a los profesionales sanitarios del área en materia de medicamentos.
5. **Analítica:** disponer y analizar la información necesaria sobre uso de medicamentos.
6. **Priorizadora:** identificar problemas y plantear intervenciones de mejora.
7. **Evaluadora:** evaluar la situación y los efectos de los programas diseñados.
8. **Gestora:** garantizar mediante el diseño y la evaluación de objetivos e intervenciones el uso más adecuado y eficiente posible de los medicamentos.

Los elementos operativos necesarios para asumir estas funciones son:

- **Acceso a sistemas de información y revisión** de las evidencias capaces de dar soporte a las actuaciones de los profesionales.
- **Sistemas de información sobre medicamentos** tanto de tipo pasivo (boletines de actualización) como activos a requerimiento de los profesionales (centro de información farmacoterapéutica).

- **Programa de formación para profesionales** en farmacología y farmacoterapia, centrándose sobre todo en la transmisión de elementos que mejoren el análisis cualitativo, la revisión crítica y la valoración de novedades terapéuticas.
- **Recursos humanos:** descentralizados y con responsabilidad sobre el ámbito asistencial de esas decisiones. Los recursos necesarios, dada la magnitud del problema, se cifrarían en un farmacéutico- farmacólogo.

Las funciones de estos profesionales en su ámbito serían:

- Soporte a las decisiones clínicas de los profesionales sanitarios de su ámbito de influencia.
- Implementación de los programas de información y formación diseñados.
- Análisis y evaluación de la utilización de medicamentos.
- Fijación de objetivos en materia de uso de medicamentos.
- Coordinación con todos los programas de gestión de calidad y desarrollo de criterios clínicos.
- Gestión de la calidad de los sistemas de registro de utilización de medicamentos.
- Análisis y propuesta de medidas de intervención para la mejora del uso de medicamentos.

Un punto clave y esencial del proyecto es el desarrollo de una estructura participativa, con implicación de los diferentes agentes para la definición de las políticas de medicamentos del Estado de Nayarit. Esta estructura se conformaría en vertientes a través de un Comité de Farmacia y Terapéutica, así como subcomisiones o grupos de trabajo en los diferentes ámbitos descentralizados. Estas comisiones deben integrar profesionales de la organización de todos los ámbitos asistenciales y profesionales externos implicados (por ejemplo, oficinas de farmacia), y deben convertirse en órganos de análisis y definir las actuaciones, así



como adaptar las políticas generales en materia de medicamentos y coordinarse con otros elementos y programas afines.

EL PROYECTO CONSTARA DE 4 FASES

La primera fase: tendrá una duración aproximada de seis a doce meses (en función de los recursos), se dedicaría básicamente a completar el análisis de la situación y a la preparación de las fases siguientes.

La segunda fase: prácticamente se enfocaría al desarrollo estructural y de intervenciones de primera generación sobre la utilización de medicamentos. Además, en esta segunda fase se deben consolidar los elementos de desarrollo iniciados en la primera fase, así como implementar los programas generales de información y formación.

La tercera fase: consistirá en la evaluación del impacto de la fase dos y la continuidad de las acciones diseñadas en las fases anteriores si fuera necesario. Además en este punto se iniciarían las intervenciones de segunda generación, que tienen por objeto desarrollar estrategias de gestión del fármaco integradas ya en procesos asistenciales.

La cuarta fase: Se centraría en el desarrollo de intervenciones de tercera generación y mantenimiento de los procesos de las anteriores fases. Pues en esta fase se supone un momento de madurez en la gestión del fármaco que demanda la persistencia de todas las acciones desarrolladas y su mantenimiento.

El proyecto como tal finalizaría en este punto para entrar definitivamente en un planteamiento de retroalimentación dinámica y mantenimiento de todas las acciones.

En la siguiente tabla se describe las fases del proyecto, las acciones de cada fase, los puntos críticos y el impacto esperado del proyecto.

FASE	OBJETIVO	ACCIONES CRÍTICAS	DURACIÓN	RECURSOS	Impacto Esperado
I	<ul style="list-style-type: none"> -Disponer de una organización capaz de liderar el proyecto. -Disponer de líneas estratégicas marcadas. -Creación de un área de Farmacoterapéutica. -Marcar líneas de intervención de las fases siguientes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Creación y dotación de la unidad de farmacia. -Estructuración de los grupos de participación por ámbitos descentralizados. -Constitución del Comité de Farmacia y Terapéutica. -Plan de Comunicación. 	6 a 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> 3 especialistas farmacólogos o farmacéuticos en el ámbito ambulatorio. 1 especialista en la unidad de farmacia para coordinar acciones. 	Incorporación de la cultura de racionalización de medicamentos
II	<ul style="list-style-type: none"> -Disponer de sistemas de información interna. -Diseñar e implementar intervenciones de primera generación. -Desarrollar estructura y elementos de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Diseño y desarrollo del sistema de información. -Diseñar, implantar y evaluar intervenciones de primera generación -Iniciar el desarrollo de programas de formación. 	12 meses	Sistema de información en implantación.	<ul style="list-style-type: none"> Mejora en selección de fármacos Mejora en sistemas de información.
III	<ul style="list-style-type: none"> -Crear guías de práctica clínica (GPC). -Disponer de una auditoría terapéutica. -Implantar intervenciones de segunda generación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Consensuar e implantar una GPC. -Realizar una auditoría terapéutica. -Diseñar e implantar intervenciones de segunda generación. 	12 meses	Recursos para acceder de forma fácil a la evidencia disponible.	Mejora en la adecuación terapéutica.

IV	<p>-Disponer de elementos de evaluación integrados.</p> <p>-Disponer de una evaluación conjunta del proceso.</p>	<p>-Desarrollo de las actividades de asesoramiento individual.</p> <p>-Evaluación Global.</p>	<p>-Mantener hasta lograr objetivos</p>	<p>Mantenimiento y mejora del sistema de información.</p> <p>-Integración en el sistema de información global (si es que está disponible).</p>	<p>Mejora de resultados finales de efectividad y seguridad en pacientes.</p>
----	--	---	---	--	--

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Salud. Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria [Internet]. México; 2009. p. 291. Recuperado a partir de: <http://goo.gl/t25Xme>.
2. Secretaría de Salud (2007). Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD. Programa de Acción específico 2007-2012. Gobierno Federal. México.
3. AIS Nicaragua. Uso irracional de medicamentos [Internet]. Nicaragua; 2009. Recuperado a partir de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/medicamentos/uso_irracional_de_medicamentos.pdf
4. Mourelle, Juan Antonio Furones María Aida Cruz Barrios LBV. Importancia de los comités farmacoterapéuticos en la toma de decisiones en salud. INFODIR [Internet]. 2013;17(IV):103-9. Recuperado a partir de: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/23/49>
5. Holloway K, Carandang DE, Hogerzeil H, Laing R, Chalker J, Couper M, et al. Comités de farmacoterapia Guía práctica [Internet].

- Ginebra, Suiza.; 2004. Recuperado a partir de: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s8121s/s8121s.pdf>
6. Acosta-jaramillo CM, Martínez-tobo LZ, Rodríguez- MA. Diagnóstico de la estructura y procesos de funcionamiento de los comités de farmacia y terapéutica de dos entidades de salud del régimen especial en Bogotá Resumen Diagnosis of the structure and operating processes of the Introducción. Rev Colomb Cienc Quim Farm [Internet]. 2012,41(1):21-35. Recuperado a partir de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/rccquifa/article/view/44863/46253>
 7. Green T, Gammouh S. Strategies to Improve Medicine Use – Drug and Therapeutics Committees [Internet]. 2012. Recuperado a partir de: <http://siapsprogram.org/wp-content/uploads/2012/09/DTC-SIAPS.pdf>
 8. Fundación Mexicana para la Salud A. Trabajando por la Salud de la Población [Internet]. Primera Ed. México,D.F.; 2011. 272 p. Recuperado a partir de: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/Doc-PolPubISFarm-vFDigital-060511.pdf>
 9. Antonio J, Juárez C, Gonzalo, Barragán M, María, Maqueo S. ELABORACIÓN DE PROYECTO DE INICIATIVA DE REFORMA A LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD [Internet]. México,D.F.; 2011. Recuperado a partir de: http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/rs/lg/RS2012_Lg_CID E.pdf
 10. Avila-Burgos L., Serván-Mori E., Wirtz V., Sosa., Rubí S., Salinas-Rodríguez A. B-AS. Seguro Popular y gasto en salud en hogares

- mexicanos : consolidar el efecto protector [Internet]. México,D.F.; 2012. Recuperado a partir de: <http://ensanut.insp.mx/doctos/seminario/M0101.pdf>
- 11.OECD. Economic Surveys Mexico [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.oecd.org/eco/surveys/Mexico-Overview-2015.pdf>
- 12.Broche Villarreal L, Alfonso Orta I, Silva Herrera L, Jiménez López G, Calvo Barbado DM, López Leyte M, et al. Propuesta Metodológica para el Funcionamiento de los Comités Farmacoterapéuticos en la Atención Primaria de Salud. Rev.cuba.med.gen.integr [Internet]. 2013;29(2):192-201. Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200010
- 13.Oscanoa TJ. Acceso y usabilidad de medicamentos: Propuesta para una definición operacional. Rev Peru Med Exp y Salud Publica [Internet]. 2012;29(1):119-26. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a18v29n1.pdf>
- 14.Dorado MF, Parejo IB, Martín JJ, José M, Dáder F. Revisión de la Medicación de Pacientes Polimedicados en Atención Primaria. Atención Primaria [Internet]. SEGO; 2013;45(4):222-3. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.11.004>
15. Frost LJ, Reich MR. Access: How Do Good Health Technologies Get to Poor People in Poor Countries? Access: How Do Good Health TechnologiesGet to Poor People in Poor Countries? Cambridge,

- Massachusetts: Harvard Center for Population and Development Studies, 2008.
16. González-Pier E, 1era ed. Sistema de protección social en salud: elementos conceptuales, financieros y operativos. México: Fondo de Cultura Económica, 2006.
 17. Arzoz-Padrés J. Política farmacéutica y competitividad: Marco jurídico. En: Situación del sector farmacéutico en México. Comité de Competitividad de la LX Legislatura. México DF: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2010:67-70.
 18. Soria-Saucedo R. Disponibilidad, precios y asequibilidad de medicamentos en la Ciudad de México (tesis). Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública, 2010.
 19. Garrido-Latorre F, Hernández-Llamas H, Gómez-Dantés O. Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México. Salud Pública México. 2008; 50(supl 4):S429-36.
 20. Secretaría de Salud. Evaluación de los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos en los Servicios Estatales de Salud 2008. México DF: Secretaria de Salud, 2008.
 21. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2010. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, DF: Secretaria de Salud, 2007.
 22. Secretaria de Salud, Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México, DF: Secretaria de Salud, 2008.
 23. OECD: Reviews of Health Care Systems: Mexico 2016 <http://dx.doi.org/10.1787/978926423049en>.
 24. Reyes Tépac M, Amador Quintero: "El Presupuesto Público Federal para la FUNCIÓN SALUD, 2015-2016". Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-26-15.pdf>.

25. Velázquez Ramírez M. Presupuesto en Salud 2016 y Ajuste Preventivo; Canifarma 2016. Disponible en: <http://codigof.mx/presupuesto-en-salud-2016-y-ajuste-preventivo/>
26. Informe de Resultados para el primer semestre de 2009. México, D.F.: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2009.
27. Murayama-Rendón, C. (2011). Adquisición de medicamentos en el Seguro Popular: ineficiencia e inequidad. *Gac Med Mex*, 147, 497-503.
28. KNAUL, Felicia Marie, et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *salud pública de México*, 2013, vol. 55, no 2, p. 207-235.
29. Wirtz, V. J., Serván-Mori, E., Dreser, A., Heredia-Pi, I., & Ávila-Burgos, L. El surtimiento de medicamentos recetados en las instituciones públicas de salud, y el gasto en medicamentos en México en 2006 y 2012. Cuernavaca: INSP. 2012.
30. Caso Prado, P. Esquema Regulatorio de Medicamentos en México: Oportunidades y retos. Presentación realizada para el evento "Nuevas Ideas para una Regulación basada en Riesgo y Gobernanza Regulatoria en México. 2011.
31. IMSS [Internet]. Consultado: 22 de noviembre del 2016. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/compraconsolidada2016>.
32. Frenk, J. Señalando el camino hacia la cobertura universal de salud: un llamado a la acción. *MEDICC Review*, 17. 2015.
33. Marques Dirce Cruz, Zucchi Paola. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil : aquém das diretrizes internacionais. *Panam Salud Publica [Internet]*. 2006;19(6):58-63. Recuperado a partir de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000100014.
34. Santana RS, Jesus EMS de, Santos DG dos, Junior DP de L, Leite SN, Silva WB da. Indicadores da Seleção de Medicamentos em Sistemas de Saúde: uma revisão integrativa. *Rev Panam Salud*

- Pública [Internet]. 2014;1(35):228. Recuperado a partir de: <http://www.paho.org/>.
35. Collao JF, Smith F, Barber N. Selection of medicines in Chilean public hospitals : an exploratory study. BMC Health Serv Res [Internet]. BMC Health Services Research; 2013;13(1):1. Recuperado a partir de: BMC Health Services Research.
36. Tinoco-mora Z. COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA. FÁRMACOS [Internet]. 2007;18:1-2. Recuperado a partir de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/farmacos/v18n1-2/art4.pdf>.
37. Broche Villarreal L, Alfonso Orta I, Silva Herrera L, Jiménez López G, Calvo Barbado DM, López Leyte M, et al. Propuesta Metodológica para el Funcionamiento de los Comités Farmacoterapéuticos en la Atención Primaria de Salud. Rev.cuba.med.gen integr [Internet]. 2013;29(2):192-201. Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200010.
38. Tan EL, Day RO, Brien JE. Perspectives on Drug and Therapeutics Committee policy implementation. Res Social Adm Pharm [Internet]. 2005;1(4):526-45. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17138494>.
39. Lozano-Blázquez A, Calvo-Pita C, Carbajales-Álvarez M, Suárez-Gil P, Martínez-Martínez F, Calleja-Hernández MÁ. Drug assessment by a Pharmacy and Therapeutics committee: From drug selection criteria to use in clinical practice. Ther Clin Risk Manag [Internet]. 2014;10(1):527-35. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4096492/pdf/tcr-10-527.pdf>.
40. Perrone J, Nelson LS. Pharmacy and therapeutics committees: leadership opportunities in medication safety for medical toxicologists. J Med Toxicol [Internet]. 2011;7(2):99-102.

- Recuperado a partir de:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3724438&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
41. Care L, Stefanacci RG, Richard G. The Expanding Role of P & T Committees. *P&T COMMUNITY* [Internet]. 2003;28(11):720-3. Recuperado a partir de:
<https://www.ptcommunity.com/journal/article/archives/2003/11/720/expanding-role-pt-committees-long-term-care-0>
- 42.1. Donnell JTO, Vogenberg FR. Drug Shortages Pose Problems for P&T Committees in Accountable Care Organizations. *Pharm Ther* [Internet]. 2013;38(7):404-6. Recuperado a partir de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776493/pdf/ptj3807404.pdf>.
- 43.1. Vogenberg FR, Gomes J. The Changing Roles of P & T Committees A Look Back at the Last Decade and a Look Forward to 2020. *Pharm Ther* [Internet]. 2014;39(11). Recuperado a partir de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4218672/pdf/ptj3911760.pdf>.
- 44.1. Barlas S. Drug Companies and Physicians Push For Tighter P&T Committee Standards. *Pharm Ther* [Internet]. 2016;41(4):1-2. Recuperado a partir de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4811248/pdf/ptj4104206.pdf>.
45. Lima-Dellamora EDC, Caetano R, Gustafsson LL, Godman BB, Patterson K, Osorio-de-Castro CGS. An Analytical Framework for Assessing Drug and Therapeutics Committee Structure and Work Processes in Tertiary Brazilian Hospitals. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* [Internet]. 2014;115:268-76. Recuperado a partir de:
<http://doi.wiley.com/10.1111/bcpt.12215>

46. COFAT. [Internet]. Consultado: 27 de Mayo del 2015 Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/instruccion/instruccion_311.pdf.
47. Peiro S, Meneu R. Indicadores de prescripción. Problemática actual, limitaciones y perspectivas. Ed. MASSON, 2004.

11. ANEXOS

Anexo 1

TOMADO DE LA GUÍA GENERAL DE LOS EJERCICIOS ACADÉMICOS PARA TITULACIÓN

1.2.7. PROYECTO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL EN SALUD.

(Adaptado de GUÍA MÍNIMA PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE DESARROLLO INSTITUCIONAL de la UNAM, agosto 2008)

Criterios metodológicos de los componentes del proyecto de desarrollo institucional

La institución seleccionada deberá tener una clara relación con la salud de la población, un conglomerado o un estrato de la misma o con sus determinantes.

El documento rectorial tendrá la siguiente estructura:

1. DIAGNÓSTICO.

Consiste en el conocimiento y análisis del desarrollo de la realidad de la institución objeto de estudio, su situación pasada, actual y sus tendencias, con el propósito de identificar los principales problemas y obstáculos para su desarrollo. Comprende dos dimensiones:

- Diagnóstico externo o exploración del entorno.
- Diagnóstico interno.

2. OBJETIVOS Y PRIORIDADES.

Constituyen los logros que deben alcanzarse como resultado de la ejecución de un proyecto de desarrollo, expresan su intencionalidad, representan las soluciones a los problemas y a las necesidades detectadas a partir de la exploración del entorno y del diagnóstico interno.

3. LAS ESTRATEGIAS.

Una vez identificados los objetivos y prioridades, se deben seleccionar las estrategias que habrán de seguirse. Una estrategia describe cómo lograr algo. Es un proceso para determinar el curso de las acciones que la institución u organización necesita instrumentar para avanzar en el logro de sus objetivos. La estrategia es la forma como se dirige el cumplimiento de un plan y la consecución de las acciones programadas.

El diseño de las estrategias debe contemplar dos elementos: uno político y otro técnico. El elemento político tiene como propósito lograr la aceptación y la concurrencia de los diferentes actores y grupos que existen en la institución; busca hacer permeable la voluntad colectiva institucional con respecto a los fines propuestos; convencer de los beneficios a largo plazo que pueden lograrse y, en última instancia, tener el consenso para la ejecución del plan en todas sus etapas.

El elemento técnico considera la cantidad y el tipo de insumos necesarios para poner en marcha las acciones programadas, la cantidad y tipo de personal necesario en cada etapa del plan, y el control y seguimiento de las actividades, con el fin de que mantengan el rumbo hacia los objetivos y metas en los plazos estipulados.

4. PREVISIÓN DE RECURSOS.

La previsión de los recursos constituye el proceso de programación, el cual debe de mantener la coherencia entre los objetivos por alcanzar, las actividades a

realizar y los recursos a emplear. En términos sistémicos, los recursos son los insumos necesarios para realizar cualquier plan y son: humanos, técnicos, financieros y materiales.

5. METAS E INDICADORES

Las metas son la expresión cuantitativa de los objetivos, y enuncian la magnitud o grado de realización de un objetivo en un tiempo determinado pero sobretodo expresan puntualmente los compromisos de la institución. Las metas son la parte más visible del plan y son la referencia inmediata para calificar el grado de avance y cumplimiento de los compromisos institucionales. La meta hace referencia muy concreta al cuánto y al cuándo. A su vez los indicadores son el conjunto de parámetros que con la información del proceso de ejecución del plan de trabajo permitirán medir el grado de avance de los proyectos y programas. Se trata de la determinación de las relaciones y variables que se irán modificando conforme se realicen las acciones contempladas en el plan.

Establecido con claridad un indicador, sin importar si se establece en términos absolutos o relativos, se pueden precisar las metas con las que se podrá evaluar si el objetivo se cumplió o no, si se está en tiempo de alcanzarlo o no, o si de plano será imposible obtener dicho logro.

6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.

El seguimiento es un instrumento indispensable de gestión de los programas o proyectos de un plan. La labor de seguimiento sirve de base para hacer efectiva la responsabilidad en el uso de los recursos destinados al plan de desarrollo. Se trata de la verificación oportuna del cumplimiento de las acciones previstas y, en caso, en la posibilidad de valorar e introducir los ajustes que se consideren necesarios para garantizar el cumplimiento del plan

La finalidad de la evaluación es analizar si el diseño, objetivos y resultados del plan fueron los adecuados, para que a partir de ahí se puedan redefinir, en su caso, lineamientos, objetivos y acciones. La evaluación es un proceso que puede

ser realizado por terceros (externa) o por los mismos responsables de la planeación y ejecución (interna)

En el caso de la opción de TRT, se considerará el diseño teórico de un plan de seguimiento y evaluación sin llegar a desarrollarlo necesariamente.

7. BIBLIOGRAFÍA

Anexos (opcional)

Anexo 2 Búsqueda bibliográfica

Búsqueda en Pubmed

Palabra o frase clave	Citas en el artículo	< 5 años	Artículos completos No libres	Citas en Título resumen	Artículos completos libres	Artículos útiles
pharmacy and therapeutics committee	1164	105	95	24	43	6
pharmacotherapy committee	8681	2371	2253	3	820	5

Fuente: Elaboración propia

Búsqueda en LILACS

Palabra o frase clave	Citas en el artículo	< 5 años	Artículos completos no libres	Citas en Título resumen	Artículos completos libres	Artículos útiles
pharmacy and therapeutics committee	33				15	4
pharmacotherapy committee	63				45	3

Fuente: Elaboración propia

Búsqueda en EBSCO

Palabra o frase clave	Citas en el artículo	< 5 años	Artículos completos no libres	Citas en Título resumen	Artículos completos libres	Artículos útiles
pharmacy and therapeutics committee	2059	944			877	8
pharmacotherapy committee	101	47			45	5

Fuente: Elaboración propia

Anexo 3

El objetivo del cuestionario es conocer el funcionamiento y procesos de trabajo de los Comités Farmacoterapéuticos de Tepic, Nayarit.

Secciones de la entrevista:

1. Estructura y Proceso de trabajo del comité de farmacia y terapéutica
2. Resultados obtenidos por el comité de farmacia y terapéutica

1. ESTRUCTURA Y PROCESO DE TRABAJO

¿Dispone el Comité de un Manual de Procedimiento (MP) que describa el proceso de evaluación del medicamento?

- Dispone de un (MP) de acceso público
- Dispone de un (MP), pero no es de acceso público
- El Comité no dispone de un (MP)

¿Con qué periodicidad se revisa el Manual de Procedimientos (MP) del Comité?

- Menos de 2 años
- De 2 a 4 años
- Más de 4 años
- No se revisa MP

¿Cuántos miembros componen el Comité?

- Entre 1 y 4
- Entre 5 y 8
- Más de 8

¿Algún miembro del Comité tiene dedicación exclusiva a su labor en el mismo?

- Sí, ¿Quién?
- No

¿Con que periodicidad se reúne el comité?

- Mensual
- Trimestral
- Semestral
- A demanda

¿Cuántas reuniones hubo en el último año?

- Entre 1 y 6
- Entre 7 y 12
- Más de 12
- No se reúne

¿Cuáles son los criterios que utiliza el Comité para seleccionar los medicamentos? (Multirrespuesta)

- En número potencial de pacientes a tratar
- En función de las guías terapéuticas institucionales
- En función de la ciencia farmacológica
- En función de las reacciones adversas
- En función de los Errores de medicación

¿Qué fuentes de información utiliza el Comité? (Multirrespuesta)

- Búsquedas bibliográficas
- Informes de evaluación de otras agencias internacionales (ej: NICE, IQWiG)
- Guías Terapéuticas institucionales

¿Ha generado políticas farmacéuticas el comité?

Si. ¿Cuáles?

No

¿Cómo difunden los resultados de las reuniones de los comités?

- Existe un modelo de informe de acceso público
- Existe un modelo de informe, pero no es de acceso público
- No existe un modelo de informe

¿Quién tiene acceso a los informes del Comité? (Multirrespuesta)

- Miembros del Comité
- Responsables de la prestación farmacéutica
- Sociedades científicas
- Industria
- Pacientes

¿Se da respuesta a los alegatos generados en el informe preliminar?

- Sí
- No
- No es posible formular alegatos

Los alegatos, ¿son incorporados al informe final?

- Sí, en todos los casos
- Sí, en determinados caso
- No

¿La incorporación de un medicamento al cuadro básico se decide mediante?

- Votación
- Consenso

Decisión del presidente del Comité

Otros:.....
.....

¿Las recomendaciones del Comité con relación a los medicamentos se trasladan a la práctica clínica mediante? (Multirrespuesta):

Indicadores de prescripción

Incentivos económicos

Ordenación profesional

No se trasladan

Diseño de estrategias para mejorar el uso de medicamentos

¿Qué impacto tienen las recomendaciones del comité?

Impacto presupuestario

Impacto en el costo-efectividad

Impacto en el Costo-tratamiento

Impacto en el Costo - utilidad

No evaluamos el impacto