



---

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Miguel Ángel

---

# CALLEJA

Miguel Ángel Calleja llegó a la presidencia de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) en noviembre de 2015, tras cuatro años como vicepresidente. Hasta la fecha, la mayor parte de su trayectoria profesional ha transcurrido en el Hospital Virgen de las Nieves, en Granada, aunque este año comenzó para él una nueva etapa como jefe del Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Virgen de la Macarena, en Sevilla.

Desde que finalizó su formación como especialista en el año 2000, Calleja ha presenciado la transformación completa del Sistema Nacional de Salud y, con ella, un cambio sin precedentes en el campo de la farmacia hospitalaria del que ha sido testigo en primera persona.

Por Esther Martín del Campo  
*Redactora jefe de Gaceta Médica*



**Pregunta. ¿Son los farmacéuticos de hospital “economistas de la salud” por definición propia?**

Respuesta. Realmente el farmacéutico de hospital valora en primer lugar la eficacia y seguridad. Después, la conveniencia para el paciente, si es mejor o peor recibido por él, si una medicación oral puede ser más tolerable para un paciente que la medicación intravenosa, por ejemplo y, en último lugar, valoramos la parte farmacoeconómica.

Pero es cierto que en determinadas situaciones terapéuticas de nuevos medicamentos en los que la diferencia con otro anterior no es demasiado significativa y la eficacia y seguridad son parecidas y la conveniencia también, el factor económico tiene un peso muy importante.

Clásicamente, además, los hospitales valoraban mucho esa parte económica y la cuantificaban. En ese sentido, por nuestra historia, tengo que responder que sí, que somos bastante ‘economistas de la salud’ de la inversión en medicamentos, no tanto del gasto en medicamentos.

Aún así, creo que el mundo sanitario está cambiando. Las profesiones sanitarias estaban separadas de la parte económica. Lo que les importaba era la salud del paciente, y no tanto la parte económica. Poco a poco van impregnándose también de esta nueva filosofía donde todos trabajamos por la salud del paciente pero en la que el componente económico es vital. Sobre todo cuando en términos de eficacia y seguridad algunas innovaciones no son demasiado agresivas.



**P. ¿Qué peso cree que tienen o deben tener estos profesionales dentro de esta disciplina? ¿Tienen algún lazo especial con otras sociedades científicas del sector?**

R. A través de nuestro Grupo Génesis hemos trabajado en evaluación de medicamentos mucho con el Grupo de Evaluación de Medicamentos de la Asociación Española de Economía de la Salud, por ejemplo. Se ha trabajado bastante también con la Escuela Andaluza de Salud Pública en varios proyectos que nos ayudarán a realizar una evaluación lo más completa posible.

Además, recientemente presentábamos en el Ministerio de Sanidad una nueva guía para evaluar la parte económica de los medicamentos y creo que es un punto en el que economistas, farmacéuticos y el resto de profesiones sanitarias debemos trabajar de forma coordinada. Sobre todo para que la evaluación económica sea lo más completa posible, de forma que no solo hagamos una evaluación del coste eficacia con los datos de los ensayos clínicos, sino también del coste efectividad con los datos de la vida real, del coste utilidad, que es algo que generalmente desde los servicios de Farmacia no se suele incorporar, porque el presupuesto que tenemos es para medicamentos. Somos sensibles al resto de ahorros posibles, pero quizá no tanto como deberíamos, y ese tema sería muy productivo para todos.

“Economistas, farmacéuticos y sanitarios debemos coordinarnos para lograr una evaluación económica lo más completa posible”

**P. ¿Están suficientemente formados en esta materia?**

R. Es un área donde realmente necesitamos más formación para hacer un análisis económico más completo, más profundo. Percibo que es asimétrico. Tenemos más formación en la parte de evaluar eficacia, seguridad y conveniencia que en evaluación económica, aunque tenemos profesionales líderes en esta materia.

El farmacéutico de hospital general necesitamos una aportación de formación en esto. Es un área donde clásicamente nos hemos formado en cursos, jornadas, tenemos máster de farmacoeconomía, pero percibo que es un área en la que podemos mejorar.

**P. ¿Por qué hay tanto reparo a la hora de dar transparencia al gasto hospitalario?**

R. Yo no percibo reparo en la transparencia, tenemos los datos de forma transparente. Sí me da la sensación de que falta cultura de compartir datos entre las comunidades autónomas. Dentro de la comunidad autónoma se conocen todos los datos, los sistemas de información fluyen bien. Sabemos lo que se ha gastado en recetas, porque está coordinado con el consejo de farmacéuticos y si no se conoce, no se cobra. Han surgido iniciativas para enviar la información sobre gasto hospitalario mensualmente, pero debería ser algo más fluido.

Es difícil conseguir datos completos a nivel nacional, eso sí.



**P. ¿Hay recelos para hacer la suma o comparar entre comunidades, por ejemplo?**

R. La suma se sabe. En años anteriores el dinero destinado a medicamentos rondó los 12.000 millones de euros. En recetas son 8.000 millones, de manera que hay cuatro en hospitales. El detalle del reparto de estos 4.000 millones euros es lo complicado.

Desconocemos el motivo. Depende de con quién se hable nos dicen que pueden faltar las herramientas para ello, que no existe el canal adecuado, etc. Mi sensación es que de cara a comparar entre hospitales, por ejemplo, analizar o dar un dato frío, sin más explicaciones, puede ser malinterpretado.

**P. En cualquier caso, el gasto farmacéutico hospitalario está ahí y tiene un gran peso...**

R. En algunas comunidades autónomas es casi el 50 por ciento del

consumo y a nivel global es el cuarenta. Desde la SEFH siempre vemos que asumir la dispensación desde los hospitales de algunos medicamentos permite, por un lado, un seguimiento más estrecho por parte de la farmacia, porque se conoce la historia clínica, se puede hacer un mejor seguimiento con los clínicos, y también lograr un margen de eficiencia mayor.

Acabamos de hacer un documento sobre el valor de la farmacia hospitalaria donde evaluamos los fármacos que se llaman tradicionalmente DHDH, de diagnóstico y dispensación hospitalaria, que la farmacia comunitaria reclama desde hace tiempo y que desde el ministerio piden que se dispensen en los hospitales. Si esos medicamentos volvieran a la farmacia comunitaria nos costaría algo más de 500 millones de euros al año.

Vemos una eficiencia en esa gestión. Eso hace que muchas de las

“Comparar un dato ‘frío’ sobre el gasto farmacéutico en hospitales, sin más explicaciones, se puede malinterpretar”

innovaciones por eficacia, seguridad, seguimiento estrecho, etc., deban mantenerse en el ámbito hospitalario. Así, ha crecido de manera exponencial en los últimos años la atención a pacientes externos.

**P. Ha sido una de las grandes transformaciones que han vivido en estos servicios de farmacia hospitalaria, ¿los centros han sabido adaptarse a esta nueva realidad?**

R. Lentamente, pero sí. Poco a poco se han ido organizando consultas que garantizan la confidencialidad del paciente, de forma independiente. Por patologías, con un sistema de registro electrónico, con comunicación con el servicio médico, con dispositivos para avisar al paciente para que tengan mayor adherencia...

Acabamos de publicar el Libro Blanco de la Farmacia Hospitalaria en el que hay un cuestionario a más de 150 hospitales donde se ve un poco la asimetría entre comunidades autónomas que hay en la gestión de los pacientes externos. Eso sí, con un común denominador, y es que el crecimiento en este último año se ha multiplicado por cinco o por seis en número de pacientes.

La plantilla, indudablemente, no ha crecido por cinco o por seis, pero es cierto que progresivamente vamos viendo hospitales con una o varias personas dedicadas en exclusiva para determinados tipos de pacientes.

**P. Para un farmacéutico de hospital ¿qué peso tiene la palabra evaluación?**

R. Más que evaluación, que me gusta, suelo utilizar selección y posicionamiento. Cuando se evalúa un fármaco, la agencia europea o la agencia española hacen esa evaluación, para utilizar el uso de un fármaco en una indicación. Sin embargo, los servicios de farmacia hospitalaria evaluamos, pero para una selección y correcto posicionamiento. Entre varios fármacos, hay que seleccionar cuál es el mejor en su entorno y en muchos casos quedarte con el mejor, definir el que va en primera línea, segunda, etc.

En la FH también tenemos que hacer un ‘cambio de chip’. Sin dejar de evaluar, habría que reevaluar los resultados en salud. La evaluación, selección y posicionamiento que se hace para tener una guía farmacoterapéutica lo más completa posible debe ir acompañada de una reevaluación de los resultados en salud de tus pacientes. De este modo, se puede ver que se han evaluado, por ejemplo, diez fármacos y se ven qué pacientes han sido tratados, qué resultados han tenido y qué resultados se esperaban con los ensayos clínicos que teníamos. Así se reevalúa con resultados en la vida real de esos pacientes.

Si tus pacientes, de media, tienen peores resultados, hay algo que mejorar. Si lo estamos haciendo bien, quizá sea el laboratorio el que tenga que tener unos beneficios inferiores. Es el camino hacia el pago por resultados, que es un punto en el que vamos avanzando poco a poco, haciendo ese giro.

Necesitamos también mayor esfuerzo para calcular el coste efectividad en vida real.



**P. ¿Tenéis herramientas y tiempo para hacer esta reevaluación de resultados en salud?**

R. Contaríamos con herramientas, el tiempo también es necesario, y haría falta una reorganización de los servicios. Hasta ahora hemos sido una especialidad muy “aditiva” que ha ido sumando competencias. Farmacia hospitalaria para logística, para la preparación de medicamentos, para la atención al paciente directo, para la atención al paciente en cuidados intensivos, ahora la farmacia para el paciente crónico y la unión con primaria. No dejamos de hacer nada. Quizá deberíamos reenfocar nuestro trabajo hacia esto nuevo que nos llega, porque nuestro objetivo como FH es conseguir los mejores resultados en salud para nuestros pacientes. Evaluamos para tener el mejor fármaco, los mejores resultados, pero al final no nos da tiempo a evaluar si hemos conseguido los resultados. Hace falta este reenfoque.

**P. Es un paso también hacia nuevas fórmulas para negociar el precio de los medicamentos...**

R. Estamos trabajando mucho en una guía para los acuerdos innovadores de gestión en la línea de los resultados en salud. El medicamento tiene un precio pero el valor que aporta no siempre está alineado con ese precio. Precio y valor es distinto. El valor es calidad de vida, vivir más y mejor. Hagamos que el precio se module según este valor. De este modo, los acuerdos de riesgo compartido en la modalidad de pago por resultados deberían ser una prioridad. Por un lado, por el compromiso con el paciente, pero no solo yo como farmacia, sino también del médico que lo ha prescrito

y del laboratorio que lo ha vendido. Si esto no va bien y el paciente ha perdido su tiempo y su salud, el médico también su tiempo y el sistema su credibilidad, es lógico que los ingresos que perciba el laboratorio sean modulables.

En los últimos cinco años hay experiencias en diferentes hospitales y el propio ministerio también lleva un par de años estableciendo acuerdos de riesgo compartido fundamentalmente de tipo económico financiero, los techos de gasto. Si gastamos un poco más, lo asume el laboratorio.

En hepatitis C se combinaron las fórmulas de techo de gasto y resultados en salud. Todo paciente con hepatitis C que no responda se reembolsa.

En estos tratamientos lo que tocaba a la administración era buscar el dinero para pagarlos. Son fármacos muy eficaces, funcionan en el 93 por ciento de los casos, y el laboratorio responde por el 7 por ciento restante que no funciona.

**P. Sin embargo, este tipo de contratos avanzan de forma muy lenta, ¿a qué se debe?**

R. Por un lado porque nos faltan herramientas que sean sencillas de usar. Falta tiempo y medir cuesta tiempo. Y, por otro lado, por la dificultad en la negociación con los laboratorios. Si no somos ágiles en la fijación de precios, en su inclusión en las guías farmacoterapéuticas, cuando tú propones un riesgo compartido 27 meses después de que el laboratorio esperaba tener precio e inclusión tal vez sea tarde. Posiblemente nos toque agilizar, siendo sistemáticos, todos esos procesos. Si es de calidad, que esté disponible antes, y luego si va mal,



que haya un reembolso. Pero si es un embudo y el medicamento va poco a poco... En Reino Unido se plantean en el momento de la fijación de precios. Además, hay que hacerlo a escala nacional y en todos los niveles asistenciales.

**P. ¿Los informes de posicionamiento terapéutico (IPT) cumplen con su cometido en la actualidad? ¿Aportan lo que se espera de ellos?**

R. Los IPT marcan un antes y un después y hay que alabar el trabajo que ha hecho la Aemps con la dirección general de Cartera Básica. Hubiera sido más agudo todavía si hubieran incorporado dos cuestiones que les faltan, una de ellas es el informe farmacoeconómico. Siempre que seleccionas algo tienes que valorar el aspecto farmacoeconómico. La agen-

cia nos dice que no lo incorpora porque en realidad son una herramienta para realizar este análisis económico desde la dirección general de Farmacia.

Otra cuestión en la que hemos observado asimetrías es en el diferente grado de detalle del posicionamiento. Hay fármacos en los que está muy bien definido su lugar, en primera o tercera línea después de A y B, pero en otros casos resulta muy general. Aseguran, por ejemplo, que es una alternativa eficaz, pero no podemos decir que sea más eficaz que sus competidores para la primera línea. Se decidirá según criterios clínicos. Ante esto, llegas a tu hospital y hay seis alternativas en primera línea y hay que decidir cuál es prioritaria. En este caso no nos sirve. Entiendo que es por falta de

evidencia, porque no hay ensayos comparativos *head to head*, pero hace que se debilite la herramienta. Busca la equidad, pero si hay seis alternativas seguro que hay seis hospitales que tomarán decisiones diferentes.

**P. Por vuestra labor gestionando recursos limitados, ¿qué tipo de relación tenéis con el resto de especialistas del hospital?**

R. Depende del clínico, del histórico que tenga. Cada vez son más sensibles a estos aspectos, pero también depende del tipo de innovación. El médico quiere una herramienta terapéutica innovadora. Si lo ven muy innovador, aunque sea muy caro — y yo se lo agradezco — son sensibles al precio pero quieren la innovación, quieren medicamentos que le resuelvan mejor su problema terapéutico. En ese sentido creo que son más sensibles cada día, pero si es una innovación absoluta de alta de calidad, hasta el más sensible con el factor económico lo quiere. Nos dice que busquemos dinero donde sea porque esto hay que implantarlo.

**P. ¿Hasta qué punto la farmacia hospitalaria es el punto de entrada de la innovación al sistema?**

R. Estoy totalmente de acuerdo. No es solo la puerta, sino un aliado para esa incorporación de la innovación de calidad. Para ello es facilitador desde el principio, desde los mismos ensayos clínicos. En accesos tempranos y usos *off label*, cuando aún no tienen la indicación en España. Quizá un margen de mejora que tenemos sea anticiparnos más para ver cuál es esa innovación de calidad y agilizarla.



No tenemos el mismo compromiso con la agilidad que con la evaluación de calidad. Somos muy rigurosos, queremos hacer la evaluación de calidad, pero cuando la innovación es de calidad tenemos que ser los primeros en dar el paso adelante y facilitar el camino.

**P. ¿Cuál es el nivel de innovación real en materia farmacéutica?**

R. Depende de las patologías. En algunas hay innovación real: patologías hematológicas, mieloma múltiple, leucemia linfoblástica aguda, cáncer de pulmón, cáncer de mama son potentísimas y están cambiando el tratamiento de las enfermedades. En el terreno oncológico hay algunas innovaciones muy potentes, con una escala de beneficio clínico muy explícita. En determinadas patologías el grado de innovación es muy sutil. Hay mucho *me too*, muchos fármacos muy parecidos que es lógico y coherente que estén en el mercado, pero que es razonable que desde la farmacia presionemos para que haya una competitividad que nos permita ser más eficientes también a nosotros.

**P. ¿El precio de los nuevos fármacos siempre está justificado?**

R. El farmacéutico tiene un doble perfil, un perfil clínico, que es el investigador, y un perfil de economista, que es el pagador. Hay algunos precios de medicamentos que veo excesivamente altos. Entiendo los motivos y entiendo que si el propietario de una molécula no quiere bajar su precio tiene sus motivos. Muchas veces nos llega una molécula financiada ya en Alemania y es muy difícil explicarle a la población que allí está financiado y aquí no.

**P. ¿Qué tipo de presiones reciben los farmacéuticos hospitalarios?**

R. Por un lado del paciente, deseando tener la mejor salud. Además, del médico, que ve la innovación y desea utilizar esos fármacos. Otro foco es la dirección de los hospitales, por la parte presupuestaria y económica, que fija un presupuesto. La propia innovación en terapéutica también, el hecho de que haya mucha investigación hace que dispongamos de una gran oferta y que tengamos que diferenciar el tipo de innovación para potenciar la de mayor calidad.

**P. Errores de medicación, falta de adherencia, interacciones... de todos estos conceptos, ¿cuál preocupa más a sus compañeros?**

R. En este momento hay una mayor sensibilidad por la adherencia, porque la falta de adherencia genera falta de efectividad y pérdida de tiempo y de salud para el paciente. Y porque la atención clínica del farmacéutico al paciente ha ido creciendo. En segundo lugar, los errores de medicación, que durante una época eran la principal preocupación, porque estábamos muy volcados en el paciente ingresado, donde el tipo de medicación para el paciente agudo puede ser más peligrosa en determinadas ocasiones y ahora también en pacientes oncológicos o que están usando fármacos con una cierta peligrosidad y toxicidad. El área de interacciones es muy de farmacia, se han hecho varias cosas, pero no es la primera línea.

**P. ¿Estas prioridades van en función de su coste económico?**

R. No especialmente. Los errores de medicación tienen también mucho

“El objetivo debe ser invertir en salud, pero el medio para ello es desinvertir. Sabemos que la inversión no puede crecer todos los años”



coste, porque pueden generar problemas de salud muy importantes, incluso fallecimientos si no se evitan. Cuesta hacer análisis económico de los errores, pero es importante.

**P. ¿Tiene margen de ahorro en materia farmacéutica la sanidad pública?**

R. Mucho, tenemos que seguir trabajando en esta línea. El margen de eficiencia nunca tiene límite, aunque creas que has llegado al límite de negociación o de búsqueda de eficiencia no es así, porque la eficiencia es una relación, una razón en la que en el numerador tenemos efectividad y seguridad y en el denominador el coste. A veces parece que en el coste has llegado a lo mínimo, pero en efectividad y seguridad nunca se llega al máximo, siempre se puede mejorar.

**P. ¿Tienen la sensación de que se malgasta?**

R. Creo que podemos hacer una inversión en medicamentos más eficiente, pero no creo que se malgaste.

**P. Cuando escuchan la palabra copago ¿qué les pasa por la cabeza?**

R. Nos posicionamos en su día en contra (del copago en farmacia hospitalaria), tal y como estaba diseñado. Luego no ha llegado a aplicarse en realidad en ninguna comunidad autónoma. Tal y como estaba planteado costaba más el mecanismo para cobrarlo que lo que se recaudaba. Entiendo el motivo, porque no podemos tener fármacos que en farmacia hospitalaria no tienen copago y en farmacia comunitaria sí, es algo que debe resolverse. Pero entendemos que no facilitaría ni la adherencia ni la atención a nuestros pacientes.

**P. ¿Invertir o desinvertir, qué es más necesario?**

R. El objetivo debe ser invertir en salud pero el medio para ello es desinvertir, porque no puede crecer la inversión todos los años. Hay que facilitar el acceso a determinadas moléculas que pueden hacer posible una bolsa de eficiencia que per-

mita el acceso a nuevos fármacos. Un genérico, un biosimilar, etc., generan competencia y permiten obtener recursos para poder pagar la innovación de calidad.

**P. Desde su perspectiva, ¿la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud está en entredicho?**

R. A pesar de que el coste de algunos nuevos fármacos es muy alto, creo que vamos a saber hacerlo sostenible entre todos. Necesitamos implicación de todas las partes, equipos, sistemas, laboratorios, entidades reguladoras, todas tienen que poner de su parte, pero entre todos lo haremos sostenible, estoy convencido. Siempre necesitamos más inversión en sanidad, es lógico, pero lo conseguiremos.

**P. ¿Cuál es la fórmula magistral para ello?**

R. Desinvertir, pagar por resultados y facilitar la innovación que sea de calidad son herramientas para poder hacerlo sostenible.