

EVALUACIÓN DEL GASTO PÚBLICO 2019

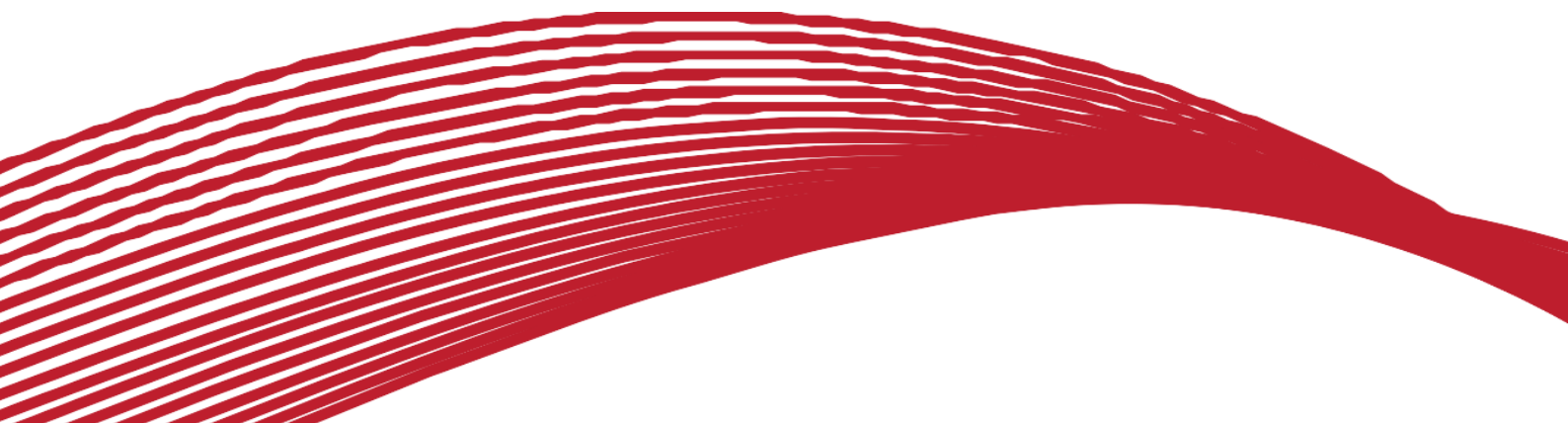
ESTUDIO

GASTO HOSPITALARIO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: FARMACIA E INVERSIÓN EN BIENES DE EQUIPO

ANEXO 9 TRANSVERSALES



Autoridad Independiente
de Responsabilidad Fiscal



ÍNDICE

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	3
FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN.....	12
HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA	13

Herramientas de gestión

Cuadro 1: Peso de los indicadores relacionados con farmacia hospitalaria en el CP o ACG. Puntos sobre 100

Ámbito \ Comunidad	Andalucía ¹	Aragón ²	Baleares ³	Cantabria ⁴	Madrid ⁵
Gasto en farmacia hospitalaria	7,5	0,0	0,0	5,0	0,0
Contratación pública y compras para el suministro de medicamentos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Logística del medicamento	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0
Uso racional del medicamento (URM), sostenibilidad y eficiencia	1,8	7,8	13,5	4,0	7,1
Seguridad en el uso de medicamentos	0,0	0,0	2,5	0,0	2,6
Implantación de TIC en la gestión de la farmacia hospitalaria	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Formación sobre uso racional del medicamento (URM), sostenibilidad y eficiencia	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0

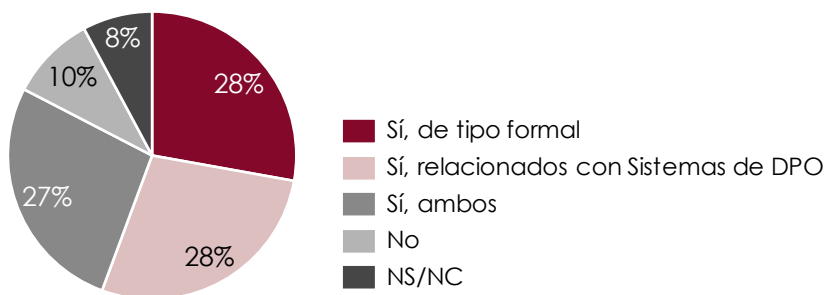
Fuente: Elaboración propia a partir de los Contratos Programa (CP) o Acuerdos de Gestión (ACG). El análisis se lleva a cabo para aquellas Comunidades cuyos CP o ACG son de carácter público y aquellas que han facilitado información sobre los mismos, y se realiza en base a los últimos disponibles. (1) Contrato Programa 2019 SAS para Atención Hospitalaria (AH), excluyendo Atención Primaria, Áreas de Gestión Sanitaria y Red Andaluza de medicina transfusional, tejidos y células. (2) Contrato Programa Servicio Aragonés de Salud 2019. Incluye los indicadores relacionados con el cumplimiento de proyectos asistenciales. (3) Contrato Programa del IB-SALUT 2019. (4) Acuerdo de Gestión con el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. El último disponible es de 2010. Para el cálculo del peso de los indicadores, se han tenido en cuenta tanto los indicadores de carácter asistencial como los objetivos económicos de la Gerencia contemplados en el Contrato Programa. (5) Contrato Programa 2019 del SESMA con el Hospital Universitario 12 de Octubre. Para el cálculo del peso de los indicadores, se han tenido en cuenta tanto los indicadores de carácter asistencial como los del Compromiso de Gestión.

Cuadro 2: Peso de los indicadores relacionados con los bienes de equipo de alta tecnología en el CP o ACG. Puntos sobre 100

Ámbito \ Comunidad	Andalucía ¹	Aragón ²	Baleares ³	Cantabria ⁴	Madrid ⁵
Gasto en equipos de alta tecnología	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Adquisición, suministro y mantenimiento de los equipos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Accesibilidad: listas de espera e indicación de pruebas diagnósticas	4,5	2,9	15,0	10,0	1,5
Uso racional de los equipos, sostenibilidad y eficiencia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Adecuación de las indicaciones y pruebas realizadas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguridad en el uso de los equipos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Implantación de TIC en la gestión de los equipos	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0
Formación sobre el uso de los equipos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

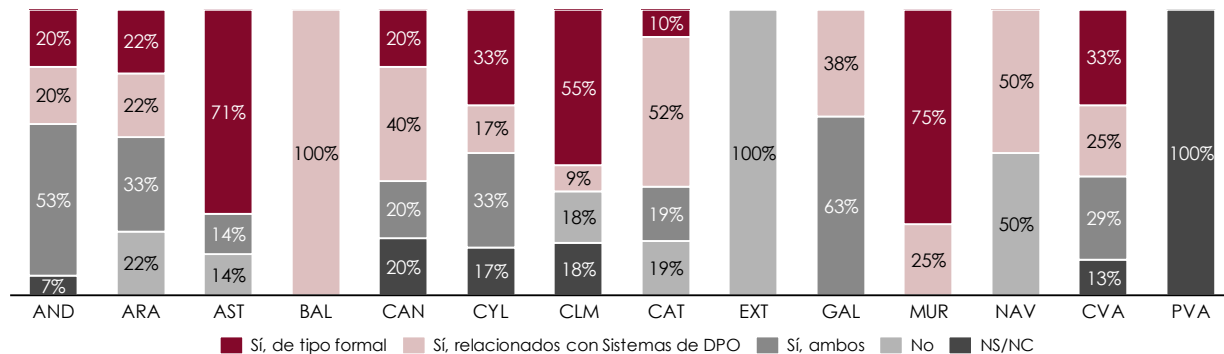
Fuente: Elaboración propia a partir de los Contratos Programa (CP) o Acuerdos de Gestión (ACG). El análisis se lleva a cabo para aquellas Comunidades cuyos CP o ACG son de carácter público y aquellas que han facilitado información sobre los mismos, y se realiza en base a los últimos disponibles. (1) Contrato Programa 2019 SAS para Atención Hospitalaria (AH), excluyendo Atención Primaria, Áreas de Gestión Sanitaria y Red Andaluza de medicina transfusional, tejidos y células. (2) Contrato Programa Servicio Aragonés de Salud 2019. Incluye los indicadores relacionados con el cumplimiento de proyectos asistenciales. (3) Contrato Programa del IB-SALUT 2019. (4) Acuerdo de Gestión con el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. El último disponible es de 2010. Para el cálculo del peso de los indicadores, se han tenido en cuenta tanto los indicadores de carácter asistencial como los objetivos económicos de la Gerencia contemplados en el Contrato Programa. (5) Contrato Programa 2019 del SESMA con el Hospital Universitario 12 de Octubre. Para el cálculo del peso de los indicadores, se han tenido en cuenta tanto los indicadores de carácter asistencial como los del Compromiso de Gestión.

Gráfico 1: Porcentaje de hospitales que suscriben ACG con los Servicios Asistenciales y/o UGC



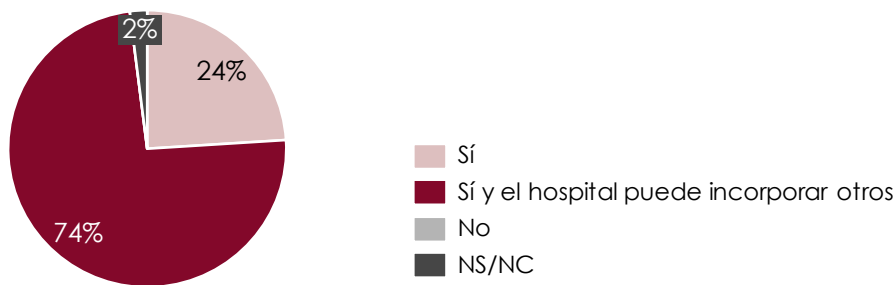
N= 115 hospitales. Fuente: Cuestionario de Farmacia para la Dirección de los Centros Hospitalarios.

Gráfico 2: Porcentaje de hospitales que suscriben ACG con los Servicios Asistenciales y/o UGC por CC. AA.



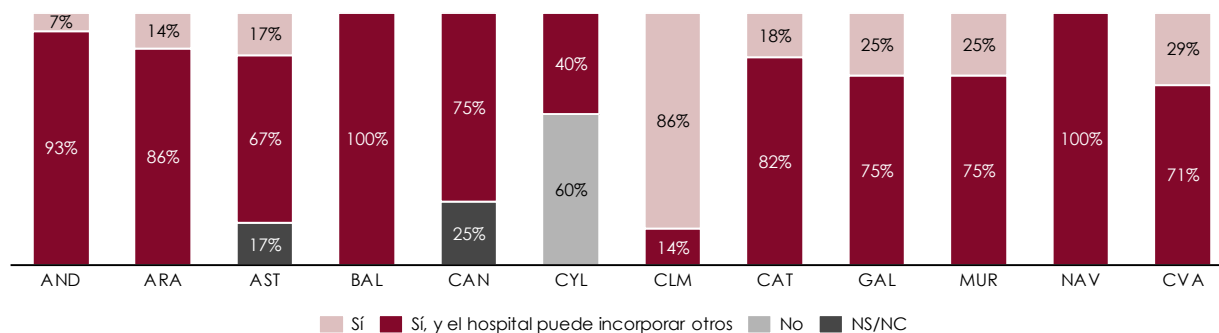
N= 115 hospitales. Fuente: Cuestionario de Farmacia para la Dirección de los centros hospitalarios. Para Extremadura, País Vasco y Baleares solo se dispone información de un hospital. En el caso de Baleares y Extremadura, además, se trata de hospitales pequeños.

Gráfico 3: Porcentaje de hospitales que incorporan objetivos en concordancia con los del CP o ACG en los Acuerdos que suscriben con los Servicios/UGC



N= 95 hospitales. Fuente: Cuestionario de Farmacia para la Dirección de los centros hospitalarios.

Gráfico 4: Porcentaje de hospitales que incorporan objetivos en concordancia con los del CP o ACG en los Acuerdos que suscriben con los Servicios/UGC por CC. AA.



N= 95 hospitales. Fuente: Cuestionario de Farmacia para la Dirección de los centros hospitalarios. Para Baleares solo se dispone información de un hospital y se trata, además, de un hospital pequeño

Ilustración 1: Revisión de la literatura de modelo de incentivos (I)

Revisión de la literatura sobre los diferentes modelos de incentivación

- Como se ha puesto de manifiesto anteriormente, existen diversos **mecanismos de incentivación a los profesionales** para fomentar la consecución de determinados objetivos, así como una **elevada variabilidad entre hospitales y CC.AA.** en la tipología de incentivos utilizados.
- Asimismo, los datos obtenidos a través del trabajo de campo en 41 hospitales y las reuniones con los Servicios de Salud regionales revelan que en la mayoría de las ocasiones **no se realizan evaluaciones de la efectividad de estos modelos de incentivación.**
- Por estas razones, a la hora de diseñar modelos de incentivación es interesante tener en cuenta tanto las diferentes modalidades de incentivos como la **eficacia** de los mismos en la consecución de objetivos, por lo que se llevó a cabo una **revisión de la literatura** de los modelos de incentivos existentes en el ámbito sanitario.
- La revisiones sistemáticas analizadas destacan que la **baja calidad de la evidencia empírica** y explican que **no existen estudios fiables** que permitan entender **qué tipos de incentivos funcionan mejor en distintos modelos organizativos** y de gestión de la atención sanitaria.¹⁻⁵
- Debido a esto, a lo largo de las páginas siguientes se proporciona un resumen de las principales **ventajas y desventajas teóricas** de cada tipo de incentivos, así como de **la evidencia empírica de su efectividad (en base a los resultados de revisiones sistemáticas)**, con el objetivo servir de apoyo para el diseño de modelos de incentivos (o la modificación de modelos ya existentes).
- Es importante destacar que aunque cada tipo de incentivo se presenta por separado, **los modelos de incentivación pueden (y suelen en muchas ocasiones) incluir varios tipos de incentivos** para conseguir un efecto sinérgico de los mismos.

Definición de incentivo

En el análisis realizado se toma una **definición amplia del concepto de incentivo**, entendiéndose como **cualquier herramienta de fomento de cambios de comportamiento** de los profesionales (desde el esquema de financiación de un centro o servicio a medidas enfocadas a facultativos individuales)

Tipos de incentivos incluidos en el análisis



**Incentivos
financieros**



**Incentivos
NO financieros**





**Incentivos
coercitivos**



**Incentivos
NO coercitivos**


Fuente: (1) Metcalfe et al. (2018). Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers. Cochrane Database of Systematic Reviews, 9 (2) Flodgren et al. (2011). An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. (3) Christianson et al. (2007) Financial incentives, healthcare providers and quality improvements: a review of the evidence. The Health Foundation: London (4) Meeker, et al. (2016). Effect of behavioral interventions on inappropriate antibiotic prescribing among primary care practices: a randomized clinical trial. *Jama*, 315(6), 562-570. (5) Sacamy, et al. (2016). Medicare letters to curb overprescribing of controlled substances had no detectable effect on providers. *Health Affairs*, 35(3), 471-479

Ilustración 2: Revisión de la literatura de modelo de incentivos (II)

Incentivo	Descripción	Ventajas	Desventajas	Evidencia empírica
<p>Presupuestos fijos</p> 	<p>Asignación de un presupuesto fijo con límites estrictos de incumplimiento. Este presupuesto puede ser asignado de manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Global al conjunto del centro o a un servicio en particular (normalmente en base al histórico) - Por un sistema de capitación: establecimiento de una cantidad fija a pagar al centro (o a un servicio) por cada persona que pertenece a su población asignada. Para calcular esta cuantía per cápita se tienen en cuenta las características demográficas medias de la población (p.ej. edad, comorbilidades...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Contención del gasto • Predictibilidad del gasto (no es posible desviarse del presupuesto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de que empeoren los resultados en salud si los servicios ofrecidos a pacientes se reducen para cumplir el presupuesto • Limitación de la flexibilidad necesaria para responder a imprevistos • Los presupuestos en base a histórico no tienen en cuenta las variaciones de población asignada y los puramente capitativos no consideran las inversiones de capital o los costes de mantenimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Flodgren et al. (2011): en general, falta de eficacia de los presupuestos globales a nivel de centro o servicio a la hora de cambiar el comportamiento de los facultativos o mejorar los resultados en salud¹ • También Flodgren et al. (2011): los sistemas de capitación pueden ayudar a cambiar el comportamiento de los facultativos o mejorar los resultados en salud (pero la calidad de la evidencia es muy baja)¹
<p>Límites de gasto para facultativos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Fijación de un presupuesto máximo de gasto por facultativo durante un periodo de tiempo determinado (p.ej. gasto de prescripción) • La contención del gasto dentro (o por debajo) de este incentivo, se fomenta: <ul style="list-style-type: none"> • Con incentivos negativos (p.ej. multas) • Con incentivos positivos (posibilidad de reinvertir los ahorros producidos o reparto de bonus) • Este modelo está más extendido en farmacia, pero también es aplicable a la alta tecnología 	<ul style="list-style-type: none"> • Contención del gasto • Predictibilidad del gasto • Afecta todos los facultativos con capacidad de generación de gasto (el efecto no se diluye en un incentivo global) 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de que empeoren los resultados en salud si los servicios ofrecidos a pacientes se reducen para no sobrepasar el presupuesto • Reducción de la capacidad financiera para absorber shocks o imprevistos 	<ul style="list-style-type: none"> • Rashidian et al. (2007): evidencia de baja calidad de una reducción del nivel de prescripción por paciente (aunque sin datos sobre los resultados en salud).²

(1) Flodgren et al. (2011). An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. Cochrane database of systematic reviews, 7. (2) Rashidian et al. (2015). Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8

Ilustración 3: Revisión de la literatura de modelo de incentivos (III)

Incentivo	Descripción	Ventajas	Desventajas	Evidencia empírica
<p>Pago por procesos o modelo de tarifas</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de cuantías fijas (tarifas) a pagar a los hospitales por la totalidad de la atención sanitaria que se debe prestar a un paciente en procesos concretos (p.ej. infarto de miocardio, manejo de cánceres específicos en estadios determinados). Normalmente este modelo se utiliza para pagar procesos de alto coste (siendo complementado con un presupuesto base para el hospital). 	<ul style="list-style-type: none"> Contención del gasto en procesos de alto coste al desincentivar pruebas o tratamientos innecesarios Posibilidad de comparar los resultados de hospitales para procesos concretos (pagados con la misma tarifa) y aprender de las mejores prácticas 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de que empeoren los resultados en salud si los servicios ofrecidos a pacientes se reducen para no sobrepasar la tarifa Riesgo de que los hospitales rechacen pacientes en aquellos procesos en la que la tarifa es menos rentable y os deriven a otros centros Riesgo de que los hospitales clasifiquen sistemáticamente a los pacientes en procesos con tarifas más rentables 	<ul style="list-style-type: none"> Flodgren et al. (2011): el pago por procesos consigue cambiar comportamiento de los facultativos y puede que mejore los resultados en salud (pero la calidad de la evidencia es muy baja)¹ Palmer et al. (2014): los sistemas de tarifas pueden ayudar a expeditar las altas de hospitalización (reducción indirecta de costes), pero los efectos en la salud son variables (incluso con tendencias a incrementar los reingresos o la gravedad?).
<p>Pay-for-performance (P4P)</p>	<ul style="list-style-type: none"> En este modelo los pagos a los centros o facultativos están directamente ligados la consecución de ciertos objetivos de eficiencia y de calidad (p.ej. lista de espera quirúrgica media) Normalmente estos modelos se complementan con un presupuesto base (global o de capitación) 	<ul style="list-style-type: none"> Enfoque a la consecución de mejores resultados en salud. Si se aplican a nivel de profesional (en vez de a nivel de centro) afectan directamente al comportamiento del facultativo. 	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad en el acuerdo de indicadores de "calidad" Menor control sobre el gasto que con otras medidas de incentivación de prescripción costo-eficiente 	<ul style="list-style-type: none"> Tanto Flodgren et al. (2011)² como Yuan et al. (2017)³ encuentran evidencia (aunque de baja calidad) de impactos positivos de este modelo en el comportamiento de los facultativos y/o resultados en salud, mientras que Rashidian et al. (2015)⁴ sugiere que no hay evidencia del impacto de este modelo Manthes et al. (2019)⁵ sugiere que el P4P no mejora los resultados en salud en comparación con presupuestos capitativos

 Medida coercitiva

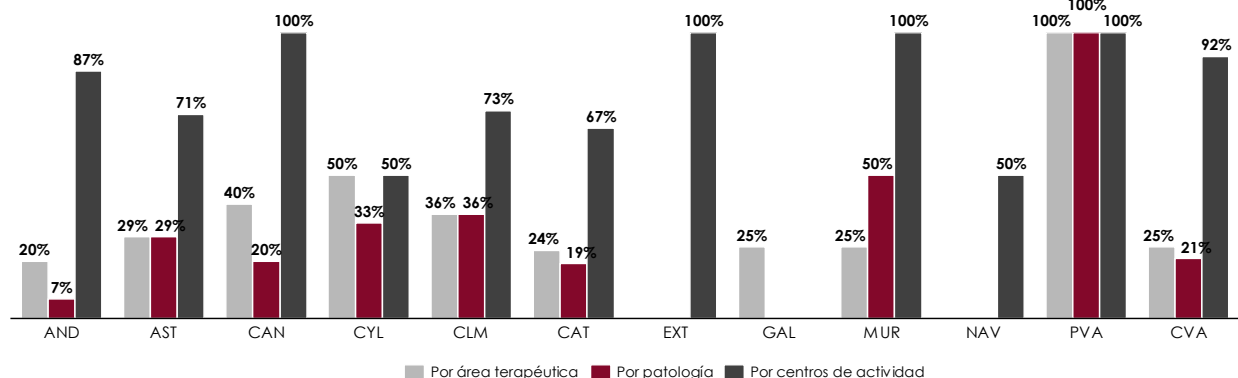
Fuente: (1) Flodgren et al. (2011). An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. Cochrane database of systematic reviews, 7. Palmer et al. (2014). Activity-based funding of hospitals and its impact on mortality, readmission, discharge destination, severity of illness, and volume of care: a systematic review and meta-analysis. PLoS One, 9 (10) (3) Yuan et al. (2017). Payment methods for outpatient care facilities. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. (4) Rashidian et al. (2015). Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8 (5) Mathes et al. (2019). Pay for performance for hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews, 7

Ilustración 4: Revisión de la literatura de modelo de incentivos (IV)

Incentivo	Descripción	Ventajas	Desventajas	Evidencia empírica
Carrera profesional	<ul style="list-style-type: none"> Posibilidad de ligar el progreso dentro de la carrera profesional a la consecución de objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> Doble incentivo: aumento indirecto de los ingresos del facultativo y mayor acceso a puestos de gestión 	<ul style="list-style-type: none"> El incentivo desaparece cuando se alcanza el rango máximo de carrera profesional 	<ul style="list-style-type: none"> Existen discrepancias entre estudios en relación a la efectividad de los incentivos no financieros¹ No obstante, la mayoría de las investigaciones coinciden que es probable que los modelos de incentivación menos agresivos con efectividad dudosa a corto plazo, como la formación, las colaboraciones interprofesionales o la comunicación de <i>best practices</i>, tengan efectos graduales a largo plazo al cambiar las actitudes de los profesionales.^{2,3} En el caso de los incentivos de prestigio profesional, como los ránkings, es importante mantener el equilibrio entre la estimulación de la competitividad (la cual probablemente sea mayor con estrategias más agresivas en las que se establecen comparaciones explícitas y públicas) y evitar una alteración del clima laboral (el cual se verá potencialmente menos afectado si los ránkings o comparaciones no son públicos)¹
Formación	<ul style="list-style-type: none"> Difusión de material educativo y/o posibilidad de asistir a congresos o programas de formación adicional si se cumplen los objetivos de prescripción 	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de los conocimientos de los facultativos Reducción de la dependencia en los laboratorios para ofrecer formación a los sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de evidencia sobre la efectividad de la difusión de material educativo (sin otras medidas adicionales) en los cambios de comportamiento a corto plazo. La efectividad del incentivo depende de la motivación de los profesionales por recibir formación 	
Prestigio profesional	<ul style="list-style-type: none"> Ránkings, premios u otros mecanismos que reconozcan el desempeño individual de los facultativos frente a sus compañeros 	<ul style="list-style-type: none"> Fomento de la competitividad entre profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo del alteración del clima laboral 	
Participación en proyectos	<ul style="list-style-type: none"> Posibilidad de participar en proyectos colaborativos o de investigación si se cumplen los objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> Fomento del trabajo multidisciplinar y de la investigación (y reducción de la dependencia en la industria) 	<ul style="list-style-type: none"> La efectividad del incentivo depende de la motivación de los profesionales de participar en proyectos colaborativos o de investigación 	

Fuente: (1) Altarum (2018) Non-Financial Provider Incentives: Looking Beyond Provider Payment Reform. Disponible aquí. (2) Soumerai et al. (2005) Improving Drug Prescribing in Primary Care: A Critical Analysis of the Experimental Literature (3) Carone et al. (2012) Cost-containment policies in public pharmaceutical spendings in the EU. Disponible aquí.

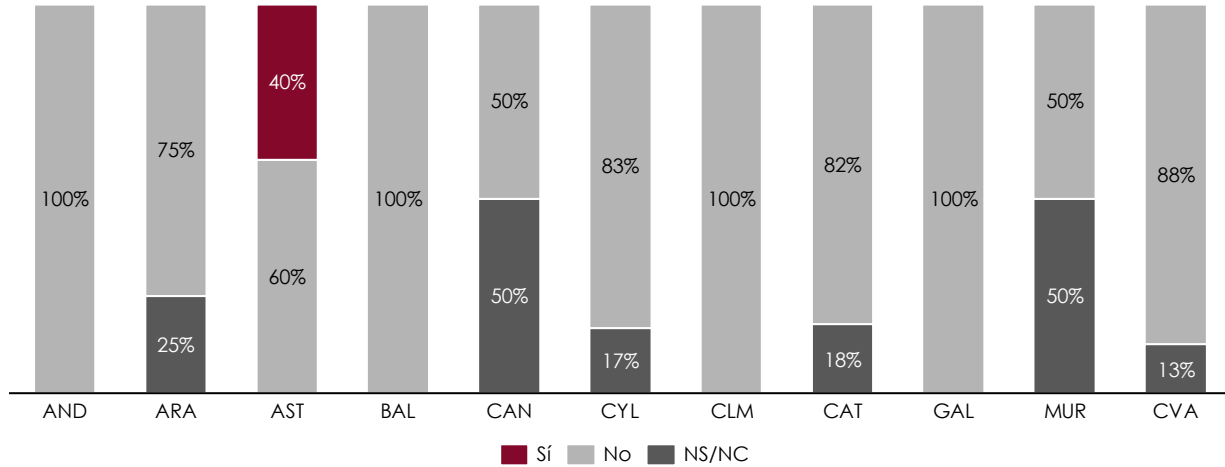
Gráfico 5: Porcentaje de hospitales con diferentes tipos de contabilidad de costes¹



(1) Análisis realizado con las repuestas al Cuestionario de Farmacia Hospitalaria para la Dirección de los hospitales de 115 centros. A pesar de que para País Vasco únicamente se contaba con los datos de un hospital, esta información se consideró representativa porque se trataba del hospital de referencia cuyo gasto farmacéutico representa una parte importante del total de la Comunidad. En los casos de Baleares, Extremadura y Navarra, únicamente se contó con datos de hospitales comarcales de pequeño tamaño.

Formación e investigación

Gráfico 6: Porcentaje de hospitales que cuantifica los costes evitados en términos sanitarios¹ asociados a la realización de ensayos clínicos²



(1) Es decir, en términos de ahorro en gastos no farmacológicos como p.ej. reducción de la estancia media. (2) Análisis realizado con las repuestas al Cuestionario de Farmacia Hospitalaria para la Dirección de los hospitales de 72 centros.

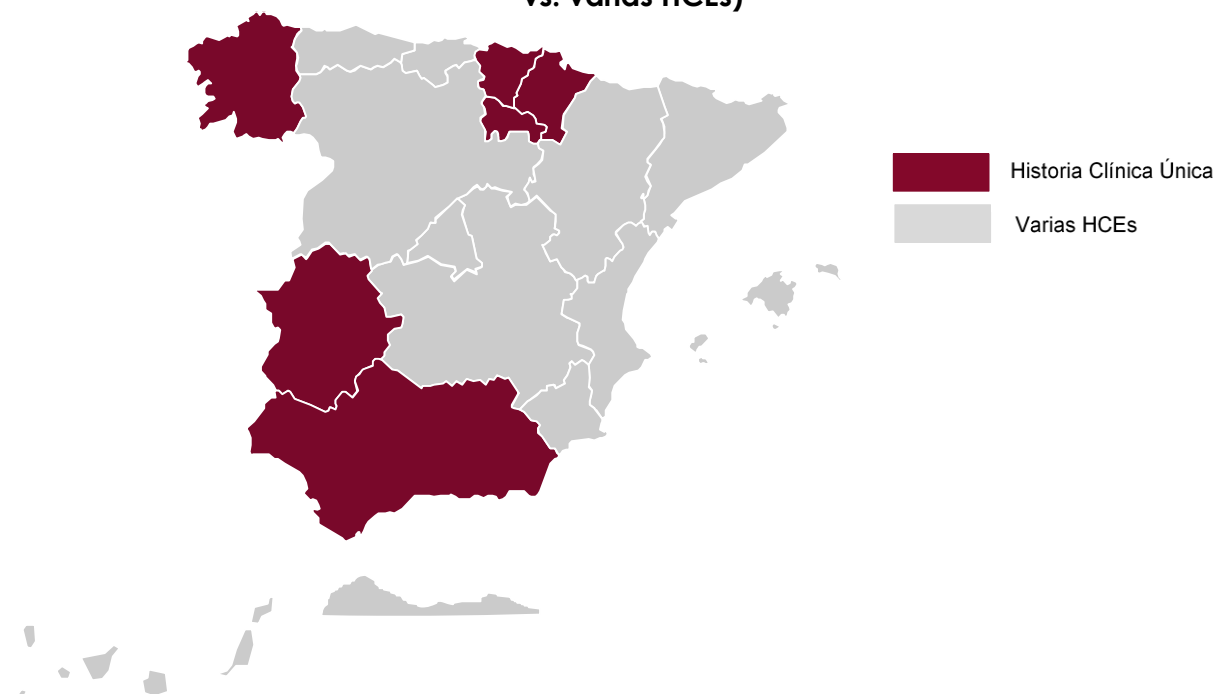
Historia Clínica Electrónica y prescripción electrónica

1. Historia Clínica Digital Regional

El modelo de desarrollo e implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) ha seguido un **proceso diferente en cada una de las Comunidades Autónomas**: algunas han implantado una **Historia Digital Única** para todos los niveles asistenciales, mientras que otras cuentan con **historias clínicas diferentes según nivel asistencial**, integradas mediante visores que permiten ver la información de cada paciente en los diversos sistemas informáticos.

El siguiente mapa indica qué CC. AA. han implantado una Historia Clínica Única y en cuáles cuentan con varias HCEs.

Ilustración 5: Mapa resumen de la situación de la HCE en las CC. AA. (Historia Clínica vs. varias HCEs)



Fuente: Elaboración propia a partir del informe de interoperabilidad de la Fundación Idis¹ y de las fuentes indicadas la descripción de la situación de las diferentes CC. AA.

A continuación, se describe brevemente la situación las 17 Comunidades Autónomas y de Ceuta y Melilla.

¹ Fundación Idis (2015). Estudio De Interoperabilidad En El Sector Sanitario https://www.fundacionidis.com/wp-content/infomes/informe_interoperabilidad_idis_web.pdf

Andalucía- Servicio Andaluz de Salud (SAS)

La **Historia Electrónica de Salud de Andalucía, Diraya, constituye la HCE única de Andalucía para todos los niveles asistenciales**. Diraya utiliza el Número de Historia de Salud de Andalucía (NUHSA) para ligar la información de diferentes contactos con el sistema a cada paciente.

El SAS ha implantado también la historia clínica en movilidad para las **urgencias extrahospitalarias**, lo que permite consultar la información clínica a tiempo real para acceder a datos relevantes e incorporar la información registrada en Diraya para que pueda ser consultada por los médicos de urgencias.

Aragón- Servicio Aragonés de Salud (SALUD)

En la actualidad conviven dos historias clínicas electrónicas en Aragón, la de **atención primaria** (soportada por **OMI-AP**^{II}) y la de **especializada** (Sistema de Información Atención Especializada; **EHA**). Estas dos historias clínicas están siendo integradas en una **Global y Única Historia Clínica de Aragón** (GUHARA)^{III}, con vistas a estar implantada en 2020.^{IV}

Principado de Asturias- Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

En el principado, los servicios de **atención primaria utilizan OMIAP** como sistema de información clínica para el soporte de la historia clínica electrónica. Por su parte, todos **los centros de atención especializada utilizan Selene** (a excepción del **Hospital Universitario Central de Asturias**, el cual utiliza la solución **Millenium desarrollada por Cerner**).

Islas Baleares – IBSalut

Baleares utiliza el sistema de información de atención primaria (SIAP) en la totalidad de los centros de atención primaria. En lo relativo a la atención especializada, el Hospital Universitario Son Espases usa Millenium, mientras que el resto de los centros especializados tienen implantado Health Care Information Systems (HCIS) para la gestión

^{II} Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. *Registro de la Información en OMI-AP y Receta Electrónica*. Disponible en: <http://www.iacs.es/evento/registro-la-informacion-omi-ap-receta-electronica-4/>

^{III} Coll Clavero, J.I. (2019). GUHARA: Global y Única Historia Clínica de Aragón. Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud Disponible en: <https://seis.es/wp-content/uploads/2019/10/Revista-136.pdf>

^{IV} El Periódico de Aragón. La historia clínica única será una realidad en todo Aragón en el 2020. Disponible en: https://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/historia-clinica-unica-sera-realidad-todo-aragon-2020_1190793.html

de la historia clínica. Además, algunos de los departamentos de los hospitales utilizan herramientas informáticas propias para facilitar su actividad.^v

En la actualidad, la Historia de Salud (HSAL) incorpora la información procedente de diferentes sistemas y permite a los profesionales del sector sanitario consultar los datos de pacientes contenidos en diversos sistemas informáticos. La HSAL contiene una ficha de salud (con un resumen de los datos más relevantes del paciente y acceso a las diversas historias clínicas), así como enlaces a visores de otros sistemas de información (laboratorio, radiología, registro de voluntades anticipadas).

En 2018, Baleares comenzó un plan de desarrollo de una Base de Datos Asistencial Corporativa (BDAC) para la creación de una historia clínica única e integrada a todos los niveles asistenciales (primaria, especializada y SAMU 061) para todos los niveles asistenciales. Esta permitirá no sólo ver las diferentes historias clínicas e informes de niveles asistenciales (como hasta ahora), sino que permitirá la edición de datos a tiempo real desde cualquier nivel asistencial, ligando la información a la historia única de cada paciente.

Canarias-Servicio Canario de Salud

El Sistema Canario de Salud cuenta con dos historias clínicas diferentes, una para **especializada (DRAGO AE)** y otra para la **primaria (Drago AP)**, los cuales están implantados en la totalidad del sistema ^{vi}.

Cantabria- Servicio Cántabro de Salud (SCS)

En Cantabria existen un conjunto de aplicaciones de soporte de las historias clínicas, entre los que destaca **OMI AP en atención primaria**, **Altamira Clínica en hospitales** y **Gacela** para cuidados de **enfermería** hospitalaria. Existe un **Visor de Historia Clínica** electrónica que permite compartir información relevante entre Atención Primaria y Hospitalaria y los centros socio sanitarios ^{vii}.

Además, **la historia clínica electrónica de urgencias y emergencias sanitarias (HICEUS) fue implantada en 2016**. El objetivo de HICEUS es informatizar los servicios de urgencias y emergencias y permitir la integración de datos recogidos en estos servicios en la historia

^v IB Salut (2018). Sistemas de Información Clínico Administrativos. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/es/profesionales/e-salud-tecnologias-de-la-informacion-y-la-comunicacion/sistemas-de-informacion-clinicoadministrativos>

^{vi} Sistema Canario de Salud (2015). Sistemas de Información. Disponible: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/996d33e2-09d6-11e5-9e16-d107cd1682ec/8_SistemasInformacion2011_2014.pdf

^{vii} Gobierno de Cantabria (2015). Plan de Atención a la Cronicidad 2015-2019. Disponible: <https://www.ascasam.org/images/interes/PlandeCronicidad.pdf>

clínica de los hospitales en los que los pacientes son ingresados tras recibir atención médica de urgencia.

Castilla y León- Sanidad de Castilla y León (Sacyl)

Los servicios de **Atención Primaria** de Castilla y León utilizan el sistema **Medora** para el soporte de la HCE, mientras que la **Atención Especializada** utiliza el sistema **Jimena**. Medora se encuentra implantado en la totalidad de los servicios de Atención Primaria, mientras que no existen datos sobre el grado de cobertura de Jimena ^{viii}.

En lo referente a la integración entre ambos sistemas, en 2017 se inició un plan en aquellos centros de Atención Especializada que tuvieran la versión más avanzada de Jimena en ese momento (versión 4.0), con el objetivo de proceder a la integración completa una vez que Jimena estuviese implantado en la totalidad del territorio ^{ix} (no se han podido encontrar datos de los avances que se han realizado en lo relativo a esta integración).

Castilla-La Mancha- Servicio de Salud De Castilla la Mancha (SESCAM)

El SESMA cuenta con una **historia clínica única para la Atención Primaria denominada “Turriano”** y otra para la **atención especializada**, la cual se denomina **Mambrino XXI**. Estos dos sistemas están integrados por un **visor** que permite a los profesionales del SESCAM visualizar de forma estructurada la información recogida en los distintos sistemas informáticos (informes, historial, alergias, tratamientos y medicamentos). Este visor cuenta con herramientas que permiten generar avisos y recomendaciones para favorecer la continuidad asistencial.

Cataluña- CatSalut

Debido a la heterogeneidad de los sistemas informáticos empleados en Cataluña, en 2008 la Generalitat comenzó la creación de la **Historia Clínica Compartida de Cataluña (HC3)**, la cual conecta a hospitales de agudos y centros de atención primaria, salud mental y sociosanitarios (los cuales dan servicio a personas mayores o terminales).

Según los últimos datos encontrados, **la implantación era del 100% tanto en hospitales como en centros de salud, con un grado de cobertura del 84% en centros de salud mental y del 98% de centros sociosanitarios en 2015**. HC3 no es una historia clínica única,

^{viii} Se revisaron las páginas oficiales de la Consejería de Salud y del Sacyl así como las noticias relevantes.

^{ix} El Norte de Castilla (2016). Una historia única y digital para el centro de salud y el hospital Disponible en: <https://www.elnortedecastilla.es/castillayleon/201611/22/historia-unica-digital-para-20161121195300.html>

sino una herramienta que permite el acceso a las diferentes historias clínicas respetando sus modelos, aunque existen algunos motores que permiten el tratamiento de datos para la creación de alertas.^x

Comunitat Valenciana- Agencia Valenciana de Salud

En la Comunidad Valenciana, **la Historia de Salud Electrónica de la Agencia Valenciana de Salud (HSEAVS)** integra la **información clínica de los diferentes sistemas de información** (siendo Abucasis y Orion Clinic los sistemas más comunes en primaria y secundaria, respectivamente) a través del Sistema de Información Poblacional.

Extremadura- Servicio Extremeño de Salud (SES)

El Sistema Extremeño de Salud cuenta con una **historia clínica única digitalizada denominada JARA** a la que tienen acceso todos los profesionales de salud con independencia del nivel asistencial (primaria o especializada) en la totalidad del territorio.

Galicia –Servicio Gallego de Salud (SERGAS)

El SERGAS cuenta de un modelo de HCE denominado **IANUS** que engloba **todos los servicios proporcionados por el servicio público de salud**. IANUS contiene información relativa a consultas, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, prescripciones farmacológicas de cada paciente.

El SERGAS está ampliando las funcionalidades del IANUS:

La **Historia Clínica Electrónica por Procesos (HCEPRO)** permite vincular todas las actividades clínicas y asistenciales vinculadas a problema de salud concreto de forma que se pueda hacer un seguimiento global de la evolución del mismo. Además, se está pilotando esta aplicación para la monitorización continua de variables de forma remota.^{xi}

^x Fundación Cáser (2015). HC3: la experiencia hacia la integración de la Historia Clínica en Cataluña. Disponible en: https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/laexperienciacatalana_hc3_solans_gomez_web.pdf

^{xi} Un piloto finalizado en mayo de 2019 con 155 pacientes con Hipertensión Arterial Alta (HTA) de la Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Santiago de Compostela (con 925 controles) ha demostrado reducciones medias de aproximadamente un 5% en Tensión Arterial Sistólica (TAS) y de un 3,5% en Tensión Arterial Diastólica (TAD). El siguiente enlace proporciona información adicional sobre este piloto y otros pilotos (HCEMOV y HCEPRO en hospital de día): <https://www.indracompany.com/es/noticia/minisat-contribuye-impulsar-continuidad-asistencial-prevenir-problemas-salud>

HCEMOV (Historia Clínica Electrónica Móvil) que permite a los profesionales acceder a la HCE y realizar los cambios necesarios desde móviles/tabletas.

Comunidad de Madrid- Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

En el SERMAS cuenta con historias diferentes en Atención Primaria y Atención Especializada. Los centros de Atención Primaria cuentan con una **Historia Clínica Electrónica (HCE) única de Atención Primaria (AP-Madrid)**, mientras que los **hospitales cuentan con diferentes soluciones de HCE** (entres los que se incluyen HP HIS, SELENE, IMDH, Florence y HCIS).^{xii}

En la actualidad, el 100% de los centros de atención primaria disponen de Historial Clínica Electrónica^{xiii}, la cual se está extendiendo a todos los Centros Ocupacionales, Residencias de Día y Residencias de Mayores y a algunos Centros de Atención Integral de Atención al Drogodependiente. **Todos los centros hospitalarios de atención hospitalizada (con la excepción del Hospital Clínico San Carlos) disponen de Historia Clínica Electrónica.**^{xiv}

La Plataforma HORUS permite integrar las historias clínicas de Atención Primaria y Especializada. Según la Memoria Anual 2018 del SERMA, desde HORUS se puede acceder a información de AP-Madrid, Hospitales, SUMMA 112, Alertas de Salud Pública, Informes de Cirugías y pruebas diagnósticas derivadas a centros concertados, Imágenes e Informes del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Mama, de los Registros específicos de Pacientes en Sistemas Centralizados (Infarto, Ictus, Renales Crónicos, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Ingresado en Residencias, en Programa de Cuidados Paliativos, Programa de Crónicos) e informes de pacientes que son desviados a otros centros mediante la Lista de Espera. Asimismo, HORUS permite el acceso a CIBELES (Centro de Información Básica Estratégica para los Entornos Sanitarios, el cual permite la identificación única de pacientes y la integración de toda la información clínica de cada paciente), así como al portal Multicita que permite la gestión de las citas dentro del programa de libre elección de médicos de Atención Primaria y Especialidad en la Comunidad.

^{xii} Fundación Idis (2015). Estudio De Interoperabilidad En El Sector Sanitario https://www.fundacionidis.com/wp-content/infomes/informe_interoperabilidad_idis_web.pdf

^{xiii} Servicio Madrileño de Salud (2018). Memoria 2018 Gerencia Asistencial Atención Primaria. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020342.pdf>

^{xiv} Servicio Madrileño de Salud (2018). Memoria 2018. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020283.pdf>

Región de Murcia- Servicio Murciano de Salud (MurciaSalud)

En la Región de Murcia se utiliza **OMI-AP para el soporte de la historia clínica de Atención Primaria** y **Selene para Atención Secundaria**, los cuales se conectan a través del visor “Ágora Plus” que permite a todos los profesionales del Servicio Murciano de Salud acceder a la información relevante de cada paciente^{xv}.

Además, **en 2018**, todos los **Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUPA) se digitalizaron con la implantación del programa SURE**, el cual permite registrar datos de actividad asistencia y acceder a las historias clínicas del paciente para recoger información de relevancia asistencial.^{xvi}

Comunidad Foral de Navarra – Servicio Navarro de Salud (OSASUNBIDEA)

El Osasunbidea ha creado la **Historia de Salud Electrónica el Servicio Navarro de Salud**, el cual está formado por tres sistemas integrados entre sí: **Atenea/OMI en Atención Primaria**, **la Historia Clínica Informatizada (HCI) de atención especializada**, **Irafi (cuidados de enfermería en atención especializada)**.^{xvii} En la actualidad, se está desarrollando un proyecto por el cual se quiere convertir esta historia clínica compartida (que únicamente permite la visualización) en una historia plenamente integrada que permite la edición de los datos por parte de los diferentes profesionales involucrados en los cuidados de un paciente^{xviii}

Cabe destacar la aplicación “**Observa**”, implantada desde 2017, la cual permite integrar toda la historia farmacológica de un paciente y permite el acceso tanto a farmacéuticos como a profesionales médicos de primaria y especializada ^{xix}. Esto permite la mejor monitorización de paciente polimedicados y aquellos que regresan a la atención primaria tras un ingreso hospitalario.

^{xv} Murcia Salud (2013). a nueva Historia Clínica Electrónica conecta todos los servicios sanitarios de la Región. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=260426>

^{xvi} Diario Médico (2018). Murcia ultima la red digital de los SUAP. Disponible en: <https://www.diariodiomedico.com/tecnologia/murcia-ultima-la-red-digital-de-los-suap.html>

^{xvii} Vázquez, J.M. Un caso de uso: el proyecto corporativo de salud electrónica de la Comunidad Foral de Navarra. *Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud*. Disponible en: http://www.sodena.com/descargas/Un_caso_de_uso-El_proyecto_corporativo_de_salud_electronica_de_la_Comunidad_Foral_de_Navarra.pdf

^{xviii} Gobierno de Navarra (2018). *Evaluación Estrategia Navarra de Atención Integrada a pacientes pluripatológicos a los dos años de implantación*. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/BEF58587-D99A-4B7C-821C-04BDA341CFFF/421581/EvaluacionEstrategiaAtencionPluripatologicoenNavar.pdf>

^{xix} Osasunbidea (2018). *Plan de Uso Racional del Medicamento*. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/E5EA6AB0-D17C-4BEF-BAEE-E83B77C7C53F/410194/URM2017.PDF>

País Vasco (Euskadi)- Servicio de Salud Vasco (Osakidetza)

El País Vasco cuenta con una **historia clínica única denominada Osabide Global** a la cual pueden acceder todos los profesionales sanitarios desde cualquier punto del Osakidetza.

Osabide (junto con los módulos de prescripción) se extendió a más de la mitad de las residencias de personas mayores del País Vasco en 2016^{xx} para facilitar el seguimiento sanitario y farmacéutico en este colectivo. La extensión a la totalidad de las residencias no se completó según los datos del informe de evaluación de 2017 y no ha sido posible encontrar evidencias de que este proyecto haya sido continuado. Adicionalmente el proyecto InterRAI actual se centra en la creación de una historia sociosanitaria común, incorporando datos médicos y sociales ^{xxi}.

La Rioja- Rioja Salud

La Historia Clínica Electrónica está implantada en el 100% los centros de Atención Especializada (desde 2008) y en Atención Primaria (desde 2010)^{xxii}, así como en Urgencias Sanitarias y en algunos centros de atención social en los que se dispensan medicamentos de farmacia hospitalaria ^{xxiii}.

La HCE utiliza la plataforma Selene (desarrollada por Siemens) para todos los niveles asistenciales. Esta plataforma integra Atención Primaria, Atención Especializada y de la Salud Mental, así como diagnóstico por imagen, pruebas de laboratorio y la gestión de citas ^{xxiv}.

^{xx} Gobierno Vasco (2017). LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA PARA EUSKADI • 2013-2016. http://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_c20/es_def/adjuntos/c20_L%C3%8DNEAS%20ESTRAT%C3%89GICAS_EVALUACI%C3%93N_es.pdf

^{xxi} Gobierno Vasco (2017). Innovando en el modelo de atención sociosanitaria en Euskadi. InterRAI CA como embrión de la Hª Sociosanitaria vasca. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/noticia/2017/innovando-en-el-modelo-de-atencion-sociosanitaria-en-euskadi-interrai-ca-como-embrión-de-la-h-sociosanitaria-vasca/>

^{xxii} Gobierno de La Rioja (2016). Historia Clínica Electrónica. Disponible en: <https://www.larioja.org/tecnologia-comunica/es/historia-clinica-electronica/historia-clinica-electronica>

^{xxiii} La Rioja Salud (2015). TIC en Sanidad. La experiencia en el Sistema de Salud de La Rioja. Disponible en: <https://www.socinfo.es/contenido/seminarios/1415sanidad7/LuzMartires.pdf>

^{xxiv} Gobierno de La Rioja (2016). Historia Clínica Electrónica. Disponible en: <https://www.larioja.org/tecnologia-comunica/es/historia-clinica-electronica/historia-clinica-electronica>

Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla

Ceuta como Melilla utilizan e-SIAP para el soporte de la HCE de Atención Primaria^{xxv} y HCIS y HIS para Atención Especializada ^{xxvi}.

Se prevé la creación de una historia clínica única para el área sanitaria de Melilla ^{xxvii}.

2. Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud

En 2006 el Ministerio de Sanidad comenzó el proyecto de **Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS)**, con el objetivo de permitir a los profesionales sanitarios acceder a datos clínicos relevantes del paciente cuando éste se encuentra fuera de su Comunidad/Ciudad Autónoma. Es necesario resaltar que el proyecto de la HCDSNS **no posibilita el acceso a la HCE completa del paciente, sino que permite el acceso a los documentos/ información clínica más importantes**. Estos documentos son:

- Historia Clínica Resumida (HCR) o Patient Summary
- Informe Clínico de Atención Primaria (ICAP)
- Informe Clínico de Urgencias (ICU)
- Informe Clínico de Alta (ICA)
- Informe Clínico de Consulta Externa de Especialidades (ICC)
- Informe de Cuidados de Enfermería (ICE)
- Informe de Resultado de Pruebas de Laboratorio (IRPL)
- Informe de Resultados de Pruebas de Imagen (IRPI)
- Informe de Resultados de Otras Pruebas Diagnósticas (IROPD)

Las Comunidades/Ciudades Autónomas pueden tener tanto **perfil emisor como receptor**. El perfil receptor permite el acceso a la información clínica de los pacientes procedentes de otras Comunidades/ Ciudades Autónomas, mientras que el emisor permite el acceso de la HCE regional en otras Comunidades/ Ciudades Autónomas. **En la actualidad todas las Comunidades y Ciudades Autónomas son tanto emisoras como receptoras, con la excepción de Cataluña**, que en la actualidad es solamente emisora.

La **HCR es un documento dinámico generado a tiempo real que contiene los datos más importantes para facilitar la asistencia sanitaria no programada**, como datos de diagnósticos y tratamientos activos y de alergias. Cuando se accede a una HCR desde una Comunidad distinta a la Comunidad de origen, se crea una copia de esta HCR en

^{xxv} BOE (2019). Anuncio de formalización de contratos de la Dirección del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Objeto: Mantenimiento y soporte del Sistema de Información de Atención Primaria e-SIAP, con destino a Atención Primaria de Ceuta y Melilla del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Expediente: PN 2018/083. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-B-2019-8384

^{xxvi} Plataforma de Contratación de Sector Pública (2019). Expediente 2019/011. Disponible: https://contrataciondelestado.es/wps/portal/!ut/p/b0/04_Sj9CPykyssy0xPLMnMz0vMAfjU1JTC3ly87KtUJLEnNyUuNzMpMzSxKTaQr0w_Wj9KMyU1zLcvQiDX3DKnySDPK8vE1K00wSnyf1ywJzAm1t9Qtycx0B60-xow!!/

^{xxvii} Gobierno de España (2019). Carcedo: "El nuevo hospital de Melilla está pensado para los pacientes: versátil, polivalente y con capacidad de ampliación. Disponible: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad/Paginas/2019/110219-melilla.aspx>

la Comunidad de destino. De esta manera, **pueden existir tantas HCR de un único paciente como CC. AA. hayan abierto dicha HCR**. Cada copia de la HCR puede ser modificada por la Comunidad donde se ha creado. Además, todas las copias de la HCR se actualizan en tiempo real cuando se realizan modificaciones en la HCE de la Comunidad de origen. No obstante, la HCR de la Comunidad de origen solamente incorpora las modificaciones que se introducen directamente en su HCE.

El resto de documentos listados anteriormente son informes clínicos disponibles en la HCE regional del paciente, con independencia del modelo de historia que cada Comunidad haya definido.

Los pacientes pueden acceder a tanto a su HCE regional como a su HCDSNS desde los portales/apps que han habilitado los Departamentos de Salud de las diferentes CC. AA. (con la excepción de Cataluña, la cual está integrada en el proyecto de HCDSNS únicamente como emisora). Para acceder a la HCDSNS, los ciudadanos deben contar con DNI electrónico, Certificado Electrónico, o claves concertadas a través de la plataforma CI@ve. Estos accesos seguros (o similares) se utilizan también para el acceso a las HCE regionales.

Los médicos no habituales que presten atención sanitaria en una Comunidad que no es la de origen del paciente deberán solicitar autorización al paciente para acceder a su información clínica.

Una vez hayan accedido al HCDSNS, los ciudadanos podrán ocultar informes de manera que estos no puedan ser vistos por profesionales de otras Comunidades. Los profesionales podrán en este caso ver que el paciente ha decidido ocultar cierta información, pero no habrá indicación sobre qué tipo de información se trata. No obstante, esta información puede ser desbloqueada a petición del paciente o, en casos extremos en los que el paciente se encuentre en una situación de peligro inminente y no se encuentre en condiciones de autorizar la visualización de esta información, el profesional podrá activar el mecanismo de emergencia y acceder a esta información^{xxviii}. Estos mecanismos de emergencia quedan registrados y pueden ser objeto de auditoría.

Además de estos documentos, se está trabajando en la creación de una **Historia Clínica Resumida a nivel europeo (EU Patient Summary)**, que tiene el objetivo de facilitar la asistencia médica no programada entre los distintos Estados Miembros^{xxix}. El Ministerio

^{xxviii} Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). HCDSNS. Preguntas frecuentes. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/hcdsns/Preguntas_frecuentes.htm

^{xxix} European Commission (2018). European standard for digital patient summary has been approved. Disponible en: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/european-standard-digital-patient-summary-has-been-approved>

tiene planeada su incorporación a la HCDSNS a la eHDSI (eHealth Digital Services Infrastructure) europea^{xxx} en 2020.

A continuación, se incluye un **cuadro resumen de la situación de las 17 CC. AA. según el informe del Ministerio de 1 de enero de 2020^{xxxI}**, En el siguiente cuadro se muestra un resumen del estado de situación de la HCDSNS en cada una de las 17 CC. AA., incluyendo:

- **Capacidad emisora y receptora:** es decir, si la Comunidad tiene capacidad para enviar a y/o recibir información de otras CC. AA.
- **Grado de cobertura:** porcentaje de las tarjetas sanitarias individuales de cada comunidad² que tiene al menos una referencia en la HCDSNS (es decir, que tiene al menos uno de los 9 documentos descritos en la diapositiva anterior disponible en la HCDSNS)
- **Grado de integración de las CC. AA. en la HCDSNS** (es decir capacidad de las diferentes CC. AA. de emitir o recibir cada uno de los 9 documentos que componen la HCDSNS: HCR, ICAP, ICU, ICA, ICC, IPRL, IRPI, ICE, IROPD), así como las previsiones de incorporación de nuevos documentos en la HCDSNS.

^{xxx} Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). EU Patient Summary. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/hcdsns/eups/home.htm>

^{xxxI} Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). HCDSNS. Informe de situación 01/01/2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/Inf_sit_HCDSNS_enero_2020.pdf

Cuadro 3: Situación de las CC. AA.

CC. AA.	HCDSNS	Cobertura (%)	HCR	ICAP	ICU	ICA	ICC	IRPL	IRPI	ICE	IROPD	Previsiones
Andalucía	Emisor y receptor	91,31	Sí			Sí						
Aragón	Emisor y receptor	91,55	Sí						Sí			
Asturias	Emisor y receptor	43,93	En prueba	En prueba	Sí	Sí	Sí			Sí		ICAP
Baleares	Emisor y receptor	92,67	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Canarias	Emisor y receptor	91,32	Sí		Sí	Sí	Sí					ICAP, IRPL, IRPI, ICE
Cantabria	Emisor y receptor	98,83	Sí									
Castilla y León	Emisor y receptor	97,80	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí			ICE
Castilla-La Mancha	Emisor y receptor	92,80	Sí									ICU, ICA
Cataluña	Sólo emisor	98,55	Sí									
C. Valenciana	Emisor y receptor	94,50	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Extremadura	Emisor y receptor	98,82	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Galicia	Emisor y receptor	96,99	Sí									ICU, ICA, ICC, ICE
Madrid	Emisor y receptor	94,33	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	HCR, EUPS
Murcia	Emisor y receptor	98,41	Sí		Sí	Sí	Sí				Sí	
Navarra	Emisor y receptor	99,57	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí					
País Vasco	Emisor y receptor	99,02	Sí							Sí		IRPL, ICU
La Rioja	Emisor y receptor	99,91	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		

Elaboración propia con fuentes del Ministerio ⁵. HCR (Historia Clínica Resumida), ICAP (Informe Clínico de Atención Primaria), ICU (Informe Clínico de Urgencias), ICA (Informe Clínico de Alta), ICC (Informe Clínico de Consultas), IRPL (Informe de Resultados de Pruebas de Laboratorio), IRPI (Informe de Resultados de Pruebas de Imagen), ICE (Informe de Cuidados de enfermería), IROPD (Informe de Resultados de Otras Pruebas Diagnósticas; No incluido en el Conjunto Mínimo de Datos de Los Informes Clínicos el Sistema Nacional De Salud CMDIC establecido por el RD 1093/2010).

3. Receta electrónica: implantación regional e interoperabilidad entre Comunidades/Regiones Autónomas

La mayoría de las Comunidades, así como las Ciudades Autónomas, tienen implantados sistemas de receta electrónica tanto para los servicios de Atención Primaria como para los de Atención Especializada. Según el último informe del Ministerio de Sanidad (con fecha de septiembre de 2019), la implantación es del 100% en los centros de salud, consultorios, hospitales y oficinas de farmacia de todas las Comunidades, con la excepción de Castilla y León y Asturias, donde el grado de implantación en hospitales es del 21,43 y el 0%, respectivamente.

Con respecto del total de las recetas emitidas, el porcentaje de prescripciones electrónicas varía desde el 66,96% en Castilla y León al 99,42% en Galicia, con la media nacional situada en el 94,5%.^{xxxii}

Cuadro 4: Porcentaje recetas electrónicas

CC. AA. y Ciudades Autónomas	% Oficina Farmacia	% Centro Salud	% Consultorio	% Hospital	% e-Receta	Integración en la RESNS
Andalucía	100	100	100	100	99,29	Sí
Aragón	100	100	100	100	93,96	Sí
Asturias	100	100	100	0	65,59	Sí
Baleares	100	100	100	100	98,34	Sí
Canarias	100	100	100	100	98,20	Sí
Cantabria	100	100	100	100	98,80	Sí
Castilla y León	100	100	100	21,43	66,96	Sí
Castilla-La Mancha	100	100	100	100	96,96	Sí
Cataluña	100	100	100	100	99,34	Sí
C. Valenciana	100	100	100	100	98,99	Sí
Extremadura	100	100	100	100	84,04	Sí
Galicia	100	100	100	100	99,42	Sí
Madrid	100	100	100	100	96,86	Sí
Murcia	100	100	100	100	69,19	Sí
Navarra	100	100	100	100	96,88	Sí
País Vasco	100	100	100	100	97,06	Sí
La Rioja	100	100	100	100	97,39	Sí
INGESA	100	100	100	100	93,68	Sí
SNS	100	100	100	92,18	94,50	Sí

Elaboración propia con fuentes del Ministerio

Además, desde abril de 2019, todas las Comunidades (además de Ceuta y Melilla) se encuentran adheridas al programa de interoperabilidad de la Receta Electrónica del Sistema Nacional de Salud (RESNS). Este programa permite la dispensación de medicamentos en Comunidades/Ciudades Autónomas diferentes a aquellas en las que

^{xxxii} Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). Implantación de la receta electrónica en el SNS. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/NIVEL_DE_IMPLANTACION_septiembre_2019.pdf

se ha emitido la receta (para lo cual es necesario que el paciente presente la tarjeta única individual. Cuando la dispensación se produce, la Comunidad emisora es notificada para que pueda descontar de futuras prescripciones ^{xxxiii}.

Para acceder a las prescripciones, es necesario presentar la tarjeta sanitaria individual.

4. Recetas de MUFACE

Varias Comunidades (Madrid, Galicia, Navarra, Murcia, Asturias, Castilla-La Mancha, Andalucía, Aragón, Cantabria y Extremadura) han firmado convenios de integración con la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) para su integración en el sistema de receta electrónica regional, con acuerdos inminentes previstos para País Vasco y la Comunitat Valenciana ^{xxxiv}. En julio de 2019, un piloto fue iniciado en Cantabria y Aragón con una duración planeada de 6 meses^{xxxv}.

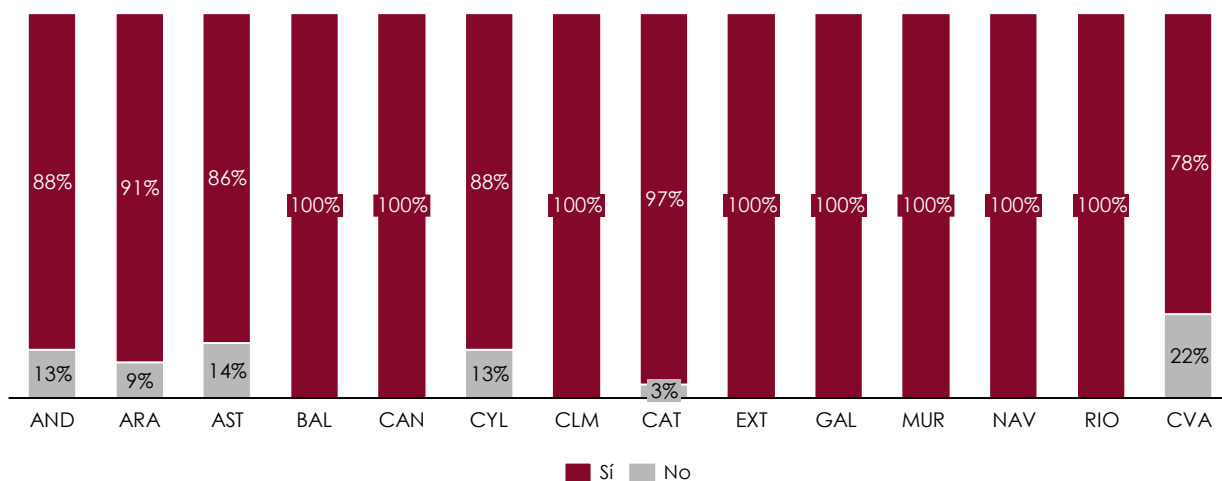
^{xxxiii} Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). Receta Electrónica del Servicio Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/home.htm>

^{xxxiv} La Razón (2019). Cuatro aseguradoras prestarán la Sanidad a los funcionarios. Disponible en: <https://www.larazon.es/economia/cuatro-aseguradoras-prestaran-la-sanidad-a-los-funcionarios-MH25226208>

^{xxxv} Colegio Oficial Farmacéuticos de Zaragoza (2019). Arranca en las farmacias de Aragón el piloto de receta electrónica para los mutualistas de MUFACE con prestación sanitaria a través del Servicio Aragonés de Salud. Disponible en: <https://cofzaragoza.org/arranca-en-las-farmacias-de-aragon-el-piloto-de-receta-electronica-para-los-mutualistas-de-muface-con-prestacion-sanitaria-a-traves-del-servicio-aragones-de-salud/>

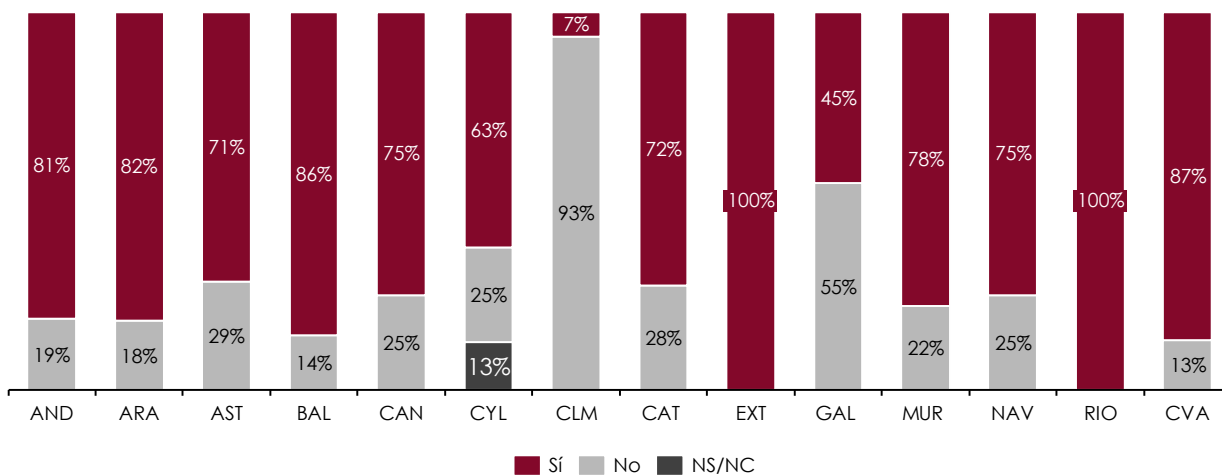
5. Prescripción electrónica

Gráfico 7: Porcentaje de hospitales españoles en los que los sistemas de prescripción electrónica están integrados con el sistema de gestión del Servicio de Farmacia¹



(1) Análisis realizado con las repuestas al Cuestionario de Farmacia Hospitalaria para los Servicios de Farmacia Hospitalaria de 146 centros. A pesar de que para La Rioja únicamente se contaba con los datos de un hospital, esta información se consideró representativa porque se trataba del hospital de referencia cuyo gasto farmacéutico representa una parte importante del total de la Comunidad.

Gráfico 8: Porcentaje de hospitales con sistemas de prescripción electrónica que incorporan funcionalidades de ayuda a la decisión clínica y validación farmacéutica¹



(1) Análisis realizado con las repuestas al Cuestionario de Farmacia Hospitalaria para los Servicios de Farmacia Hospitalaria de 146 centros.