
Alternativas a la distribución de medicamentos y su retribución

R. Meneu

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia.

Correspondencia: Ricard Meneu. Fundación IISS. C/ San Vicente, 112. 46007 Valencia.
Correo electrónico: ricardmeneu@worldonline.es

Recibido: 17 de septiembre de 2001.
Aceptado: 11 de diciembre de 2001.

(Alternatives to pharmaceutical distribution and reimbursement)

Resumen

La distribución de medicamentos en España se articula mayoritariamente alrededor de las 20.000 oficinas de farmacia (OOF) independientes radicadas en el territorio. Esta situación contrasta con la de otros países en que otros proveedores sanitarios desempeñan un papel primordial en la dispensación de fármacos, o con la de aquellos cuyas farmacias forman parte de conglomerados industriales o cadenas empresariales.

Se presenta una descripción de la cadena de distribución del medicamento española –mayoristas y OOF–, destacando 5 aspectos relevantes para la consideración de alternativas: titularidad de la farmacia y actuación profesional, criterios de radicación, monopolio de dispensación, concierto automático con el Sistema Nacional de la Salud (SNS) y sistema de retribución. Se consideran algunas alternativas existentes en países de nuestro entorno: distribución a distancia, venta de especialidades farmacéuticas publicitarias en establecimientos distintos de las OOF, constitución de cadenas farmacéuticas, dispensación por proveedores, repercusiones de la prescripción electrónica y las posibilidades de la aún emergente atención farmacéutica. Asimismo se revisan las características de los sistemas de retribución de las farmacias.

Se proponen la modificación de las limitaciones a la propiedad de las OOF, el establecimiento de convenios de libre aceptación entre éstas y el SNS, y la autorización de canales alternativos o complementarios para la distribución de algunos productos. En cuanto a la retribución, se propugna un sistema mixto que contemple: a) una tarifa fija por dispensación; b) la devolución más o menos total del coste del producto; c) una retribución por servicios definidos explícitamente por el financiador, y d) para determinadas situaciones, la posibilidad de un pago fijo selectivo según los servicios concertados o una garantía de ingresos mínimos.

Palabras clave: Medicamentos. Costes. Farmacia. Regulación. Retribución. Distribución. Propiedad.

Summary

In Spain pharmaceutical distribution is carried out mainly through the 20,000 independent pharmacies located throughout the country. This situation contrasts with that in other countries where other health care providers play a major role in drug dispensation or where pharmacies form part of industrial conglomerates or commercial chains.

We describe the pharmaceutical distribution chain in Spain –wholesale and through the pharmacies– and place particular emphasis on five aspects of relevance when considering alternatives: ownership of the pharmacy and norms of professional service, criteria for setting up a pharmacy, monopoly on dispensing, automatic agreement with the Spanish national health system and reimbursement system. Several alternatives found in comparable countries are described: mail order and on-line distribution, sale of over-the counter pharmaceutical products in establishments other than pharmacies, the establishment of pharmaceutical chains, dispensing by providers, the repercussions of electronic prescribing and the possibilities of the still-emerging «Pharmaceutical Care». The characteristics of pharmacy reimbursement systems are also reviewed.

We recommend modification of limitations on ownership of pharmacies, the establishment of optional agreements between pharmacies and the Spanish national health system and the authorization of alternative or complementary channels of distribution for some products. We propose a mixed model of reimbursement that would include: a) a fixed price for dispensing; b) almost total return of the cost of the product; c) reimbursement for services explicitly defined by the financier, and d) the possibility of a selective fixed payment for certain situations depending on the agreed services or a guaranteed minimum income.

Key words: Pharmaceutical drugs. Costs. Pharmacy. Regulation. Reimbursement. Distribution. Ownership.

Nota editorial: Este artículo corresponde a un Informe Técnico encargado por la Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud (AES) en el marco del vigente acuerdo de cooperación Gaceta Sanitaria-AES, que establece un proceso de revisión editorial por expertos independientes similar al aplicado al resto de manuscritos.

Introducción

La distribución de medicamentos en España se articula mayoritariamente alrededor de las 20.000 oficinas de farmacia (OOF) independientes radicadas en el territorio. Esta situación contrasta con la de otros países en que los proveedores asistenciales –médicos y hospitales– desempeñan un papel primordial en la dispensación de fármacos, o con la de aquellos cuyas OOF forman parte de conglomerados industriales o cadenas empresariales.

En las farmacias trabaja un número considerable de profesionales cuyo conocimiento y capacitación son claramente infrautilizados por el sistema sanitario, aun considerando que una parte de sus habilidades ha perdido sentido en la situación actual, donde la calidad de los productos dispensados está fundamentalmente garantizada por sus fabricantes. A esto hay que añadir que los incentivos financieros establecidos para retribuir la distribución farmacéutica resultan inadecuados para estimular una actividad profesional específica diferente del comercio detallista.

La prestación farmacéutica ambulatoria del Sistema Nacional de Salud (SNS) alcanzó en el año 2000 un importe total a precio de venta al público (PVP) de 1.215.807 millones de ptas.¹, correspondiendo el 90% a especialidades farmacéuticas, mientras que las fórmulas magistrales y los denominados «efectos y accesorios» representan los sendos 5% restantes. El suministro de estos productos se realizó contra la entrega de 597 millones de recetas, con un importe medio de 2.037 ptas. La distribución de estos medicamentos supone unos 400.000 millones de ptas. El cálculo de los costes de distribución del resto de productos comercializados a través de la farmacia –prescripción de facultativos ajenos al SNS, especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP), productos no farmacéuticos, cosméticos, etc.– presenta mayor dificultad por diferir los márgenes aplicados en cada caso^{2,3}. A título orientativo baste señalar que, según la organización colegial, las EFP o productos OTC (*over-the-counter*) apenas representan un 5,5% del mercado⁴, o que el consumo realizado por el SNS puede cifrarse alrededor del 78% del consumo farmacéutico total⁵.

A continuación se presenta una descripción de la cadena de distribución del medicamento –mayoristas y OOF–, se consideran algunas alternativas existentes en países de nuestro entorno y se revisan las características de los sistemas de retribución de estas actividades. Finalmente se apuntan algunas conclusiones tentativas que pueden contribuir a mejorar el funcionamiento del dispositivo y dar respuesta a algunos de los desafíos que enfrenta.

La cadena de distribución en España

La producción de los laboratorios farmacéuticos llega a los consumidores principalmente a través de dos canales: la dispensación por los servicios de farmacia hospitalaria (14%) y la venta a través de las OOF (85%). Mientras los hospitales compran el grueso de los medicamentos directamente a los laboratorios, las OOF los adquieren en su práctica totalidad a través de los mayoristas farmacéuticos.

La cadena de distribución en nuestro país ha omitido tradicionalmente algunas alternativas comunes en otros. Así, en España, por expresa prohibición normativa, no existen ni formas de distribución de medicamentos por correo ni cadenas de farmacias, y los proveedores asistenciales de primer nivel –generalistas y pediatras– no tienen permitido entregar medicamentos, aunque ésta sea una práctica usual en el medio rural británico y el conducto mayoritario en Japón. Además, en el común de las farmacias españolas no se realizan actuaciones sistemáticas de revisión de la utilización ni se personalizan las dispensaciones, limitándose a suministrar envases ya manufacturados. El diseño establecido tampoco facilita los intentos de implantar estrategias de distribución extendidas en la última década, como las Pharmaceutical Benefits Managers (Gestoras de Prestación Farmacéutica [PBM]) o el Disease Management (Gestión de Patologías).

La distribución mayorista

Entre la fabricación de medicamentos y su dispensación a través de las OOF media una importante función logística llevada a cabo por la distribución mayorista, un sector frecuentemente ignorado en los debates sobre la prestación farmacéutica. Sin embargo, gran parte del valor asignado a la dispensación de medicamentos, en especial su accesibilidad y la garantía de suministros, se sustenta en estos intermediarios que centralizan compras y realizan hasta 5 repartos diarios. Esta facilidad de reposición redundante en menores costes de almacenamiento e inmovilización para las OOF si bien «generando sobrecostes para los mayoristas que pueden aceptarlos para fidelizar clientelas, pero cuyo traslado al financiador público por medio del margen asignado [6,9% en la actualidad] resulta discutible»⁶. Pese a las facilidades existentes, un reciente estudio demostró que la farmacia no disponía del producto solicitado en el 5,8% de los casos, atribuyéndose el 80% de las faltas de disponibilidad a roturas de stock⁷.

La distribución mayorista está bastante fragmentada, existiendo un centenar de empresas que operan desde unos 200 almacenes, «lo que se traduce en mayores costes a causa de la baja escala operativa»⁸. Aun-

que en Italia existe casi el doble y en Grecia unas 125, los países que siguen a España en número de mayoristas son Bélgica con 27 y Portugal con 22. En el Reino Unido funcionan 20, en Alemania 18, 6 en Francia y 3 en Dinamarca⁹. El grupo con más cuota de mercado tiene un 15%, y tan sólo tres de los mayoristas tienen efectivamente ámbito nacional, sumando 60 almacenes en total. Recientemente la tendencia a la concentración y la entrada de empresas internacionales en el sector están propiciando el desarrollo de activas estrategias de fidelización, algunas de las cuales han sido desautorizadas o sancionadas por el Tribunal de Defensa de la Competencia (TDC)¹⁰⁻¹².

Una especificidad de la distribución mayorista española reside en estar fundamentalmente en manos de colectivos de farmacéuticos. Pese a que los activos propios de esta actividad son de capital y operativa logística, esta forma de integración vertical «ascendente» entre titulares de oficinas y las empresas que centralizan compras y abastecimientos permite conseguir mayor poder de mercado y acceder a la información sobre precios y ventas totales. Esta integración afecta alrededor del 80% de las distribuidoras, de las que la mitad son sociedades anónimas, 30 cooperativas farmacéuticas y 20 están etiquetadas como «centros o sociedades anónimas de capital farmacéutico»⁵.

Las oficinas de farmacia

Las OOFF son establecimientos privados sometidos a una importante regulación estatal y autonómica para su apertura, traspaso y funcionamiento. Las farmacias deben cumplir una serie de requisitos sobre superficie, acceso y dotación, y su autorización tiene el carácter de «concesión» otorgada por la autoridad sanitaria atendiendo a parámetros geográficos y demográficos. Su aplicación se traduce en la existencia de una farmacia por cada 2.000 habitantes, una de las *ratios* más elevadas del mundo, aun superior en los municipios con poblaciones de más de 500.000 o inferiores al millar. El número de farmacias –20.000– es así muy similar al de médicos generalistas empleados por el Sistema Nacional de Salud (SNS). Desde casi todos los puntos de vista tal proporción resulta llamativa si se compara las actividades relacionadas con la prescripción asignadas a los facultativos con las que se propugnan como posibles o deseables para los farmacéuticos.

Como señala Arruñada¹³, la regulación existente hace que las farmacias sean un monopolio artificial, ya que se dispone de un conjunto de proveedores fácilmente sustituibles y de otros proveedores alternativos posibles. Los beneficios que cada oficina puede obtener suponen incentivos potentes para atender «bien» a los clientes –lo que contribuiría a explicar su elevada valoración por el público– y reducir costes pero, aun-

que los usuarios pueden elegir farmacia, las barreras de entrada y la ausencia de competencia real en precio mitigan la competitividad. Estas barreras de entrada –propiedad restringida a los farmacéuticos y limitación de número– desplazan la competencia hacia la consecución de licencias de apertura, lo que se traduce en litigios regulatorios y judiciales costosos y despilfarradores, al tiempo que se produce una negociación «libre» de las OOFF abiertas aprovechando las rentas de monopolio (o de situación, si se prefiere) existentes. El TDC llevó a cabo una caracterización de las limitaciones que impone la regulación de las OOFF¹⁴ que puede considerarse actual dada la menor entidad de las modificaciones producidas desde su publicación.

De modo sintético se reseñan 5 aspectos relevantes para la consideración de alternativas: titularidad de la farmacia y actuación profesional, criterios de radicación, monopolio de dispensación, concierto automático con el SNS y sistema de retribución.

a) Titularidad de la farmacia y actuación profesional. La reserva de la propiedad de las OOFF se apoya en la Ley General de Sanidad, cuyo artículo 103.4 prescribe que «sólo los farmacéuticos podrán ser propietarios y titulares de las oficinas de farmacia abiertas al público». Aunque tal restricción no es inusual en Europa, su pretendido fin de garantizar una asistencia profesional resulta redundante con otras previsiones normativas, como la establecida por el artículo 88 de la Ley del Medicamento: «La presencia y actuación profesional del farmacéutico es condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos», incluso en su forma recientemente relajada por la Ley Foral 12/2000 de Navarra, que establece como obligaciones de los profesionales implicados en la atención farmacéutica: «Atender personalmente a los ciudadanos que requieran su actuación profesional»¹⁵. Por otra parte, resulta disonante con la regulación existente en el resto del sector sanitario, ya que no existe ninguna limitación a la propiedad por legos de hospitales de máxima complejidad, pero sí para poseer un establecimiento que han de gestionar profesionales sanitarios con especificidades de formación similares a las de los médicos y enfermeros que trabajan en los centros sanitarios de capital privado.

b) Criterios de radicación. Los criterios geográficos de distancias y de dispersión de la población establecidos con carácter general por la Ley 16/1997 de Regulación de Servicios de la Oficina de Farmacia han sido adaptados por las comunidades autónomas (CCAA), de manera que los 250 m y 2.000 habitantes de aquella pueden quedar reducidos a 150 m y un mínimo de una oficina en las localidades con una población superior a 700 habitantes¹⁵. Aunque todavía constituye un constante *casus belli* entre las partes implicadas, es previsible que la ubicación basada en este tipo de crite-

rios pase a ser un activo en rápida depreciación. Sin duda contribuirán a ello las tendencias centrípetas de las conurbaciones, la inevitable presencia de farmacias en las grandes superficies de aprovisionamiento y socialización, y las facilidades aportadas por la prescripción electrónica.

c) *Monopolio de dispensación: prescripción ambulatoria del SNS y EFP.* Con la excepción del 15% que representa la distribución de los llamados «medicamentos de uso hospitalario», las OOFF son los únicos puntos de dispensación de especialidades farmacéuticas, tanto las prescritas por un facultativo como las correspondientes a decisiones de automedicación. Tras sustraer a este canal de distribución la «parafarmacia», las plantas medicinales y las leches y alimentos infantiles preparados, aún se defiende la conveniencia de mantener las especialidades publicitarias en las OOFF basándose en su carácter de fármacos y en el escaso volumen que representan⁴: 83.641 millones de ptas. en el año 2000, el 5,5% del mercado farmacéutico total.

d) *Concierto automático con el SNS.* Toda oficina de farmacia abierta pasa a ser proveedor del SNS, con condiciones homogéneas y facturación a través de los colegios profesionales que es abonada a los 10 días de su presentación. El concierto mayoritario, el suscrito por el INSALUD, establece que «las facturas resumen se presentarán en la D.P. del INSALUD el día 10 del mes siguiente al que corresponde la facturación [...] cursándose órdenes de transferencia por la Tesorería General de la Seguridad Social antes del día 20 de cada mes, para el abono efectivo a cada Colegio Provincial de su correspondiente factura»¹⁶. Una celeridad envidiada por el resto de proveedores de la administración y que algunos sectores farmacéuticos interpretan como «financiar gratuitamente al Sistema Nacional de Salud unos 63.200 millones de pesetas anuales»¹⁷.

La nueva normativa navarra atisba la posibilidad de un concierto de adhesión voluntaria, al menos por una de las partes: «El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea vendrá obligado a concertar la dispensación de medicamentos y productos sanitarios prescritos por los facultativos del Sistema Nacional de Salud con los propietarios-titulares de oficinas de farmacia abiertas al público en Navarra que se hayan adherido voluntariamente al Acuerdo Marco sobre condiciones para dicha concertación»¹⁵. La posibilidad de establecer conciertos individualizados permitiría al financiador contratar sólo con aquellos proveedores que prestaran los servicios del tipo y calidad pretendidos en condiciones adaptadas a las diferentes circunstancias locales.

e) *Sistema de retribución.* La dispensación de la mayoría de los medicamentos se retribuye mediante un margen fijo del 27,9%, con la excepción de los genéricos, cuyo margen es del 33%, y de aquellos cuyo precio de laboratorio supera las 13.035 ptas., para los que

se ha establecido un tope a la retribución en 5.580 ptas.¹⁸. Se trata, pues, de un mecanismo de pago más próximo al de los comercios minoristas que a los modos usuales de retribuir a un profesional según la diferente complejidad de los servicios que presta. La retribución por margen, y en especial por margen fijo, parece asumir que el mayor coste de investigación, desarrollo y producción de un medicamento se corresponde de manera perfecta con una mayor aportación de valor por la farmacia en el acto de la dispensación, lo que es más que cuestionable. Bajo este sistema se pagan muy distintas cantidades por actuaciones idénticas, sin que las consideraciones sobre las mayores cargas financieras que supuestamente imponen los productos de precio más elevado supongan una justificación suficiente.

Alternativas a la distribución de productos farmacéuticos y su retribución

La distribución farmacéutica está experimentando importantes modificaciones cualitativas en los últimos años: conciencia de la limitada aportación de valor¹⁹, presiones competitivas, incremento de la información del consumidor y progresivo interés por los precios, extensión de intercambios electrónicos, etc. La mayoría de ellas aún no supone una masa de cambio suficiente, pero apunta claramente hacia las expectativas sociales y profesionales que precisarán respuesta en el inmediato futuro, y ante las que el enroque de algunos sectores en la pervivencia de modelos próximos al estanco resulta más patético que preocupante.

Las diferentes alternativas de distribución se corresponden con distintas concepciones de los objetivos de ésta. Planteado de modo extremo, si lo que se busca es la accesibilidad de los usuarios a productos prescritos adecuadamente por los médicos, cuya calidad viene garantizada por los fabricantes y que los mayoristas acercan a un número suficiente de puntos de dispensación, el protagonismo de las farmacias es excesivo y conviene abrir tramos del mercado a alternativas como la distribución a través de otras redes de comercialización existentes (grandes almacenes, tiendas de comestibles que también están sometidas a requisitos sanitarios de garantía de conservación e higiene, etc.), la venta por correo y similares, reservando la actuación farmacéutica al control efectivo del consumo de aquellos productos que exigen especiales cautelas en su administración. Por el contrario, si se estima que toda actuación profesional de los farmacéuticos en el momento de la dispensación aporta un valor a la asistencia sanitaria superior a los costes que implica, y que todos los productos farmacéuticos son tributarios de supervisión, consejo y control, debería incluso restituirse a

las OOFF el monopolio de la distribución de alimentos infantiles, aguas mineromedicinales e incluso los tónicos surgidos en su seno, como los refrescos de cola.

Mientras que la primera opción, en su forma más matizada, viene expresada en algunas de las propuestas del ya citado informe del TDC¹⁴, la segunda parece inspirar la Proposición de Ley de Iniciativa Legislativa Popular sobre Principio Básicos de Ordenación del Medicamento, auspiciada desde algunas instancias colegiales (disponible en: www.cofv.es/lip/lipcontenido-ley.cfm). En ésta se reclama el mantenimiento de la venta exclusiva en las OOFF de todos los productos etiquetables como medicamentos aunque no los prescriba un médico, así como la prohibición de descuentos, la retribución por margen único, la fijación de horarios obligatorios y el establecimiento de conciertos uniformes de ámbito, al menos, provincial aplicables a todas las farmacias.

No existiendo evidencia sobre la superioridad neta de ninguno de los sistemas de distribución existentes, parece conveniente centrar el análisis en algunos aspectos concretos que pueden complementar o mejorar el funcionamiento del dispositivo español, manteniendo sus indudables logros en lo relativo a satisfacción y accesibilidad. En concreto se contemplan los referidos a: distribución a distancia, venta de EFP en establecimientos distintos de las OOFF, constitución de cadenas farmacéuticas, dispensación por proveedores, repercusiones de la prescripción electrónica y las posibilidades de la aún emergente atención farmacéutica (*pharmaceutical care*). Dada su complejidad y relevancia, las implicaciones de los diferentes sistemas de retribución se contemplan más abajo, en un epígrafe independiente.

Distribución a distancia

La creciente aportación de datos facilitados por Internet favorece que segmentos de consumidores que asumen los costes de búsqueda de información deseen comprar estos productos a través de sus proveedores de confianza. La distribución de medicamentos por correo y su extensión natural, la venta a través de Internet, representan en algunos países una alternativa preferida por una proporción significativa de usuarios. Para las Health Maintenance Organizations (HMO) norteamericanas supone el 6% de las prescripciones y el 11% del presupuesto farmacéutico²⁰. Sus principales mercados son los pacientes enfrentados a problemas de restricción de movilidad o con especial interés por la confidencialidad, y aquellos tratamientos caros para condiciones de larga duración.

La Ley del Medicamento prohíbe la venta a domicilio y «cualquier tipo de venta indirecta al público de medicamentos»²¹, aunque la Ley de Atención Farma-

céutica navarra¹⁵ ya excluye del ilícito la entrega de medicamentos a domicilio por parte de las propias OOFF. Más allá de las resolubles trabas normativas, el desarrollo de esta alternativa está básicamente limitado por la actual extensión de puntos de distribución con precios prácticamente uniformes y la ausencia de copagos relevantes que estimulen la búsqueda de proveedores competitivos²².

La distribución a distancia ha suscitado un amplio debate en el ámbito de la Unión Europea, en el que se consideran tanto sus implicaciones para el efectivo mercado único de medicamentos como las necesarias salvaguardas sobre la calidad de los productos distribuidos y de la información acompañante. Mientras, en el Reino Unido ya funcionan portales como P2U/pharmacy2u (<http://www.pharmacy2u.co.uk>) que ofrecen todo tipo de productos farmacéuticos, prescripciones del National Health System (NHS), información y consejo farmacéutico.

Venta de especialidades farmacéuticas publicitarias en establecimientos distintos de las oficinas de farmacia

En España las OOFF son los únicos puntos de dispensación de los productos tributarios de automedicación que en muchos países están disponibles en otros establecimientos. La importancia del consejo farmacéutico que se alega para justificar este monopolio no es incompatible con su disponibilidad en supermercados y otras superficies comerciales. No parece verosímil que una proporción mayoritaria de compras de analgésicos y medicamentos sintomáticos requiera —ni en la actualidad reciba— la opinión de un farmacéutico. Tampoco los usuarios han apreciado los beneficios que puede suponer: en Canadá un 96% de los consumidores no quiere consejo farmacéutico al comprar productos OTC²³. Lo limitado del número de productos etiquetados como EFP y su exiguo volumen de mercado permiten la ampliación de sus canales de distribución sin graves riesgos para la economía de las OOFF, ni la salud de los usuarios.

Constitución de cadenas farmacéuticas

La atomización de la distribución farmacéutica española impone sobrecostes importantes por no alcanzarse a menudo escalas óptimas. La constitución de cadenas farmacéuticas permite optimizar recursos y asumir formas de riesgo compartido de otro modo inviables. Experiencias como las promovidas por las organizaciones de Managed Care, especialmente con algunas PBM que actúan como aseguradoras de la prestación farmacéutica, exigen poder diluir los riesgos catastróficos entre agrupaciones de nivel superior al de

una oficina de farmacia. Cualquier ensayo de formas de retribución capítativa aconseja la implantación previa de este tipo de estructuras. Con todo, además del *mini-fundismo* de la farmacia española²⁴, la escasa tradición entre los usuarios de «afiliarse» periódicamente a una determinada farmacia –práctica común en otros países– dificulta la implantación de un sistema de esta especie. Una regulación más flexible en esta materia facilitaría mejoras de eficiencia, transfiriendo a los usuarios parte de los ahorros que en la actualidad posibilitan las formas ya autorizadas de cooperación entre farmacéuticos.

Dispensación por proveedores

Aunque los servicios de farmacia hospitalaria canalizan un 14% de la dispensación del SNS, esta situación no se da entre los proveedores de primer nivel (médicos de atención primaria o centros de salud). Mientras que las legislaciones autonómicas españolas alejan las OOFF de los centros sanitarios –en Extremadura²⁵ o Galicia²⁶ han de ubicarse a una distancia mínima de 250 m de éstos–, en el Reino Unido el programa para la farmacia en el marco del NHS²⁷ contempla para 2004 el funcionamiento de 500 nuevos *one-stop primary care centers*, esperándose que en un número sustancial de ellos se instalen farmacias comunitarias.

La experiencia disponible sobre las limitaciones –intrinsicas y autoimpuestas– a la eficiencia en la producción de servicios públicos seguramente no aconseja implantar farmacias gestionadas *funcionalmente* en los centros de atención primaria donde se realiza la prescripción. Sin embargo, conforme se extiendan –si lo hacen– ensayos de formas de gestión menos burocratizadas, como la llamada «autoconcertación», la consideración de los diferentes costes de estas alternativas cobrará mayor relevancia. En el presupuesto de un centro que atiende a unos 10.000 ciudadanos –de 6 a 9 médicos– los costes de distribución asociados al empleo de los canales tradicionales suponen casi 100 millones anuales (10.000 habitantes* 28.000 ptas/habitante* [0,279 + 0,07] de márgenes). Sabiendo que el convenio colectivo vigente²⁸ fija las retribuciones de un farmacéutico en 2.750.000 ptas y las de un «técnico en farmacia» en 1.845.000, parece lógico que más temprano que tarde se reclame una relajación normativa que permita desvincular la propiedad de una «farmacia» de la licenciatura obtenida por su titular.

Repercusiones de la prescripción electrónica

Aunque todavía en fase experimental, la receta electrónica es un proyecto a corto plazo en el que ya están embarcados desde el NHS²⁹ hasta algunas autonomías como la Comunidad Valenciana –proyecto GAIA³⁰–,

Cataluña o Galicia. Además de las ganancias de información que incorpora, las facilidades que esta modalidad comporta para la obtención de prescripciones de repetición, mecanización de autorizaciones, disponibilidad de la orden de medicación en tiempo real en cualquier punto de distribución, etc. contribuirán a reducir el valor de los activos de localización de las OOFF y a paliar algunas prácticas de fidelización de clientelas cuanto menos dudosas.

La extensión de estos desarrollos debería hacer inaplazable la implantación de estrategias de revisión de la utilización de fármacos (*drug utilization review* [DUR]), un antecedente mínimo de la atención farmacéutica implantado en EE.UU. desde 1990 por mandato legislativo y que, en su modalidad concurrente o prospectiva, permite actuar sobre las duplicaciones, interacciones o pautas incorrectas en el momento mismo de la dispensación a partir de la información registrada sobre el consumo de cada paciente³¹.

La emergente atención farmacéutica y los nuevos roles de la farmacia

A partir de la formulación del concepto de «atención farmacéutica» –«la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente»³²– por sus gurús Hepler y Strand, y los trabajos epigonales publicados en nuestro país³³, esta «filosofía de la práctica» ha obtenido una enorme resonancia. Bajo dicha etiqueta se amparan desde la realización de investigaciones rigurosas^{34,35} hasta el empleo del término como aval de cualquier actuación atribuible a los farmacéuticos.

La atención farmacéutica busca «introducir» un nuevo proveedor sanitario en el sistema sanitario³⁶, de modo que la actuación del profesional se traduce básicamente en ejercer como agente del «cumplimiento» del paciente. La actividad de los farmacéuticos ha ido perdiendo especificidad con la extensión de productos manufacturados por la industria cuya dispensación ni siquiera personalizan, encontrando así «una oportunidad profesional en la venta de su propiedad intelectual para asistir a la población y mejorar su calidad de vida»³⁷.

Más allá de algunas enmiendas a la totalidad^{38,39}, la atención farmacéutica se enfrenta todavía a algunas cuestiones planteadas hace una década y aún no definitivamente resueltas: «Antes de que a los farmacéuticos se les pudiera otorgar la autoridad de proveer atención farmacéutica y antes de que la profesión en su conjunto acepte esta responsabilidad deben cumplirse cuatro criterios: a) demostrar conocimientos adecuados y habilidades en farmacia y farmacología clínica; b) ser capaz de movilizar el sistema de distribución a través del cual se implementen las decisiones sobre el uso de

medicamentos; c) ser capaz de desarrollar las relaciones necesarias con el paciente y demás profesionales de la salud, y d) disponer de un número suficiente de proveedores capaces de prestar estos servicios»³².

De manera previa y primordial se requiere avanzar en la demostración de lo que «las bases empíricas de la atención farmacéutica sugieren», que «puede haber una coincidencia sustancial entre efectividad clínica y coste-efectividad»³². Aunque existe alguna evidencia, profusamente citada, que apoya una extensión del papel de los farmacéuticos, las revisiones sistemáticas de la bibliografía^{40,41} ponen de manifiesto la escasez de estudios aceptables que permitan avalar gran parte de las opciones propuestas. Entretanto, asumir que toda iniciativa que contribuya a reducir problemas relacionados con la medicación resulta, dada la magnitud de los costes atribuidos a éstos, automáticamente coste-efectiva supone un infundado salto inferencial.

Sistemas alternativos de retribución

Los sistemas de pago son, además de una forma habitual de equilibrar la factura de los medicamentos, un medio eficaz para orientar a los agentes, en este caso las OOFF, hacia el rol que se les pretende asignar. La apuesta por un sistema que prime la «dispensación» frente a otros más atentos a la prestación de servicios profesionales determina, en gran medida, la configuración de los canales de distribución. Según el sistema empleado los ingresos de la farmacia –que no del farmacéutico– están en mayor o menor medida vinculados a los precios de los productos, sus cantidades o las actividades realizadas. Una reciente revisión de la bibliografía⁴² informa de lo que sabemos –y su grado de «certeza»– y lo que tan sólo suponemos. Conviene señalar que de los más de 3.000 artículos identificados dedicados a la cuestión, apenas 9 podían calificarse como «evidencia» de calidad elevada, y ninguno consideraba los resultados sobre los pacientes.

Los distintos sistemas de financiación pueden agruparse en tres categorías⁴³: orientados al producto, orientados al paciente y mixtos. Mientras que los incluidos en las dos últimas son similares a las alternativas usualmente empleadas para retribuir la actuación de otros profesionales sanitarios (pago por acto, capitación y salario), los etiquetados como «orientados al producto» resultan más próximos a los modos de reembolso de la distribución detallista.

Sistemas orientados al producto

Los sistemas «orientados al producto» retribuyen la dispensación con una cantidad proporcional al precio

de cada artículo o agrupación de éstos. Este *margen* puede ser fijo –idéntico porcentaje para todos los medicamentos– o variable según la tipología de éstos o sus niveles de precios. Aunque teóricamente el margen debería ser función inversa del precio (a menor precio, mayor porcentaje), la rotación del producto (a menor rotación, mayor porcentaje), y la facilidad de almacenamiento, conservación o manejo (mayor porcentaje cuanto menor sea ésta), su aplicación suele considerarse única o principalmente el precio del producto. El margen variable se empleó en Francia durante la pasada década, existiendo 6 tramos con un margen medio del 28,5%, o en Alemania, con 7 tramos y un margen medio del 25,9%. En España entre 1964 y 1981 existieron tres tramos del 10, el 20 y el 30%, generalizándose después un único margen fijo. Desde la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 5/2000 existen tres márgenes distintos: el aplicado a los genéricos, el «casi fijo» del 27,9% y una cantidad «tope» de 5.580 ptas. para aquellas especialidades farmacéuticas cuyo precio de venta de laboratorio supera las 13.035.

En el caso del margen fijo, un único servicio explícito –la dispensación– recibe diferentes pagos. Así, la entrega de dos especialidades con distintos precios e idéntica composición y condiciones de manejo se traduce en muy diferentes ganancias en función de aquéllos. El sistema genera incentivos para dispensar, siempre que sea posible, aquellos medicamentos que aporten un mayor ingreso marginal.

Sistemas orientados al paciente

Entre los sistemas etiquetados como «orientados al paciente» se encuentran dos de los modos usuales de pago a profesionales: la capitación y el pago por acto.

El *pago por capitación* a las OOFF ha sido empleado por las organizaciones de asistencia gestionada (Managed Care Organizations, [MCO]) de EE.UU. y Canadá, a través de contratos de riesgo compartido en los que la farmacia –o la cadena de la que forma parte– actúa también como aseguradora. Para evitar los efectos indeseados de los riesgos catastróficos –un pequeño número de pacientes con consumos muy elevados puede llevar a la quiebra– existe un incentivo a redistribuir riesgos agrupándose en cadenas o redes de farmacias. Hipotéticamente la capitación debería estimular la realización de un número mayor de servicios, un elevado grado de compromiso con los resultados sanitarios de los pacientes y el cambio de los patrones de utilización conducente a la sustitución sistemática por las especialidades de menor coste. La revisión sistemática de la bibliografía demuestra que tan sólo el último de estos efectos está demostrado⁴².

Por su parte, el *pago por acto* documentado retribuye según el número y tipo de éstos. En su modali-

dad más sencilla la unidad básica de actividad es la dispensación que se remunera con una cantidad fija. En general el pago por acto supone pocos riesgos para las farmacias, ya que garantiza la retribución de los servicios efectivamente prestados. En EE.UU. los programas federales y algunas MCO suelen reembolsar una cantidad que cubre los costes del producto (usualmente el precio medio de mayorista, *average wholesale price* [AWP]) descontado en un 10-15%, y retribuir la dispensación con una tarifa comprendida entre 2 y 4 dólares, con un promedio inferior a 2,5⁴⁴. En Holanda se pagan 10,5 florines –unas 750 ptas.– por la dispensación, y la farmacia recibe además un 33,3% de los ahorros obtenidos al facilitar productos de precio inferior al de referencia.

Los actos tarifados admiten discriminación por tiempo, complejidad y otros factores. Así, la retribución de la «atención farmacéutica» puede contemplar variables como los motivos de la actuación, la acción llevada a cabo por el farmacéutico, el tiempo empleado en la actividad o los resultados de la atención³¹. Este sistema retribuye el valor añadido por los farmacéuticos y amplía el concepto de servicios considerados, obviando una de las limitaciones argüidas para el desarrollo de la atención farmacéutica: la falta de rentabilidad directa de la actividad. Permite establecer pagos específicos por la dispensación, las revisiones de utilización y actividades cognitivas llevadas a cabo –consejo, formación, control de reacciones adversas, interacciones, incompatibilidades, contraindicaciones, incumplimientos, duplicaciones– y la participación en estrategias de sustitución de especialidades, aplicación de precios de referencia, etc. El efecto más consistentemente demostrado de estos sistemas, tanto en la Washington State Health Care Financing Administration Cognitive Services Demonstration⁴⁵ como en el Alberta PIER⁴⁶, es un incremento del número de servicios documentados.

Sistemas mixtos

En el tercer grupo considerado se incluyen, además de los sistemas que incorporan elementos de otros, aquellos en que los farmacéuticos están asalariados. Aunque un buen número de los profesionales que trabajan en las OOFF son empleados por cuenta de sus titulares, el mecanismo aquí considerado se refiere a las situaciones en que la propiedad del establecimiento y la retribución del profesional corresponden al seguro sanitario. En Suecia todas las farmacias son propiedad de la compañía estatal Apoteksbolaget. Aunque en la realidad actual no parece viable como alternativa global, cabría considerar su factibilidad en entornos concretos.

Finalmente, los sistemas híbridos son un campo fértil para ensayar diferentes alternativas de señalización

de los intereses del financiador. Existe una amplia experiencia sobre distintos modelos aplicados, tanto de manera generalizada como en forma de proyectos piloto. En Holanda se combina una tarifa por cada dispensación con la participación en los ahorros conseguidos. En Noruega, desde marzo de 2000, la tarifa de 24 coronas por prescripción se complementa con un margen máximo establecido en el 8% de las primeras 200 coronas del precio de compra, más un 5% de la cantidad restante⁴⁷.

También el SNS de referencia, el NHS británico, combina diferentes elementos de retribución. Existe un pago por dispensación que es de 1,30 libra hasta que se alcanzan las 1.800 recetas, reduciéndose desde ese momento a 1 libra. Además se abonan cantidades fijas por distintos conceptos, como la *professional allowance* (750 libras), el aumento voluntario de los horarios de apertura o la asesoría a residencias de ancianos (350-500 libras). Para estimular la accesibilidad existen también retribuciones complementarias por funcionamiento en municipios pequeños, con farmacias alejadas o con escaso volumen de dispensación⁴⁸. Otras experiencias de esta especie pasan por la incorporación de incentivos económicos complementarios ligada a la consecución de los objetivos fijados por el financiador. Las organizaciones de Managed Care han puesto en marcha sistemas que recompensan la adhesión a «formularios», las sustituciones de medicamentos, la incorporación a programas de *disease management* o las actividades educativas sobre los pacientes.

A guisa de conclusiones

Sobre la distribución

Las alternativas verosímiles al sistema actual son de escaso calado dado el limitado papel otorgado a la competencia en precios, la existencia de una amplia red de comercialización que garantiza el fácil acceso a los medicamentos y las importantes resistencias al cambio y «dependencias de senda» apreciadas en el sector. Aun así es factible introducir modificaciones parciales en el diseño de la cadena de distribución que mejoren la calidad y eficiencia de la dispensación de fármacos sin necesidad de desmontar los indudables aspectos positivos del modelo existente.

En particular parece necesario un mayor aprovechamiento de las oportunidades que prestan las tecnologías de la comunicación. El incremento de públicos documentados y con preferencias determinadas aconseja facilitar su acceso a la información y a los medicamentos a través de alternativas «no presenciales». Las experiencias de prescripción electrónica pueden complementarse con formas de dispen-

sación fuera de las OOFF y con servicios interactivos de información contrastada que faciliten la autonomía y responsabilidad de los pacientes, al menos en grupos concretos de patologías en las que estas dimensiones cobran especial relevancia. Los avances en la identificación de los usuarios mediante tarjetas electrónicas y la creciente mecanización de la información sanitaria hacen ya inexcusable la adopción de programas de revisión concurrente o prospectiva de utilización de fármacos que alerten sobre su uso inadecuado y permitan minimizar las contraindicaciones, duplicaciones, interacciones o dosificaciones incorrectas.

En cuanto a algunos de los rasgos definitorios del actual modelo, convendría separar lo consuetudinario de lo socialmente deseable, adoptando medidas que relajen o eliminen las barreras que dificultan la consecución de los fines enunciados, aunque gocen del apoyo de sectores de la distribución ya instalados:

– Modificar las limitaciones a la propiedad de las OOFF, ya que todos los argumentos alegados en defensa de tal reserva quedan sobradamente contestados una vez garantizada la actuación de un farmacéutico. Esta alternativa permitiría el establecimiento de farmacias con plenas garantías de actuación profesional en centros asistenciales y comerciales, así como posibilitar formas de integración tanto vertical como horizontal.

– Diferenciar la autorización de establecimiento del reconocimiento como proveedor del SNS, antes de emprender una carrera de autorizaciones de más OOFF para satisfacer a los distintos colectivos que pugnan por ellas. Para ello se debería establecer un marco general de concertación selectiva –convenio de libre aceptación– en el que cada autonomía con competencias asistenciales pudiera incorporar sus especificidades y objetivos, negociando así precios, servicios y pagos. Como se ha señalado⁴⁹: «la eliminación de las barreras de entrada sin modificar un sistema de financiación uniforme que mantiene a las oficinas con condiciones más desfavorables, proporcionando elevados niveles de remuneración a aquellas mejor situadas mediante una ‘sobrecompensación’ puede atraer nuevas entradas que disiparían los beneficios alcanzados en forma de costes superiores».

– Permitir la distribución de los productos de automedicación (los comúnmente considerados como OTC, más amplio que las EFP), a través de otros canales de distribución. Aunque las características de algunos de estos artículos puedan aconsejar mantenerlos en las OOFF, en lugar de asumir el valor añadido de tal restricción convendría verificar la realidad y calidad de la información sanitaria que éstas facilitan y su contribución a incrementar un uso más adecuado y seguro.

Sobre sistemas de pago

Resulta necesario repensar el diseño de los incentivos implícitos en los mecanismos de pago, atendiendo especialmente a la accesibilidad y los objetivos del sistema. Con la comprensible excepción de los directamente beneficiados, existe un amplio consenso sobre lo inadecuado de retribuir los servicios de las farmacias mediante un margen. Una reciente resolución del Consejo de Ministros del Consejo de Europa⁵⁰ señala explícitamente que el «sistema de remuneración debe ser reexaminado para que refleje los servicios profesionales prestados en lugar del margen de beneficios o el volumen de sus ventas».

Si el margen no es adecuado para retribuir servicios profesionales ni tampoco útil para el control de costes, y la realidad de la distribución española dificulta en la actualidad implantar formas de pago basadas en la capitación, las alternativas más viables pasan por el ensayo de sistemas mixtos de retribución desligados del margen y progresivamente fundados en el pago de aquellas actividades que sean de interés para los financiadores. En los últimos años se han propuesto diferentes bases para una financiación mixta: «capitación, una cantidad fija por unidad dispensada y un porcentaje decreciente sobre el precio de venta»³; pago de una retribución fija de carácter compensatorio, reembolso del coste de los medicamentos y honorario por servicios, incluido el pago por rechazo⁵¹, o «un porcentaje sobre el precio del medicamento, un dinero fijo por medicamento dispensado y un dinero adicional por intervenciones profesionales documentadas, valoradas por puntos acumulados»⁵².

En el marco de un concierto de mutua aceptación entre los servicios de salud y las OOFF individuales, un sistema mixto que facilite la reorientación desde la mera dispensación hacia la potenciación de las actividades profesionales deseadas –preferiblemente aquellos elementos de la atención farmacéutica que demuestren su coste-efectividad– debería contemplar hasta cuatro elementos: a) una tarifa fija por dispensación; b) la devolución más o menos total del coste del producto, y c) una retribución por servicios definidos explícitamente por el financiador. Para contribuir a garantizar una adecuada asistencia en los núcleos de población pequeños puede establecerse, d) un pago fijo selectivo según los servicios conveniados –de Salud Pública, contribución a la mejora de la accesibilidad, etc.– o una garantía de ingresos mínimos.

Un sistema con estos elementos puede resultar acorde con las propuestas del *pharmaceutical care*, aunque limitando el rango y volumen de estas actividades según los intereses del sistema de salud. Y no resulta mucho más complejo que el actual pago por márgenes, a los que hay que restar la contribución del beneficiario y aplicar posteriormente los descuentos es-

tablecidos según el volumen de ventas de las OOFF, y al que se añade la retribución específica de las fórmulas magistrales (que se calculan sumando al precio de las materias primas según listado, el producto de un «Factor P» constante por un coeficiente de valoración diferente para cada uno de los grupos considerados).

Posiblemente la introducción de cambios de esta especie aconseje evaluar los alegatos sobre falta de rentabilidad de la mayoría de las farmacias. Para considerar las repercusiones de las alternativas de financiación sobre la viabilidad de las OOFF algunas de las simulaciones ya realizadas⁵¹⁻⁵³ permiten valorar la aceptabilidad de las redistribuciones que se producirían según las bases de pago empleadas.

La peculiar estructura sanitaria de nuestro país, con 17 servicios de salud en el inmediato horizonte, facilita avances paulatinos en esta cuestión, implantando experiencias piloto adecuadamente monitorizadas, y con evaluaciones rigurosas de los resultados alcanzados. Entretanto, la implantación de programas de revisión de utilización sobre los que hacer pivotar las experiencias de atención farmacéutica se presenta como una opción poco aventurera, pero con beneficios seguros para todas las partes implicadas.

Agradecimientos

Este estudio ha sido apoyado por una beca incondicional de la Fundación Merck a la Universidad Pompeu Fabra.

Bibliografía

1. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Indicadores de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud a través de receta - Año 2000. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2001;25:65.
2. Informe de la Comisión Especial sobre la Ordenación del Servicio Farmacéutico. *Boletín Oficial de las Cortes Generales* (13 de noviembre de 1997).
3. Gisbert R, Illa R. La retribución a la Atención Farmacéutica I. *El Farmacéutico* 1997;182:67-73.
4. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Especialidades farmacéuticas publicitarias. Aspectos sanitarios y socioeconómicos. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2001. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/home.nsf>
5. Farmaindustria. La industria farmacéutica en cifras. Edición 2000. Madrid: Farmaindustria, 2000.
6. Cour des Comptes. Rapport Annuel au Parlement sur la Sécurité Sociale. Paris: Journaux Officiels, 1999. Disponible en: http://www.ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/secu1999/secu1999_10.htm
7. Machuca M, Gutiérrez L, Aranda L, Machuca M. Análisis de la disponibilidad de medicamentos en una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 2001;3:22-30.
8. Comparecencia del Subsecretario de Sanidad y Consumo ante la Comisión Especial del Senado sobre la Ordenación del Servicio Farmacéutico. *Boletín Oficial de las Cortes Generales* (13 de noviembre de 1997).
9. Farmaindustria. La industria farmacéutica en cifras. Edición 2000. Madrid: Farmaindustria, 2000.
10. Tribunal de Defensa de la Competencia. Resolución Expediente A211/97 COFAS. Disponible en: <http://www.mineco.es/tdc/>
11. Tribunal de Defensa de la Competencia. Resolución Expediente 470/99 COFAS. Disponible en: <http://www.mineco.es/tdc/>
12. Tribunal de Defensa de la Competencia. Resolución Expediente A 277/00, Compra Mínima COFAS. Disponible en: <http://www.mineco.es/tdc/>
13. Arruñada B. Gestión de la competencia en el sector público. En: *Avances en la gestión sanitaria. Actas de las XX Jornadas de Economía de la Salud*. Palma de Mallorca: Asociación de Economía de la Salud, 2000; p. 327-66.
14. Tribunal de Defensa de la Competencia. La competencia en España: balance y nuevas propuestas. Madrid: Tribunal de Defensa de la Competencia, 1995;222-69. Disponible en: <http://www.mineco.es/tdc/Informes/informa.pdf>
15. Ley Foral de Atención Farmacéutica. L.N.º 12 (16 de noviembre de 2000). Disponible en: <http://farmacialibre.bizland.com/farmacia/ley.html>
16. Concierto por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia. Madrid: INSALUD, 1998.
17. Nuestra realidad. Farmacéuticos. Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2000, octubre: 2.
18. Real Decreto-Ley de Medidas Urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico Público y de Racionalización del Uso de los Medicamentos. RDL. N.º 5 (24 de junio de 2000).
19. Plaza Piñol F. La Atención Farmacéutica. Situación actual y evolución de la prestación farmacéutica: motivos del cambio. *Pharm Care España* 1999;1:48-51.
20. Novartis Pharmacy Benefit Report. 2000 facts & figures. Novartis Pharmaceutical Company. East Hanover NJ: Novartis, 2000.
21. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento (BOE n.º 306, de 22/12/1990).
22. Fricke FU, Wähling S, Graf V, Shulenburg JM. The future Market for Pharmaceutical products in Germany. *Health Econ Prev Care* 2000;0:28-34.
23. Brown P. Are pharmacists necessary? *Scrip Magazine* 1994; 5: 3-4 [citado en: Gisbert R, Illa R. La retribución a la atención farmacéutica (II). *El Farmacéutico* 1996;181:74-9].
24. Cabiedes L. Información sobre pacientes derivada de la Atención Farmacéutica. En: Peiró S, Domingo L, editores. *Información sanitaria y nuevas tecnologías*. Vitoria: Asociación de Economía de la Salud, 1998; p.169-82.
25. Ley de Atención Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Extremadura. L. N.º 3 (2 de junio de 1996).
26. Ley de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Galicia. L. N.º 51 (21 de mayo de 1999).
27. National Health Service. Pharmacy in the future-Implementing the NHS plan. London: Department of Health, 2000.
28. Resolución de 7 de febrero de 2001 de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la inscripción en el Registro y publicación de la Revisión Salarial del Convenio Colectivo para Farmacias (7/2/2001). BOE n.º 41 (28 de febrero de 2001);7642-3.

29. Barker R. Electronic transmission of prescriptions (ETP). London: Department of Health, 2001. Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/pharmacy/etp.htm>
 30. Trillo JL, Escolano M, Villalba P, Pascual M, Domínguez A. Gestión farmacéutica en la red. *Rev Val Med Fam* 2001;9:39-41.
 31. Wisconsin Department of Health and Family Services. Drug Utilization Review and Pharmaceutical Care. Wisconsin Medicaid and BadgerCare. Madison, WI: Wisconsin Department of Health and Family Services, 2001. Disponible en: <http://www.dhfs.state.wi.us/Medicaid2/handbooks/pharmacy/dur-pc.pdf>
 32. Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. *Am J Hosp Pharm* 1990;47:533-43.
 33. Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Cabiedes Miragaya L. La nueva atención farmacéutica: ¿puede la intervención farmacéutica mejorar la eficiencia terapéutica? *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:277-82.
 34. Álvarez de Toledo F, Zardain E, Eyaralar T, Dago AM, Arcos P. Detección del error de prescripción en la dispensación farmacéutica: incidencia y tipología. *Aten Primaria* 1993;11:70-4.
 35. Faus MJ. El programa Dáder. *Pharm Care Esp* 2000;2:73-4.
 36. Strand L. Pharmaceutical care supporters meet in Spain. *Pharmaceutical J* 2000;264:627-32.
 37. Dunlop J [citado en: World-wide developments in pharmaceutical care. *Pharmaceutical J* 1998;260:563-8].
 38. Costas Lombardía E. Análisis crítico de la Atención Farmacéutica. *Med General* 2000;25:591-8.
 39. La atención farmacéutica. Entrevista a Enrique Costas Lombardía. Madrid: Médico 2001;45.
 40. Beney J, Bero LA, Bond C. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilization, costs, and patients outcomes (Revisión Cochrane). The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
 41. Tully M, Seston E. Impact of pharmacists providing a prescription review and monitoring service in ambulatory care or community practice. *Ann Pharmacother* 2000;34:1320-31.
 42. McDonald S, Lopatka H, Bachynsky J, Kirwin D. Systematic review of pharmacy reimbursement literature (Working Paper 99-4). Edmonton: Institute of Health Economics, 1999.
 43. Huttin C. A critical review of the remuneration systems for pharmacists. *Health Policy* 1996;36:53-68.
 44. Kreling D. Cost control for prescription drugs programs. Pharmacy benefit managers efforts, effects, and implications. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 2000. Disponible en: <http://aspe.hhs.gov/health/reports/Drug-papers/>
 45. Christensen DB. The Washington State Health Care Financing Administration Cognitive Services Demonstration. *J Res Pharmaceutical Economics* 1996;8:161-70.
 46. Lopatka H. Alberta PIER Project (working paper). Edmonton: Alberta Pharmaceutical Association, 1998.
 47. Legemiddelindustriforeningen. Drugs and health care. Figures and facts 2000. Oslo: Legemiddelindustriforeningen, 2001.
 48. Government Statistical Service. General Pharmaceutical Services in England and Wales 1990-91 to 1998-99. Statistical Bulletin 1999/29. London: Department of Health, 1999.
 49. Directorate For Financial, Fiscal And Enterprise Affairs. Committee On Competition Law And Policy Competition And Regulation Issues in The Pharmaceutical Industry. DAFPE/ CLP(2000)29. Disponible en: <http://www.oecd.org/daf/clp>
 50. Resolución relativa el papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria. ResAP. N.º 2001/2 (21 de marzo de 2001). Disponible en: <http://cm.coe.int/ta/res/resAP/2001/2001xp2.htm>
 51. Gisbert R, Rovira J, Illa R. Análisis de modelos alternativos de retribución a las oficinas de farmacia. En: López Casanovas G, Rodríguez Palenzuela D, coordinadores. La regulación de servicios sanitarios en España. Madrid: Editorial Civitas, 1997; p. 349-92.
 52. Martínez Romero F, Vallés Larraz A. Modelos de retribución de la Atención Farmacéutica. Nuevas opciones. *Farm Profesional* 1997;11:46-9.
 53. Andreu Figueras J. Revisió i anàlisi de sistemes alternatius de retribució a l'Oficina de Farmàcia [tesina de Master en Economía de la Salut i Gestió Sanitària]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2001.
-