



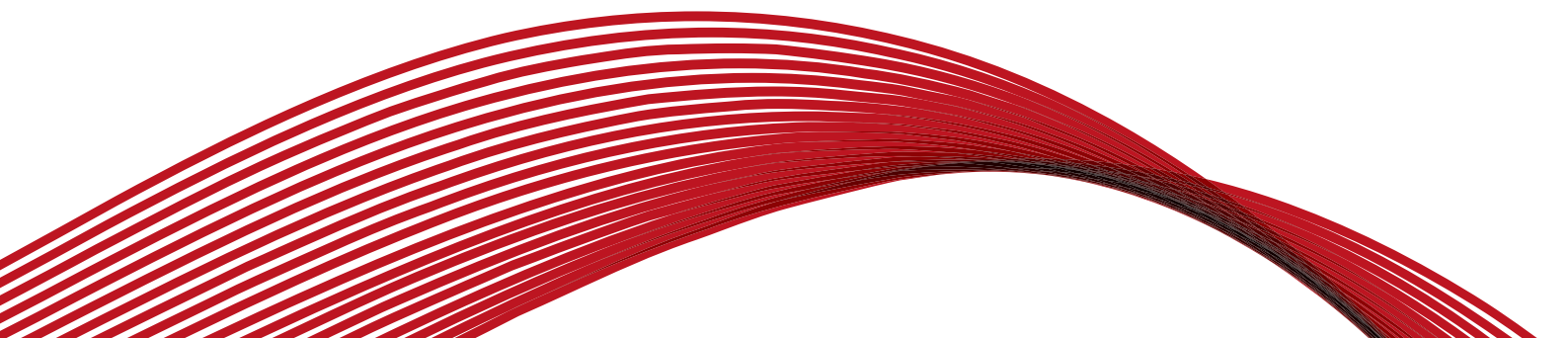
EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

ESTUDIO. RESUMEN EJECUTIVO

EVALUACIÓN DEL GASTO PÚBLICO FARMACÉUTICO Y EN EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA EN EXTREMADURA



Autoridad Independiente
de Responsabilidad Fiscal





Autoridad Independiente
de Responsabilidad Fiscal

La Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, AAI (AIReF) nace con la misión de velar por el estricto cumplimiento de los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera recogidos en el artículo 135 de la Constitución Española.

Contacto AIReF

C/ José Abascal, 2-4, 2ª planta

28003 Madrid

+34 910 100 599

Info@airef.es

www.airef.es

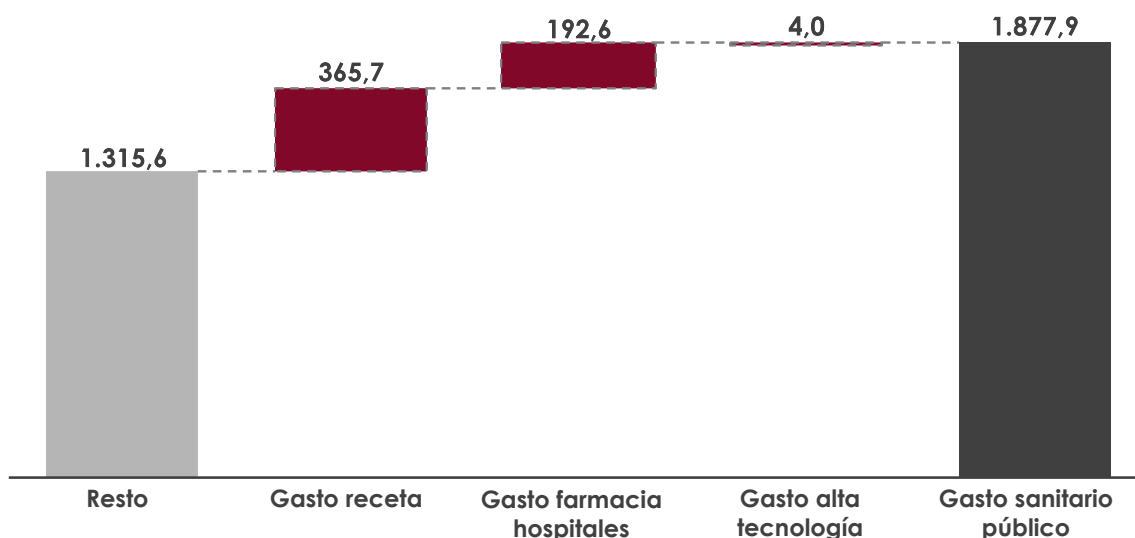
Esta documentación puede ser utilizada y reproducida en parte o en su integridad citando necesariamente que proviene de la AIReF.

Fecha de publicación del estudio: octubre de 2023.

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo de esta evaluación es analizar la eficiencia y eficacia del gasto público farmacéutico y de inversión en equipos de alta tecnología en Extremadura. Este estudio analiza tres partidas del gasto público farmacéutico: el gasto farmacéutico hospitalario, el gasto en medicamentos dispensados con receta médica en oficinas de farmacia y el gasto en medicamentos de centros sociosanitarios. Estas partidas alcanzaron en 2022 los 558 millones de euros, más de una cuarta parte del gasto público sanitario total y un 2,8 % del PIB de la región extremeña. Además, se incorpora también a la evaluación el gasto de inversión en equipos de alta tecnología, que alcanzó los 4 millones de euros en 2022 según los datos facilitados por el Servicio Extremeño de Salud (SES). De este modo, el volumen total de las partidas presupuestarias de gasto analizadas supera los 560 millones de euros.

COMPOSICIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN EXTREMADURA OBJETO DE ANÁLISIS. 2022 (MILLONES DE EUROS)



Fuente: AIReF a partir de los datos del Ministerio de Sanidad y de los datos del *Cuestionario de equipos de alta tecnología* para el SES.

Nota: Se han tenido en cuenta las tres partidas presupuestarias: gastos por capítulo 6, coste de adquisición de partida de arrendamiento y otras partidas presupuestarias. No se incluye mantenimiento. Incluye la adquisición de respiradores de forma centralizada por valor de 694.540 euros, de los que desde Servicios Centrales se desconoce su destino (área).

El gasto farmacéutico público hospitalario en Extremadura ha registrado un aumento continuado entre 2003 y 2022 y ha alcanzado los 193 millones de euros en 2022, muy influenciado por la incorporación de novedades terapéuticas de alto impacto económico. En términos per cápita, se situó en 172 euros per cápita, por debajo de la media nacional. Entre todos los hallazgos identificados destaca el fuerte impulso dado en los últimos años al fomento de medicamentos biosimilares por parte del Servicio Extremeño de Salud, un uso que en Extremadura se encuentra por encima de la media del conjunto nacional. No obstante, existe margen de mejora en determinados principios activos, hospitales y servicios asistenciales por lo que se propone la elaboración y aprobación de un plan o estrategia para el fomento de los biosimilares.

El gasto farmacéutico en medicamentos dispensados con receta en oficinas de farmacia ha registrado un incremento sobresaliente en Extremadura en los últimos 20 años y cerró el ejercicio de 2022 como el mayor de su serie histórica y del conjunto nacional (327 euros por habitante ajustado). Cuando se analiza la situación del gasto de receta, teniendo en consideración factores como el envejecimiento de la población y variables socioeconómicas como la renta, la comunidad aún presenta niveles de gasto elevados por lo que elementos relacionados con la política farmacéutica y la implementación de estrategias y acciones de uso racional del medicamento (URM) parecen estar detrás de estas diferencias en el gasto farmacéutico. El indicador sintético de política de prescripción farmacéutica de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF) evidencia un importante margen de mejora en el diseño de la política farmacéutica y también en su despliegue y ejecución. Durante la evaluación se ha podido constatar la debilidad de la red de uso racional del medicamento en atención primaria. Las áreas de salud no disponen de servicios de farmacia con los suficientes medios y recursos. A pesar de contar con una extensa red de farmacéuticos en los equipos de atención primaria, estos asumen principalmente tareas de salud pública que relegan a un segundo plano las actuaciones y funciones de promoción del uso racional del medicamento.

Se propone la creación y el refuerzo de los servicios de farmacia de atención primaria en las áreas de salud y la aprobación de un nuevo modelo para el cuerpo de farmacéuticos de los equipos de atención primaria. En la evaluación se ha podido constatar y cuantificar el progresivo deterioro de los indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica en todas las áreas de salud de Extremadura. Una estrategia de farmacia orientada a la mejora de los indicadores de calidad de la prescripción reportaría mejoras de eficiencia para el sistema sanitario público extremeño.

El gasto de inversión en los equipos de alta tecnología, aunque en términos presupuestarios supone una partida de gasto menos relevante que el gasto farmacéutico (el 0,2 % del gasto sanitario de Extremadura), tiene una incidencia importante por sus altos costes de adquisición y de funcionamiento, así como por resultar imprescindible para una prestación y asistencia de calidad y de alto impacto en resultados de salud. Durante la evaluación se ha puesto de manifiesto que, aunque se lleva a cabo un ejercicio de planificación o periodificación de las inversiones, sobre todo en base a la obsolescencia de los equipos, sin ponderar por uso, este no obedece

a un proceso de planificación estratégica a medio y largo plazo formalmente establecido recogido en un plan que sirva también como herramienta de comunicación. El proceso de renovación y actualización tecnológica en el que está inmerso el SES, en el marco del Plan de Inversión de Equipos de Alta Tecnología (Plan INVEAT), está generando una importante mejora de la antigüedad del parque tecnológico y un refuerzo de determinadas modalidades de equipos de alta tecnología mediante el aumento de forma progresiva de la densidad de equipos. No obstante, otras modalidades no incluidas en el Plan, como los mamógrafos convencionales o equipos de radiología, presentan en Extremadura una notable antigüedad, incluso si se tiene en cuenta el nivel de uso, que es bajo por lo general según los datos que la AIReF ha tenido disponible para el desarrollo de esta evaluación.

Para mejorar el modelo de gobernanza y de toma de decisiones para la incorporación de la tecnología, se propone definir e implantar un proceso estructurado para la planificación estratégica de las decisiones de inversión en alta tecnología. Esto se podría llevar a cabo con un marco normativo específico, con una periodicidad, metodología y etapas definidas, y cuyos resultados se recojan en un plan estratégico o un plan de inversiones. Se propone también que este proceso vaya seguido de un plan de implementación que incluya plazos, fases, financiación, responsabilidades y recursos asignados, así como un seguimiento y evaluación y un proceso de actualización periódica.

En el ámbito de la farmacia sociosanitaria, se ha constatado una importante variabilidad en términos de prestación, dispensación y atención farmacéutica a los residentes de los centros sociosanitarios. Disponer de una guía farmacoterapéutica para los centros sociosanitarios y de un plan terapéutico único del paciente sociosanitario permitirían una mayor homogeneidad y calidad en la prestación y atención farmacéutica de los pacientes institucionalizados. De igual forma, el desarrollo de un sistema de información común y unificado (y bidireccional) que integre la información social y sanitaria de los residentes, permitiría una mejor coordinación entre el ámbito social y el sanitario (y dentro de este entre niveles asistenciales) garantizando la continuidad asistencial de los residentes. En el estudio se analiza, también, el borrador del decreto por el que se regulará la prestación farmacéutica en centros sociosanitarios de Extremadura, actualmente en tramitación. A partir de este análisis se establecen ámbitos de mejora y propuestas para el desarrollo del decreto orientadas a garantizar la concurrencia competitiva para mejorar el sistema de dispensación mediante procedimientos como pueden ser los sistemas personalizados de dispensación.

El estudio está estructurado en cuatro bloques principales y ejes y un último bloque 5 de aspectos transversales que analiza los modelos de objetivos e incentivos, los sistemas de información y la formación de los profesionales en el uso racional del medicamento y el uso racional de los equipos de alta tecnología. Por último, el informe concluye con un bloque dedicado a las propuestas de la evaluación, formuladas a partir de los hallazgos identificados en cada uno de los ejes analizados.

ESQUEMA DEL ESTUDIO

	Bloque 1: Gasto en farmacia hospitalaria	Bloque 2: Gasto de receta	Bloque 3: Gasto en farmacia sociosanitaria	Bloque 4: Gasto en equipos de alta tecnología
EJES	Evaluación y acceso a los medicamentos. Red de URM		Coordinación de la atención sociosanitaria y continuidad asistencial	Gobernanza para la toma de decisiones de inversión
	Control y seguimiento de indicadores económicos y de calidad de prescripción farmacéutica			
	Medicamentos biosimilares		GFT y plan terapéutico	Estado y dotación actual del parque
	Atención farmacéutica		Modelo prescripción y dispensación	Contratación pública de equipos y su mantenimiento
	Contratación pública y compra		Atención farmacéutica	
	Logística del medicamento		Estrategias de URM y control del gasto	Uso racional de los equipos
	Bloque 5: Aspectos transversales			
	Modelo de objetivos e incentivos			
	Sistemas de información			
	Formación de los profesionales en URM y uso racional de equipos			
	Bloque 6: Propuestas de la evaluación			

Fuente: AIReF.

A continuación, se detallan los principales hallazgos de cada bloque y ejes de esta evaluación.

HALLAZGOS Y PROPUESTAS

1. GASTO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO

1.1. EVALUACIÓN Y ACCESO A LOS MEDICAMENTOS. LA RED DE URM EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo insuficiente de protocolos validados por las comisiones que permitan aprovechar sus ventajas: facilidad para la monitorización y seguimiento, agilidad cuando un mismo tratamiento se solicita muy frecuentemente en una determinada indicación, etc.• Seguimiento poco exhaustivo de las condiciones de uso de los fármacos y de la adherencia de los profesionales.
PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none">• Reforzar la estructura y composición de las comisiones; incorporar nuevas funciones o actividades y mejorar la traslación de las decisiones tomadas al ámbito clínico y a los profesionales.• Desarrollar una mayor protocolización de indicaciones y tratamientos, y ampliar las funciones de estas comisiones, en línea con otras comisiones de farmacia y terapéutica (CFyT) regionales.• Revisión sistemática de las condiciones de uso de los medicamentos evaluados y del grado de adherencia de los profesionales.

1.2. CONTROL Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES ECONÓMICOS Y DE CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none">• Los indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica solo hacen referencia a las recetas prescritas y dispensadas por las oficinas de farmacia.• Los indicadores actuales no recogen la realidad de gran parte de los servicios asistenciales.• Falta de implementación de la prescripción electrónica asistida (PEA) intrahospitalaria e integrada en JARA en la totalidad de centros. Falta de integración del sistema de gestión de farmacia Farmatools, debilidades de Digitalis-SpFar.• Desconocimiento parcial por parte de los facultativos acerca de las líneas y prioridades estratégicas del Servicio Extremeño de Salud (SES) en URM en el ámbito hospitalario.• Las acciones de control, monitorización y seguimiento de indicadores económicos y, en particular, del gasto en farmacia no son una práctica generalizada por parte de las direcciones de los centros hospitalarios.• No es habitual que se lleve a cabo un trabajo conjunto entre la dirección del centro, el servicio de farmacia y los servicios asistenciales. Tampoco entre los centros hospitalarios y los servicios centrales del SES.
PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none">• Completar la implantación de la PEA en todos los ámbitos asistenciales de todos los hospitales del SES.• Definir y monitorizar indicadores más adecuados al ámbito hospitalario (pacientes externos, pacientes ambulatorios) y a los principales servicios en gasto farmacéutico, y su incorporación a los contratos de gestión con los centros hospitalarios y servicios asistenciales.• Implantación de acciones sistemáticas y periódicas de control y seguimiento de indicadores entre las direcciones y los servicios asistenciales, así como de medidas para la corrección de desviaciones

1.3. MEDICAMENTOS BIOSIMILARES

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de medicamentos biosimilares en los hospitales del SES superior a la media nacional en dosis diarias definidas (DDD). • La estrategia de impulso de biosimilares en la atención hospitalaria ha estado focalizada tanto en el switch de los pacientes en tratamiento como en la elección del biosimilar en los pacientes nuevos. • El SES ha firmado un convenio para promover la eficiencia en el uso de medicamentos biológicos con programas de ganancias compartidas en los hospitales. • En los hospitales, se han detectado algunas acciones locales para su fomento, aunque con recorrido de mejora.
PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la utilización de biosimilares en el marco de una estrategia o plan a nivel del SES. Priorizar aquellos centros y servicios hospitalarios con mayor recorrido de mejora y aquellos principios activos de mayor impacto económico con actuaciones que eliminen o reduzcan las incertidumbres de los médicos prescriptores y pacientes (formación e información) y específicamente mediante la implantación de modelos de incentivos de ganancias compartidas con los hospitales y servicios asistenciales.

1.4. ATENCIÓN FARMACÉUTICA

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> • Baja integración de farmacéuticos especialistas en los servicios asistenciales y unidades clínicas hospitalarias.
PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Avanzar en la integración de farmacéuticos en servicios y equipos asistenciales multidisciplinares.

1.5. CONTRATACIÓN PÚBLICA

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> • La contratación normalizada de medicamentos en el SES es baja (por debajo del 25 %). • La utilización de expedientes de contratación centralizados o la adhesión a expedientes a nivel SNS tramitados por el INGESA no han sido suficientes para mejorar la contratación normalizada. • Los recursos dedicados a la contratación administrativa de medicamentos en las estructuras y órganos de contratación centralizados resultan insuficientes. • No se utilizan algunas herramientas y mecanismos de agilización de la contratación, como los sistemas dinámicos de adquisición y los mecanismos de dinámica competitiva, ni en los órganos de contratación, ni en los hospitales ni a nivel centralizado.
-----------	---

PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de una estrategia de contratación pública del SES y una reordenación y refuerzo de los órganos y recursos administrativos para esta actividad. • Desarrollo a nivel autonómico de la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP) para agilizar la contratación pública para el suministro de medicamentos con protección de patente, vinculando su adquisición a la resolución de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos (CIMP). • Fomento de la utilización de mecanismos de agregación o centralización de la contratación para el suministro de medicamentos. • Avance en la contratación normalizada de forma específica en las áreas de salud, con la participación de todos los niveles de la organización. • Incorporación de mecanismos de dinámica competitiva o sistemas dinámicos de adquisición aprovechando los sistemas electrónicos de contratación.
------------	--

1.6. COMPRA DE MEDICAMENTOS

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> • La estrategia de negociación y compra de medicamentos del SES, en los últimos cinco años, se caracteriza por una fuerte centralización, que favorece la coordinación, la homogeneización de los precios de compra, la transparencia interna y la consecución de mayores eficiencias en el proceso de compra. • La información derivada del proceso negociador no está integrada con los sistemas de información de farmacia, y se trata de un proceso manual y poco sistematizado.
-----------	---

PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir los precios de compra para conseguir una integración de las farmacias de todos los centros hospitalarios y servicios centrales en el mismo Farmatools. • Fomento de descuentos transparentes, asignables al medicamento, trasladables al precio y recogidos en los expedientes de contratación.
------------	--

1.7. LOGÍSTICA DEL MEDICAMENTO

<p>HALLAZGOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El grado de automatización de la farmacia hospitalaria y de la dispensación a pacientes tanto ingresados como externos es bajo. • La farmacia externa supone ya más del 55 % del gasto farmacéutico de los hospitales públicos extremeños. • No todos los hospitales cuentan con los medios técnicos, logísticos y de espacio adecuados para proporcionar una atención de calidad al paciente, así como con herramientas para una mejor gestión (p.ej., citas). • No existen, a diferencia de otras comunidades autónomas, iniciativas de acercamiento de la medicación a pacientes externo ni posicionamiento, modelo o iniciativa en este ámbito. • La media de medicamentos con problemas de suministro en el último año se sitúa en 113,75 medicamentos por hospital, muy por encima de la media del conjunto nacional (53,2 medicamentos por centro en 2018). • Ausencia generalizada de protocolos o actuaciones que permitan una gestión activa de los problemas de suministro, así como de un sistema para su gestión centralizado.
<p>PROPUESTAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Automatización de la logística del medicamento. Mayor implantación de sistemas automatizados de dispensación (SAD/SADME) en los pacientes ingresados y externos en los hospitales de mayor tamaño: C. H. U. Badajoz y C. H. Cáceres; con PEA intrahospitalaria y sistemas de validación de la administración. • Mejora de la atención y dispensación farmacéutica a pacientes externos, desarrollo de un modelo de atención en el hospital y acercamiento de la medicación a determinados pacientes con modelos alternativos a la dispensación hospitalaria. • Implantar mecanismos para una gestión formal y más eficiente de los problemas de suministro de medicamentos. Creación de una red regional en la que los hospitales puedan compartir sus registros de medicamentos con problemas de suministro o gestionar préstamos de fármacos.

2. GASTO EN MEDICAMENTOS DISPENSADOS CON RECETAS EN OFICINAS DE FARMACIA

2.1. EVALUACIÓN Y ACCESO A LOS MEDICAMENTOS. LA RED DE URM EN ATENCIÓN PRIMARIA

<p>HALLAZGOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los nuevos medicamentos e indicaciones de medicamentos de uso en la atención primaria, al igual que los de uso hospitalario, se evalúan de forma centralizada. • En muchas ocasiones no se lleva a cabo una evaluación en un sentido estricto, sino que se realizan valoraciones y estudios de las prácticas de prescripción. • No siempre se lleva a cabo un seguimiento exhaustivo de las condiciones de utilización y prescripción, en parte por las dificultades de monitorización del grado de adherencia en la práctica clínica. • La mayoría de las áreas de salud no disponen de un servicio de farmacia de atención primaria (SFAP) autorizado y son, en la práctica, unidades unipersonales –farmacéutico de atención primaria (FAP) o farmacéutico de área– quienes asumen las funciones atribuidas. • Falta de creación de las comisiones de uso racional del medicamento (CURM) en la práctica totalidad de áreas de salud o, si existen, no se les ha dado contenido y desarrollo. • Los centros de salud extremeños cuentan entre sus profesionales con farmacéuticos que desarrollan su trabajo en el centro y zona básica de salud (ZBS) –1,02 por EAP–, que constituyen una red de elevada capilaridad. • Los farmacéuticos de los equipos de atención primaria (FEAP) se dedican principalmente a funciones de salud pública, a las que se han incorporado funciones de URM y atención farmacéutica. • El modelo de dobles funciones (salud pública y URM) de los FEAP no funciona y no es efectivo desde la perspectiva del URM.
<p>PROPUESTAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática de las condiciones de uso y de la adecuación de la prescripción farmacéutica. • Constitución de servicios de farmacia de atención primaria (SFAP) en todas las áreas de salud, con la estructura y recursos necesarios para el adecuado trabajo del URM. • Constitución de comisiones de uso racional del medicamento (CURM) en todas las áreas de salud y desarrollo de los contenidos y líneas de trabajo previstas. • Redefinición organizativa y funcional del cuerpo de farmacéuticos de equipos de atención primaria (FEAP), para un mayor trabajo y desarrollo de las funciones en el ámbito del URM.

2.2. CONTROL Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES ECONÓMICOS Y DE CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA

<p>HALLAZGOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Extremadura cerró el ejercicio de 2022 con un gasto en medicamentos dispensados con receta en oficinas de farmacia de 327 euros por habitante ajustado; la comunidad autónoma de mayor gasto per cápita del conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). • La brecha de gasto por habitante del SES con la media nacional, lejos de cerrarse, se ha incrementado de forma notable. • El análisis los determinantes socioeconómicos del gasto farmacéutico con receta, como el envejecimiento de la población o su nivel de renta, muestran que Extremadura presenta niveles de gasto por habitante superior a otras comunidades autónomas en una situación similar en las variables analizadas. • El análisis del indicador sintético de políticas de prescripción revela que Extremadura presentaba un importante recorrido de mejora, tanto en el diseño y desarrollo de nuevas acciones y políticas de prescripción como en mejorar su implementación. En algunas de ellas no se han producido avances desde 2018, o incluso ha habido un retroceso. • Los resultados de los indicadores de calidad de prescripción de los equipos de atención primaria extremeños reflejan un empeoramiento de forma generalizada en los últimos años, así como una alta variabilidad entre equipos de atención primaria y entre profesionales. • El seguimiento de la información de gasto y calidad de prescripción en las áreas de salud es variable y no presenta una línea estratégica de acción común; al igual que el trabajo de los indicadores con los EAP, se ha visto además interrumpido por la pandemia. • Aunque los profesionales tienen acceso a sus resultados en esta herramienta, pocos la consultan de forma habitual y recurrente. • Hay un importante desconocimiento por parte de los profesionales de los EAP de los objetivos, líneas y prioridades estratégicas del SES en URM. • Los indicadores de calidad de prescripción disponibles actualmente se obtienen de la facturación de las recetas prescritas, pero esta información no refleja la adecuación de las prescripciones y tratamientos. • El sistema de información Digitalis-Spfar tiene limitaciones derivadas de un inadecuado funcionamiento y mantenimiento, que limitan la disponibilidad de indicadores adecuados, su seguimiento y su análisis, y no es útil para la gestión.
<p>PROPUESTAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de los indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica, incorporando indicadores de adecuación de la prescripción y su inclusión a los contratos de gestión con los equipos. • Implantación de acciones sistemáticas y periódicas de control y seguimiento de indicadores de calidad con los responsables y profesionales de los EAP, así como de medidas para la corrección de las desviaciones.

2.3. MEDICAMENTOS BIOSIMILARES EN ATENCIÓN PRIMARIA

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> • El nivel de utilización de los medicamentos biosimilares en el ámbito de atención primaria en Extremadura es bajo en comparación con el resto de las comunidades autónomas. Por principio activo, Extremadura se encuentra comparativamente peor en casi todos.
PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar en la utilización de biosimilares en el marco de una estrategia o plan del SES. Priorizar aquellos equipos de atención primaria con mayor recorrido de mejora y aquellos principios activos de mayor impacto económico con actuaciones que eliminen o reduzcan las incertidumbres de los médicos prescriptores y pacientes (formación e información) y específicamente con de la implantación de modelos de incentivos de ganancias compartidas con los equipos de atención primaria.

2.4. ATENCIÓN FARMACÉUTICA. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO Y CONTROL DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> • Los programas y actuaciones de seguimiento muestran problemas de alcance y continuidad en el tiempo, así como de eficacia (los principales programas de revisión de tratamientos alcanzan a un porcentaje limitado de los pacientes diana). • Las actuaciones de control de adherencia terapéutica que se realizan no forman parte de ningún programa o actuación sistemática.
PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de las actuaciones y programas de revisión de la medicación, conciliación, seguimiento farmacoterapéutico y control de la adherencia terapéutica en atención primaria.

3. GASTO EN MEDICAMENTOS DISPENSADOS EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS

3.1. COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> • Entre los centros socio sanitarios y la atención primaria y hospitalaria no se lleva a cabo una coordinación formal ni sistemática. • Las transiciones asistenciales son especialmente relevantes y en ellas no se comparte información de forma sistemática y formal, lo que dificulta la comunicación y la coordinación. • La falta de un sistema único de información del paciente, así como de sistemas bidireccionales compartidos por unos y otros profesionales genera importantes asimetrías entre niveles asistenciales, discontinuidades de la información y múltiples debilidades funcionales y operativas, que se traducen en una pérdida de la calidad asistencial para el paciente. • Los centros no disponen de acceso a la historia clínica electrónica y al historial farmacoterapéutico del residente. Aunque prácticamente todos disponen de sistemas de registro propios o fichas por residente, estos datos no se comparten ni integran con los sistemas oficiales.
-----------	---

PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo y refuerzo de las distintas estructuras y comisiones para la coordinación efectiva entre el ámbito sanitario y social. • Desarrollo de instrumentos que permitan que se comparta información relevante del residente entre los centros socio sanitarios y el ámbito sanitario (herramientas bidireccionales de comunicación, acceso limitado o restringido a JARA, etc.) para garantizar el acceso a todos los profesionales que participan en la atención de los residentes.
------------	---

3.2. GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS Y PLAN TERAPÉUTICO DEL PACIENTE

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> • No se dispone de una guía farmacoterapéutica (GFT) para pacientes residentes en centros socio sanitarios, única, homogénea e integrada en JARA como herramienta de ayuda a la prescripción y accesible a todos los profesionales; ni de un plan terapéutico único del paciente socio sanitario instrumentalizado con la guía farmacoterapéutica. • Alta variabilidad clínica, lo que dificulta el adecuado control y seguimiento de los tratamientos de estos pacientes.
-----------	---

PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación de la GFT de centros socio sanitarios en los sistemas de prescripción y de un plan terapéutico único, y utilización en la prescripción de los residentes con independencia del circuito de dispensación del centro.
------------	--

3.3. MODELO DE PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> • El modelo de prescripción es heterogéneo según el tipo de centro y del modelo de prestación farmacéutica, de forma que se realiza en distintos sistemas y en ocasiones no está actualizada o no se tiene constancia en los sistemas de prescripción oficiales. • En los centros sin médico propio, la atención clínica y prescripción se lleva a cabo por los facultativos de atención primaria. • Para gestionar la prestación farmacéutica de las personas residentes, el borrador del decreto por el que se regula la prestación farmacéutica en centros sociosanitarios establece que la prescripción será exclusivamente electrónica y que el catálogo de medicamentos se establecerá según la GFT y de forma adecuada a las necesidades de la población atendida.
PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de prescripción único para la ordenación y homogenización de los distintos modelos existentes.

3.4. DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> • El modelo de dispensación de medicamentos es variable según el tipo de centro. En los centros de más de 100 camas, la mayor parte de los medicamentos los dispensa un servicio de farmacia, por lo general un servicio de farmacia hospitalaria (SFH). En los restantes, son una o varias oficinas de farmacia las que se encargan de la dispensación de medicamentos. • La dispensación con sistemas personalizados de dispensación es el sistema más seguro y eficaz. En cambio, no se emplea en todos los centros y no es la modalidad empleada para la dispensación por los servicios de farmacia. • El borrador del decreto por el que se regula la prestación farmacéutica en centros sociosanitarios de Extremadura plantea la dispensación mediante sistemas en dosis unitarias individualizadas o mediante sistemas personalizados de dosificación. Por lo tanto, no está establecido que el SPD vaya a ser el modelo de dispensación obligado, lo que podría tener implicaciones relevantes en términos de pérdida de calidad, eficiencia, seguridad y equidad. • El borrador del decreto establece que, en los centros privados de menos de 100 camas, la vinculación se producirá con una oficina de farmacia de la zona de salud en la que esté ubicado centro. Este modelo puede tener efectos negativos en términos de competencia, concurrencia y de calidad del servicio prestado.
PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Estandarización de la calidad de los sistemas de dispensación de medicamentos mediante la implantación de un sistema único, eficiente y seguro como puede ser la dispensación con sistemas personalizados de dispensación con SPD. • Definición y establecimiento de criterios enfocados en la calidad de la prestación como los criterios principales para la vinculación de los depósitos a las oficinas de farmacia, evitando criterios de proximidad que puedan limitar la competencia, la concurrencia o la calidad del servicio prestado.

3.5. ATENCIÓN FARMACÉUTICA: SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO Y CONTROL DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> • Se llevan a cabo ciertas actuaciones de revisión y conciliación de la medicación, desde el ámbito de la atención primaria (SFAP, farmacéutico de área o por parte de algunos FEAP), pero estas son puntuales, poco sistemáticas e insuficientes. • La implicación de los farmacéuticos de oficina de farmacia en estas tareas de revisión, conciliación y seguimiento es variable. Es mayor en aquellas que realizan la dispensación en SPD. • La involucración de los farmacéuticos de los SFH en la atención farmacéutica de los residentes es prácticamente testimonial. • Según el borrador del decreto será obligatorio que se definan e implementen actuaciones de atención farmacéutica por parte del farmacéutico responsable del depósito de medicamentos del centro, aunque se desconoce si formarán parte de una línea de acción común. • Las acciones de revisión y conciliación de la medicación, seguimiento farmacoterapéutico (SFT) y control de la adherencia terapéutica son una práctica poco generalizada en los centros sociosanitarios extremeños y resultan insuficientes. • La falta de continuidad de la información dificulta, además, la implementación de este tipo de actuaciones, ya que ni se dispone de sistemas únicos y compartidos, ni todos los profesionales que participan en la atención farmacoterapéutica tienen acceso a los mismos sistemas e información del residente.
PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de la atención farmacéutica mediante un entorno colaborativo entre la farmacia de atención primaria, la farmacia hospitalaria y la farmacia comunitaria; garantizar que las actuaciones de atención farmacéutica responden y forman parte de una línea de acción común, coordinada y homogénea con independencia del responsable en torno al que pivoten estas actuaciones. • Refuerzo, ampliación y profundización de la conciliación, revisión, seguimiento farmacoterapéutico y control de la adherencia en el ámbito sociosanitario.

3.6. ESTRATEGIAS DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO Y DE CONTROL DEL GASTO FARMACÉUTICO

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de mecanismos efectivos de fomento de URM y control de gasto en la práctica totalidad de los centros sociosanitarios, así como objetivos e indicadores de URM, consumo o gasto farmacéutico. • No es habitual que se analicen o lleven a cabo acciones de monitorización específicas de los centros sociosanitarios.
PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación de mecanismos efectivos de fomento del URM y de seguimiento y control periódico del gasto farmacéutico.

4. GASTO DE INVERSIÓN EN EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA

4.1. GOBERNANZA PARA LA TOMA DE DECISIONES DE INVERSIÓN EN EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA

<p>HALLAZGOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se lleva a cabo, de forma centralizada, un ejercicio de planificación o periodificación de las necesidades de alta tecnología, con el objetivo de distribuir estas necesidades a lo largo de los años de forma que permitan la sustitución o adquisición de equipos de forma progresiva. • Aunque se tienen en cuenta ciertos criterios relacionados con la obsolescencia o el estado funcional de los equipos, no se transparenta cómo se incorporan al ejercicio de planificación estos y otros elementos adicionales. • Este ejercicio no obedece a un proceso de planificación estratégica formalmente establecido, recogido en un plan estratégico o un plan de inversiones que sirva también como herramienta de comunicación. Esto genera ambigüedad y falta de claridad en las decisiones de inversión. • El SES no ha establecido ni planificado una estrategia clara sobre como asumir y gestionar la renovación de los equipos INVEAT en diez años, ni se ha definido un plan de acción al respecto (qué equipos pueden ser candidatos a que prolongue su vida útil, cuáles podrían requerir de una renovación más temprana, qué formulas contractuales o de adquisición pueden ser más oportunas, etc.). • La ausencia de una suficiente estabilidad presupuestaria plurianual limita la capacidad de planificación y puede llevar a la postergación de decisiones estratégicas o, a la toma de decisiones en el corto plazo poco racionales o que no se ajustan a las necesidades del SES en el largo plazo. • El modelo parte de una identificación de una propuesta de necesidades de las direcciones de las áreas, de los servicios asistenciales y unidades de gestión y servicios generales. • Ausencia de un modelo estándar predefinido para trasladar las necesidades identificadas, que agilice y sistematice el proceso, y ayude a los profesionales y responsables asistenciales a justificar las necesidades identificadas. • No se dispone de un comité, comisión o grupo de trabajo específico, con representación de todos los agentes relevantes, para una priorización y toma de decisiones comprensiva. • No es habitual llevar a cabo una evaluación ex ante y ex post de las decisiones tomadas.
<p>PROPUESTAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definición e implantación de un proceso estructurado y ordenado para la planificación estratégica de las decisiones de inversión en alta tecnología. • Establecer medidas y mecanismos que promuevan la estabilidad presupuestaria plurianual para mejorar la capacidad de planificación a medio y largo plazo. • Implantación de modelos para sistematizar, objetivar y priorizar la toma de decisiones de adquisición y renovación de equipos.

4.2. DOTACIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL PARQUE DE EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none">• La tasa de densidad media de equipos alta tecnología por millón de habitantes (de 250 equipos/millón) es superior a la media del conjunto nacional.• La antigüedad media del parque instalado, considerando todos los equipos definidos en el perímetro del estudio, es de diez años (a marzo de 2023). Está prevista, hasta finales de 2023, la instalación de algunas modalidades de equipos a través del Plan INVEAT, con lo que la antigüedad del parque tecnológico de alta tecnología mejorará al final del año.• Por área de salud, los equipos de alta tecnología del área de Badajoz presentan una antigüedad superior a la del resto de áreas.• Por modalidades de equipos, excluyendo los del Plan INVEAT, los mamógrafos y los equipos de radiología presentan una antigüedad notable. En el caso de estos últimos, más del 50 % de los equipos tiene más de diez años.• De forma generalizada, la intensidad de uso de los equipos de alta tecnología en Extremadura es baja, por lo que la vida útil de los equipos ajustada por uso es más elevada.• Para algunos análisis, la elevada dispersión de los datos y sus distintos orígenes supone una importante limitación, tanto para el análisis como para poder elaborar conclusiones más robustas.
PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none">• Elaborar un plan de inversión en equipos de alta tecnología para mejorar los niveles de obsolescencia y densidad de determinadas modalidades de equipos.

4.3. CONTRATACIÓN PÚBLICA PARA LA INCORPORACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA

<p>HALLAZGOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El procedimiento de contratación para la adquisición de alta tecnología es generalmente de carácter centralizado, aunque en algunos casos se descentralizan en las áreas por limitaciones operativas. En los últimos años, también se está optando por centralizar las contrataciones de su mantenimiento. • Existe un grupo de trabajo que ejerce las funciones de una comisión de compras, integrado por distintos perfiles profesionales, tanto técnicos como clínicos. • La participación de profesionales asistenciales y técnicos en la elaboración de los pliegos y en los procedimientos de contratación es limitada y mejorable. • No se dispone de una estrategia de modelización de pliegos para la incorporación y adquisición de equipos y su mantenimiento ni se siguen guías para la adquisición de equipos, herramientas que pueden resultar útiles para una mayor agilidad y eficiencia de los procedimientos. • Hay una gran cantidad de contratos de mantenimiento en vigor, con una cobertura y una situación desigual. • No se dispone de comisiones de seguimiento de los contratos para controlar el nivel de cumplimiento de los requisitos establecidos en los pliegos y de la correcta ejecución de los contratos, y desde las áreas de salud se tienen muchas limitaciones para poder llevarlo a cabo. • El principal vehículo para la incorporación de equipos son los contratos de suministros (con financiación a través del capítulo 6 de inversiones) y de servicios (capítulo 2) para su mantenimiento. • Otras fórmulas alternativas o complementarias (<i>renting, leasing, contratos de disponibilidad, socio tecnológico, contratos mixtos</i>) están todavía poco exploradas, a pesar de sus ventajas.
<p>PROPUESTAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo y constitución de equipos de contratación especializados en los servicios centrales del SES, apoyados por profesionales y técnicos. • Mejorar el procedimiento de contratación de equipos y de su mantenimiento para evitar la situación o cobertura irregular de algunos equipos. • Utilización combinada de las distintas modalidades de adquisición y contratos para incorporar el mantenimiento y actualización del equipo o el suministro de consumibles.

4.4. USO RACIONAL DE LOS EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none">• Los centros hospitalarios extremeños disponen de mecanismos de valoración y revisión por parte de los servicios de diagnóstico por imagen o radiología para asegurar el uso racional de estos equipos y un mejor diagnóstico y tratamiento de los pacientes.• La revisión y control de la idoneidad de las pruebas solicitadas son acciones que se desarrollan en el ámbito de los centros hospitalarios, sin que respondan necesariamente a una línea de acción común.• Alguno de los centros entrevistados dispone de mecanismos de gestión de agendas, con un mayor o menor nivel de formalidad.• En algunos casos son los técnicos quienes se encargan de llamar y contactar a los pacientes citados para confirmar su asistencia.• Estos sistemas, aunque permiten una adecuada gestión de estas eventualidades, suponen un considerable consumo de tiempo y recursos de estos profesionales.
PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none">• Revisión, control y validación de la indicación de pruebas diagnósticas y de la actividad realizada con los equipos, y protocolos de indicación y solicitud de pruebas diagnósticas.• Implantación de sistemas de recordatorio y confirmación de asistencia para mejorar y operativizar la gestión de estas eventualidades (aplicaciones, <i>chatbots</i> o, como mínimo, sistemas de mensajería instantánea).

5. ASPECTOS TRANSVERSALES

5.1. MODELO DE OBJETIVOS E INCENTIVOS A LOS PROFESIONALES

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> • Tras varios años sin contratos de gestión entre el SES y las direcciones de las áreas de salud se han retomado con su firma para 2023. Uno de los ámbitos o ejes dentro del contrato es la farmacia. • No obstante, no está claro el peso específico que tienen los objetivos de farmacia en el contrato de gestión o cómo se van a traducir, adaptar y trasladar estos objetivos hacia los servicios hospitalarios y los equipos de atención primaria, respectivamente. • Aunque se incluyen indicadores para monitorizar la consecución de los objetivos de farmacia no hay indicadores propios que reflejen las distintas realidades de los centros y los servicios hospitalarios (primaria vs atención hospitalaria). • La consecución de los objetivos de farmacia y URM establecidos no está vinculada a mecanismos de incentivación individual, económica y/o no económica, de los profesionales. Hasta 2018 se disponía de un sistema de incentivos económicos. • En alta tecnología no se incluyen objetivos o indicadores relacionados con la utilización racional o la adecuación de la actividad realizada con estos equipos
PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación de un modelo de objetivos e incentivos a los profesionales, con una orientación al uso racional.

5.2. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> • El SES dispone de un sistema de información integral e integrado, JARA, que constituye principal herramienta de información clínica y de gestión en todos los niveles de la atención sanitaria.
PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora y evolución de los sistemas en los cuatro ámbitos analizados (farmacia hospitalaria, farmacia con recetas médicas, farmacia sociosanitaria y gestión de los equipos de alta tecnología).

5.3. FORMACIÓN SOBRE EL URM Y EL USO RACIONAL DE EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none">• En el ámbito del URM, la formación no tiene carácter obligatorio, y se detecta que muchos cursos formativos se quedan desiertos.• Aunque en algunos centros y equipos se llevan a cabo sesiones farmacoterapéuticas o formaciones sobre URM, no es una situación generalizada y muchas de ellas, además, se han visto paralizadas tras la pandemia de la COVID-19.• No es habitual que se incluyan a los profesionales médicos de los centros sociosanitarios como parte de las actividades formativas.• En alta tecnología, las casas comerciales suelen proporcionar formación inicial y continuada a los profesionales, pero en los centros no se suelen desarrollar acciones formativas para trabajar cuestiones relacionadas con la adecuación de las peticiones de solicitudes y pruebas o el uso racional de los equipos.
PROPUESTAS	<ul style="list-style-type: none">• Refuerzo de la estrategia formativa a los profesionales en los ámbitos de uso racional del medicamento y uso racional de equipos de alta tecnología, con una mayor formación continua.