23 de septiembre de 2009

Hon. Ángel R. Martínez Santiago
Presidente
Comisión de Salud
Senado de Puerto Rico
Apartado 9023431
San Juan, Puerto Rico 00902-3431

Re: Proyecto del Senado 1069

Estimado senador Martínez Santiago:

Agradecemos la oportunidad ofrecida para exponer nuestra posición en torno al **Proyecto del Senado 1069** que propone reglamentar las prescripciones de medicamentos con el fin de garantizar la seguridad, salud y pronta recuperación del paciente; y para otros fines.

Reconocemos como valiosa la intención de los autores de esta medida pero, en términos generales nos oponemos al P. del S. 1069 por que mezcla demasiados asuntos, intentaremos hacer una disección del Proyecto.

Esperamos que nuestra aportación les sea de utilidad, nos ponemos a su disposición de entenderlo necesario. Descargada la responsabilidad propia del cargo que ocupo como Presidente de la Junta de Directores de la Asociación Farmacias de Comunidad de Puerto Rico, y satisfecho con la encomienda delegada procedo a despedirme.

Cordialmente,

Elliot Pacheco Beauchamp
Presidente

Memorial Explicativo de la Asociación Farmacias de Comunidad de Puerto Rico ante la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico en torno al Proyecto del Senado 1069

Primero que todo entendemos que el P. del S. 1069 cubre un abanico de asuntos tan amplios que pueden ser atendidos con enmiendas a leyes vigentes, como la Ley de Farmacia, el Código de Seguros, Carta de Derechos del Paciente, entre otros. Crear una nueva ley que adolecerá de fiscalización nos parece un ejercicio en futilidad.

Comenzaremos por la Exposición de Motivos. Es cierto que la utilización inadecuada de medicamentos es una de las principales causas de muerte en los Estados Unidos, desconocemos si en Puerto Rico ocurre lo mismo porque no existen los datos, pero esta situación se espera que se corrija con la prescripción electrónica y eventualmente con el récord médico electrónico. Para el 2011 los médicos que utilicen el récord médico electrónico serán incentivados económicamente por CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services), para el 2015 serán penalizados. Es importante señalar que aún el P. del S. 350, proyecto que atiende parte de lo antes expuesto, no ha sido aprobado. Somos el único territorio que no ha sido proactivo en esta encomienda de CMS, ya los cincuenta (50) estados han aprobado la prescripción electrónica. Esto quiere decir que en Puerto Rico hasta que no se enmiende la Ley de Farmacia, los pacientes tienen que llevar la receta en papel a la farmacia al momento de recoger su medicamento, a pesar de que el médico haya prescrito electrónicamente.

Actualmente las terapias duplicadas y terapias contraindicadas de medicamentos se detectan si el paciente tiene plan médico con cubierta de medicamentos, es lo que conocemos como un DUR (Drug Utilization Review). Cuando un paciente llega a la farmacia con su plan médico y se procesa la prescripción a través del Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM por sus siglas en inglés), el PBM le notifica a la farmacia: si el paciente adquirió el mismo medicamento en otra farmacia, si el medicamento interactúa con otros y si no le corresponde

la repetición porque aún debe tener medicamento. Bajo esas circunstancias el PBM rechaza la autorización del medicamento y no le será despachado. Pero si el paciente carece de plan médico con cubierta de medicamentos, es imposible detectar estas situaciones a menos que el paciente acostumbre ir a la misma farmacia. Si el paciente acude a la misma farmacia**,** el farmacéutico verá en el perfil del paciente la utilización de medicamentos y podrá detectar cualquier anomalía, pero si el paciente es aficionado a la polifarmacia es imposible detectar la utilización de medicamentos.

Por otro lado, cuando hay que observar un protocolo particular por directrices de la FDA o el manufacturero, dichos medicamentos son despachados en farmacias particulares que se han registrado y han recibido la autorización del manufacturero para dispensarlos. Cualquier farmacia los puede dispensar siempre y cuando reciban el visto bueno del manufacturero. Usualmente si el paciente tiene plan médico con cubierta de medicamentos, el propio plan le notifica al paciente las farmacias autorizadas para su dispensación.

El "pharmacy shopping" o polifarmacia ocurre mayormente cuando el paciente no tiene plan médico. Usualmente los pacientes que tienen plan médico con cubierta de medicamentos van a la misma farmacia donde mantienen su récord farmacéutico. La polifarmacia no se corrige con leyes, se corrige con educación al paciente.

Lo que ocurrió con el Tamiflu se pudo haber evitado si la División de Bioseguridad del Departamento de Salud hubiese establecido unos parámetros y protocolos para la prescripción, distribución y dispensación del medicamento. Incluso fuimos proactivos en solicitar que se establecieran protocolos de dispensación. En esa ocasión le sugerimos al Departamento de Salud que coordinara con ASES (Administración de Seguros de Salud) y que utilizaran la red de farmacias contratada para dar servicios a pacientes del Plan de Salud del Gobierno para distribuir el medicamento. El Departamento de Salud hizo todo lo contrario y le anunciaron al país entero que el Tamiflu era gratuito en una red de farmacias limitada la

cual se creó en menos de 24 horas. Pues pasó lo natural, el propio Departamento de Salud creó una histeria colectiva por presión de los medios de comunicación y salieron todos los ciudadanos en una carrera, como si viniera un huracán, para obtener el medicamento sin tener la enfermedad. Crearon un pánico en la comunidad y causaron un caos en las farmacias participantes, a tal punto que varias farmacias renunciaron a participar en el programa de despacho de Tamiflu por seguridad de sus empleados. Para resolver esta situación no se requiere una ley, se requiere que las personas encargadas de una división tan medular como la de Bioseguridad tengan protocolos claros de cómo atender asuntos tan serios como una pandemia, la improvisación no es una buena medicina.

En torno a pacientes que acuden a diversos médicos a que les receten medicamentos controlados o que son para tratar una condición particular en la cual el médico no tiene pericia alguna es innecesario crear una ley. El "doctor shopping" se resuelve con educación al paciente. Cuando en Puerto Rico se establezca el récord médico electrónico los médicos podrán detectar ese tipo de situación, pero en este momento los médicos carecen de las herramientas para rastrear a los pacientes. Cada médico es responsable de ejercer su juicio profesional y reconocer sus capacidades, pero limitarles por ley su capacidad para prescribir por especialidad nos parece irrazonable. Nos parece que se estaría fomentando aún más la fragmentación del cuidado de la salud.

Nos parece que este Proyecto está mezclando dos asuntos medulares, la prescripción con el despacho de medicamentos cuando dice y cito: *Además, se persigue que el establecimiento de requisitos de ley en el proceso de prescripción de medicamentos redunde en un proceso más ágil en beneficio del paciente evitando las situaciones que suelen provocar las no autorizaciones o los requisitos de pre-aprobación por parte de los planes médicos.* Si lo que se busca es que los medicamentos sean autorizados con rapidez, minimizar o evitar las pre-autorizaciones para ello hay que requerirle a las aseguradoras de planes de salud y los Administradores de Beneficios de Farmacia (PBM por sus siglas en inglés) que cumplan con el **Reglamento Núm.**

7617 del 21 de noviembre de 2008 para Implantar las Disposiciones de la Ley Núm. 194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Puerto Rico"; Parte II- Derechos, Obligaciones y Responsabilidades de las Aseguradoras, Proveedores, Profesionales y Facilidades de Servicios de Salud y los Pacientes, Querellas y Procedimientos. Este es un Reglamento abarcador que contiene casi todo lo planteado en el P. del S. 1069. El propio Reglamento también contempla que los médicos prescriban correctamente, que utilicen los formularios para evitar las no autorizaciones y que si prescribe un medicamento que no está en formulario como debe justificarlo para agilizar su autorización.

El problema está en que ninguna agencia fiscaliza la implantación del Reglamento Núm. 7617 de la Oficina de la Procuradora del Paciente (OPP). Incluso, cuando la OPP tenía toda su plantilla de empleados le era dificultoso hacer cumplir su Reglamento, ahora que se queda con una cuarta parte de sus empleados a raíz de los despidos por la Ley 7, queda aún más limitada la fiscalización a las aseguradoras de planes médicos y PBMs.

En el Decrétase por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico:

Artículo 1: Nos sostenemos que es innecesario crear una ley.
Artículo 2: Se resuelve enmendando la Ley de Farmacia, su Artículo 5.02 Inciso (c) para incluir el peso y el diagnóstico, ya el nombre y la edad del paciente es un requisito.

> **Artículo 5.02 Inciso (c) La receta será la orden escrita original, expedida y firmada por el prescribiente incluirá la siguiente información, además de cualquier otra requerida por otras disposiciones de esta Ley y de otras leyes y reglamentos aplicables:**
>
> **1. fecha en que se expide;**
> **2. nombre completo y dirección del paciente;**
> **3. edad del paciente;**

4. nombre completo, dirección, número de teléfono, número de licencia y firma del profesional que prescribe;

5. nombre del medicamento prescrito con su forma de dosificación, potencia y cantidad;

6. indicaciones de uso para el paciente.

El farmacéutico podrá completar cualquier información que falte en la receta, anotándola al dorso de la receta, luego de verificarla con el prescribiente o paciente, según corresponda.

El segundo párrafo del Artículo 2 de este Proyecto está recogido en el Reglamento Núm. 7617 de la OPP Parte II Artículo 8. Por otra parte, ya los PBMs tienen como protocolo que el médico justifique por escrito su prescripción si contiene dosis distintas a las aprobadas por la FDA.

Artículo 3: El "Medicare Modernization Act (MMA)" estableció el "Medication Therapy Management (MTM)" como parte del cuidado farmacéutico. Los incisos propuestos en este Artículo son parte del MTM y ahora los planes médicos han comenzado a pagar por estos servicios. Incluso, la Asociación está promoviendo una actividad para el 8 de noviembre de 2009 donde vendrá la doctora Linda Strand, la persona que más conoce de MTM y ha creado programas para las farmacias y los farmacéuticos en EEUU.

Artículo 4: Este Artículo puede ser incluido en el Reglamento Núm. 7617. Ahora bien, bajo el MMA los medicamentos pueden ser aprobados en un periodo de 24 hasta 72 horas. Si es una emergencia hay un protocolo de aprobación expedita. Sería bueno que la Comisión de Salud verifique este punto con la oficina de CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) en Puerto Rico.

Reconocemos como valiosa la intención de los autores de esta medida. ¿Pero de qué vale legislar si no existe quién fiscalice? Tanto la Oficina de la Procuradora del Paciente como la División de Farmacia y Medicamentos de la Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud del Departamento de Salud carecen del personal necesario para fiscalizar las leyes vigentes. Nos parece que la Comisión de Salud junto a la Comisión de Seguros le harían una gran contribución al país si se crea un Código de Seguros de Salud. Un Código que solamente atienda los aspectos de las aseguradoras de salud, organizaciones de salud, PBMs, TPAs, IPAs, proveedores, etc.; desde el aspecto de contratación hasta cubiertas y servicios a los beneficiarios.

En estos momentos la Oficina del Comisionado vela por la "salud" fiscal de las aseguradoras y carecen del personal con el peritaje para atender la complejidad de los seguros de salud y todo su andamiaje. Entendemos que se le debe asignar el presupuesto para que de aprobarse un Código de Seguros de Salud pueda ser implantado y fiscalizado. Esta tarea debe ser compartida con el Departamento de Salud.