



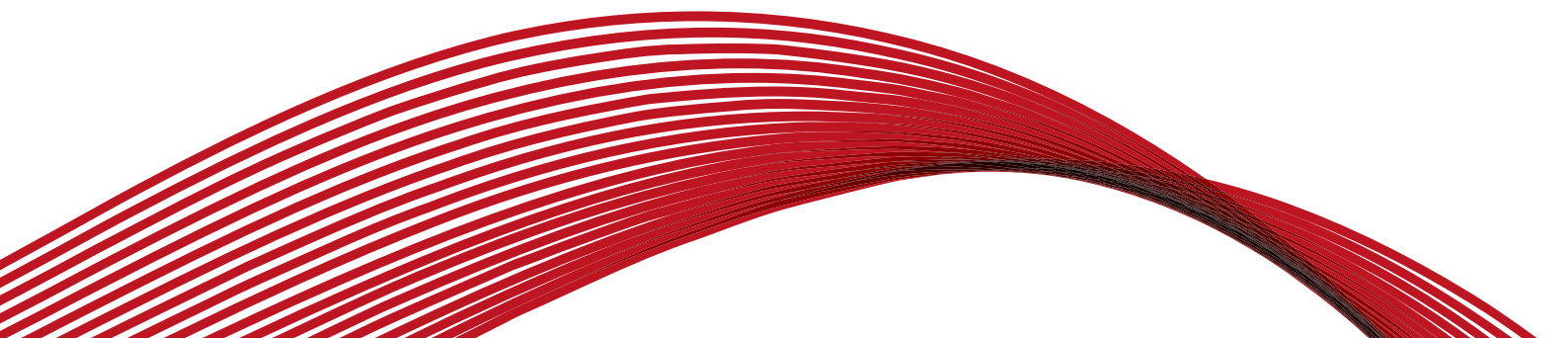
EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

ESTUDIO

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.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	7
Hallazgos y propuestas.....	11
1. INTRODUCCIÓN: CONTEXTO, OBJETIVOS, EJES Y METODOLOGÍAS DE LA EVALUACIÓN.....	28
1.1. Antecedentes	28
1.2. Contexto de la evaluación	28
1.3. Objetivos y ejes de la evaluación.....	31
1.4. Metodologías utilizadas en la evaluación	32
1.5. Bases de datos y otras fuentes de información	33
1.5.1. Bases de datos	34
1.5.2. Entrevistas personales del trabajo de campo en centros sanitarios y sociosanitarios.....	35
1.5.3. Cuestionarios realizados en el ámbito de las evaluaciones del gasto público farmacéutico en Extremadura.....	37
1.5.4. Cuestionarios realizados en el ámbito de las evaluaciones del gasto farmacéutico y de equipos de alta tecnología a nivel nacional	37
1.5.5. Información cualitativa y cuantitativa facilitada por el Servicio Extremeño de Salud.....	37
1.5.6. Otras entrevistas, información y reuniones con grupos de interés ...	38
1.6. Gobernanza y agentes participantes.....	38
1.7. Presupuesto y calendario.....	39
1.8. Panorámica del informe.....	39
2. EVALUACIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO	40
2.1 Introducción	40
2.1.1. Análisis descriptivo del gasto en farmacia hospitalaria	40
2.2. Evaluación y acceso a los medicamentos. La red de uso racional del medicamento en atención hospitalaria.....	44
2.2.1. Evaluación y acceso a los medicamentos en atención hospitalaria.....	45
2.3. Control y seguimiento de indicadores económicos y de calidad de la prescripción farmacéutica	51
2.4. Medicamentos biosimilares en el ámbito hospitalario	54

2.5. Atención farmacéutica. Integración de farmacéuticos en servicios asistenciales de atención hospitalaria	68
2.6. Contratación pública y compra de medicamentos.....	71
2.6.1. Contratación pública.....	71
2.6.2. Compra de medicamentos.....	74
2.7. Logística del medicamento	77
2.7.1. Modelo de dispensación logística en pacientes ingresados y externos	78
2.7.2. Problemas de suministro de medicamentos.....	81
3. EVALUACIÓN DEL GASTO EN MEDICAMENTOS DISPENSADOS CON RECETA EN OFICINAS DE FARMACIA.....	83
3.1. Introducción	83
3.1.1. Análisis descriptivo del gasto farmacéutico con recetas en oficinas de farmacia.....	83
3.1.2. Análisis descriptivo de los principales condicionantes del gasto farmacéutico con recetas en oficinas de farmacia.....	88
3.1.3. Resultados del indicador sintético de las políticas de prescripción farmacéutica de la AIREF en Extremadura.....	98
3.2. Evaluación y acceso a los medicamentos. La red de uso racional del medicamento en atención primaria	100
3.2.1. Evaluación de medicamentos en atención primaria	101
3.2.2. Servicios de farmacia de atención primaria en las áreas de salud	101
3.2.3. Comisiones de uso racional del medicamento de las áreas de salud y otras estructuras de coordinación de la atención farmacéutica..	102
3.2.4. Farmacéuticos de los equipos de atención primaria	104
3.3. Control y seguimiento de indicadores económicos y de calidad de la prescripción farmacéutica	106
3.3.1. Análisis de resultados de los indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica	109
3.4. Medicamentos biosimilares en atención primaria.....	120
3.5. Atención farmacéutica. Seguimiento farmacoterapéutico y control de la adherencia terapéutica	122
3.5.1. Seguimiento farmacoterapéutico	122
3.5.2. Control de la adherencia terapéutica de los pacientes.....	125

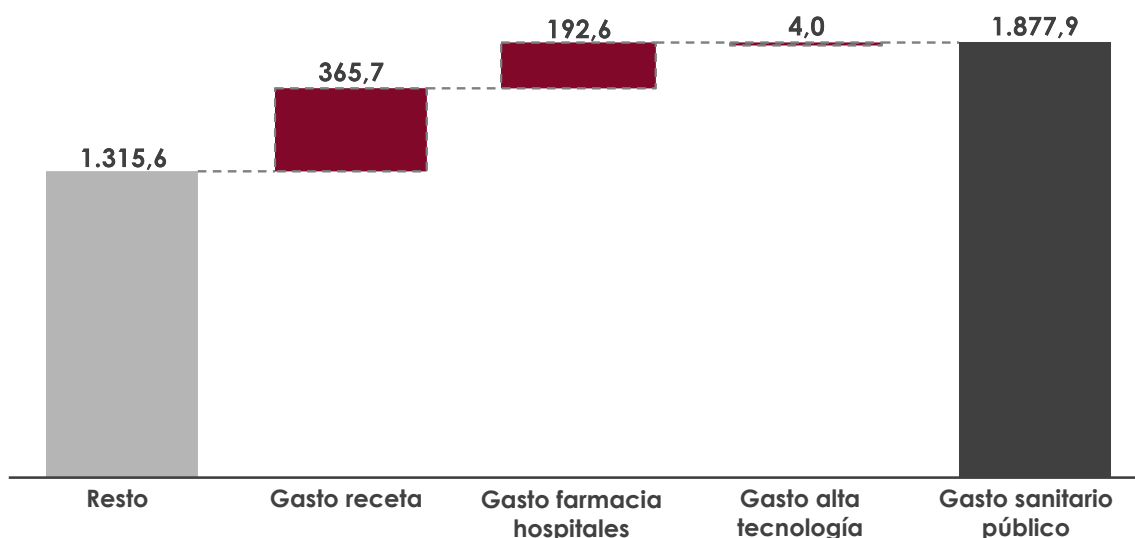
4. EVALUACIÓN DEL GASTO EN MEDICAMENTOS DISPENSADOS EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS.....	127
4.1. Introducción	127
4.1.1. Normativa	127
4.1.2. Caracterización de los centros sociosanitarios de Extremadura....	128
4.2. Coordinación de la atención sociosanitaria y continuidad asistencial ...	130
4.2.1. Modelo de gobernanza para la integración y coordinación de la atención sociosanitaria	130
4.2.2. Coordinación e integración efectiva en el plano asistencial.....	131
4.2.3. Integración y acceso a los sistemas de información sociosanitaria	133
4.3. Guía farmacoterapéutica de centros sociosanitarios y plan terapéutico del paciente	134
4.4. Modelo de prescripción farmacéutica	135
4.5. Dispensación de medicamentos a los centros sociosanitarios.....	136
4.5.1. Número de oficinas de farmacia que suministran a los centros sociosanitarios y criterios para su elección	137
4.5.2. Modalidad de dispensación de medicamentos a los centros sociosanitarios.....	137
4.6. Atención farmacéutica: seguimiento farmacoterapéutico y control de la adherencia a los tratamientos.....	139
4.7. Estrategias de uso racional del medicamento y control del gasto farmacéutico.....	141
4.8. Modelo de atención farmacéutica según el borrador del decreto que regula la prestación farmacéutica en centros sociosanitarios de Extremadura	143
4.8.1. Guía farmacoterapéutica de centros sociosanitarios, plan terapéutico del paciente y herramientas de prescripción	143
4.8.2. Dispensación de la medicación a los centros sociosanitarios	144
4.8.3. Proceso y criterios de selección de las oficinas de farmacia	145
4.8.4. Atención farmacéutica a los residentes	146
5. EVALUACIÓN DEL GASTO DE INVERSIÓN EN EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA	147
5.1. Análisis descriptivo del gasto en alta tecnología	147
5.1.1. Perímetro de análisis	147
5.2. Modelo de gobernanza para la toma de decisiones de inversión en equipos de alta tecnología	151

5.2.1. Planificación estratégica de las decisiones de inversión en equipos de alta tecnología	151
5.2.2. Procedimiento para la toma de decisiones de equipos de alta tecnología.....	153
5.2.3. El Plan de Inversión en Equipos de Alta Tecnología	154
5.3. Dotación de equipos de alta tecnología	155
5.4. Estado actual del equipamiento de alta tecnología.....	159
5.4.1. Antigüedad del parque instalado	159
5.4.2. Intensidad de uso de los equipos de alta tecnología.....	162
5.5. Modelos de contratación para la incorporación y mantenimiento de equipos de alta tecnología	166
5.6. Uso racional del equipamiento de alta tecnología.....	166
6. ASPECTOS TRANSVERSALES A LOS EJES EVALUADOS.....	168
6.1. Modelo de objetivos e incentivos a los profesionales: contratos de gestión	168
6.2. Sistemas de información	170
6.2.1. Sistemas de información de farmacia	171
6.3. Formación sobre el uso racional del medicamento y el uso racional de equipos de alta tecnología a los profesionales.....	173
7. PROPUESTAS	176
7.1. Propuestas en el ámbito del gasto de farmacia hospitalaria	176
7.2. Propuestas en el ámbito del gasto farmacéutico con recetas en oficinas de farmacia.....	191
7.3. Propuestas en el ámbito del gasto en medicamentos dispensados en centros sociosanitarios	200
7.4. Propuestas en el ámbito de los equipos de alta tecnología	205
7.5. Propuestas transversales a los ámbitos evaluados	210

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 comprehensiva. • 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.

1. INTRODUCCIÓN: CONTEXTO, OBJETIVOS, EJES Y METODOLOGÍAS DE LA EVALUACIÓN

1.1. Antecedentes

En este informe se recogen los resultados del estudio de evaluación del gasto público en farmacia y en equipos de alta tecnología en la comunidad autónoma de Extremadura. Este trabajo es el resultado del encargo realizado a la AIReF por el Consejo de Gobierno de la comunidad autónoma de Extremadura por el que se solicitaba la realización de un estudio de revisión de las políticas de gasto público de las políticas activas de empleo y de sanidad (farmacia, alta tecnología y recursos humanos) para la comunidad extremeña. El 12 de mayo de 2021 la AIReF presentó un plan de acción para la realización en una primera fase el estudio de farmacia sanitaria y alta tecnología y en una segunda de recursos humanos. Con fecha 1 de septiembre de 2021, el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura dio la conformidad al plan de acción propuesto.

En el plan de acción se determinó:

- i) **La profundización, para el caso específico de Extremadura, de las evaluaciones previas realizadas por la AIReF en las fases I y II del Spending Review (SR) de 2018 y 2019, para el gasto farmacéutico en oficinas de farmacia y en hospitales, donde se pusieron de manifiesto importantes márgenes de mejora en términos de eficiencia y eficacia.**
- ii) **La evaluación del gasto farmacéutico en los centros sociosanitarios extremeños.**
- iii) **La evaluación del gasto de equipos de alta tecnología (AT).**

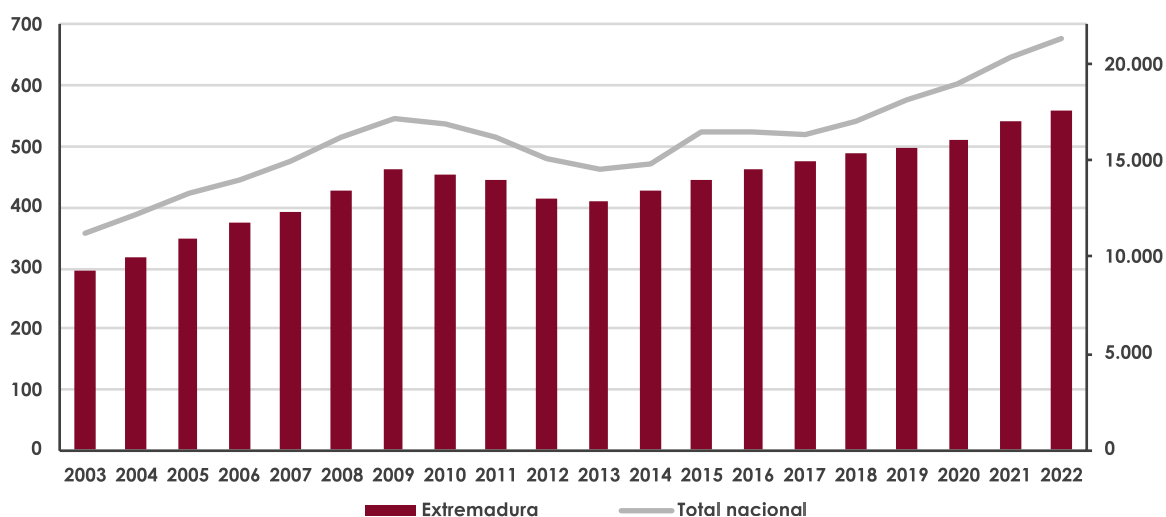
1.2. Contexto de la evaluación

El gasto farmacéutico total público en Extremadura se situó en 2022 en 558 millones de euros (gráfico 1), lo que supone más de una cuarta parte del gasto sanitario total (27,9 %) y un 2,8 % del PIB de la región extremeña. Desde 2013, se ha producido un

importante repunte del gasto en Extremadura, aunque más contenido que el registrado a nivel nacional (un 3,5 % anual en Extremadura frente a un 4,3 % del conjunto del SNS). Durante estos años, entre las principales causas de este incremento están la financiación del tratamiento para la hepatitis C o la entrada de fármacos innovadores y de alto impacto.

A lo largo de todo el informe, cuando se habla de gasto farmacéutico se excluye el gasto de las mutualidades.

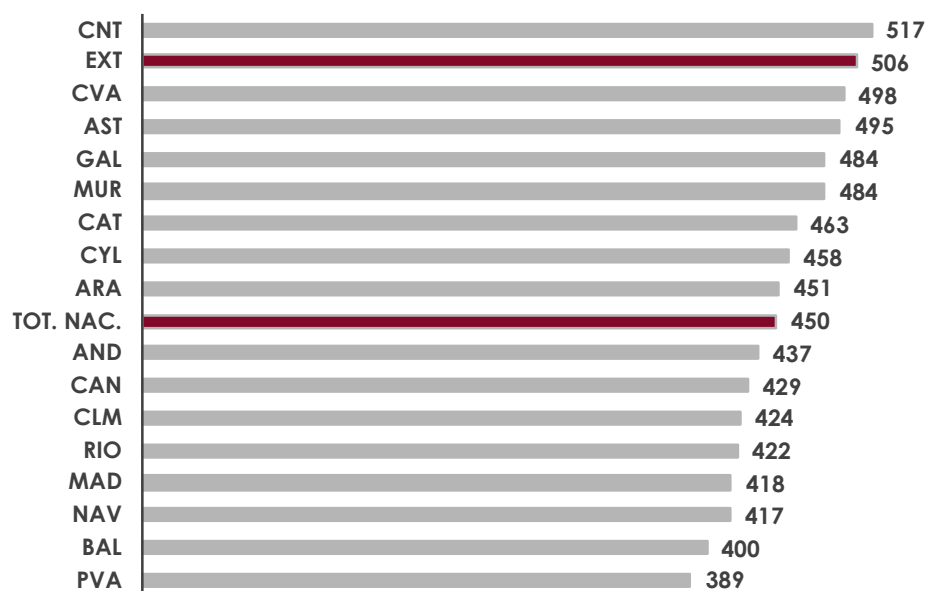
GRÁFICO 1. GASTO PÚBLICO FARMACÉUTICO TOTAL (HOSPITALARIO Y RECETA) EN EXTREMADURA. 2003-2022 (MILLONES DE EUROS)



Fuente: AIReF a partir de los datos del Ministerio de Sanidad.

En términos per cápita con población ajustada, el gasto farmacéutico total público de Extremadura se situó en 2022 en 506 euros per cápita, por encima de la media nacional (450 euros) y hace que sea la segunda comunidad de mayor gasto por habitante ajustado, tan solo por detrás de Cantabria.

GRÁFICO 2. GASTO FARMACÉUTICO PÚBLICO PER CÁPITA EN EXTREMADURA FRENTE AL RESTO DE COMUNIDADES. 2022 (EUROS PER CÁPITA)



Fuente: AIReF a partir de los datos del Ministerio de Sanidad y AIReF.

Incorporado en el gasto farmacéutico hospitalario y en el gasto farmacéutico de receta, respectivamente, se encuentra el gasto farmacéutico de los residentes de centros sociosanitarios, también objeto de análisis de esta evaluación. No obstante, en Extremadura no se dispone de datos que permitan cuantificar su importe, así como discernir qué parte forma parte del gasto farmacéutico hospitalario y qué parte del gasto farmacéutico con recetas. En todo caso, y aunque su peso sobre el gasto farmacéutico total es previsiblemente bajo, las perspectivas parecen indicar que su importancia será cada vez mayor, debido al envejecimiento de la población, así como a la incidencia de enfermedades crónicas y de la polimedicación.

Por otra parte, en esta evaluación del gasto sanitario en Extremadura se incluye también el gasto e inversión en equipos de alta tecnología (AT), que alcanza en la comunidad extremeña en 2022 un total de cuatro millones de euros. Aunque en términos presupuestarios suponen una partida de gasto menos relevante que el gasto farmacéutico, tienen una incidencia importante por sus altos costes de adquisición y de funcionamiento, así como por resultar imprescindibles para una prestación y asistencia sanitaria de calidad, con un alto impacto en resultados de salud.

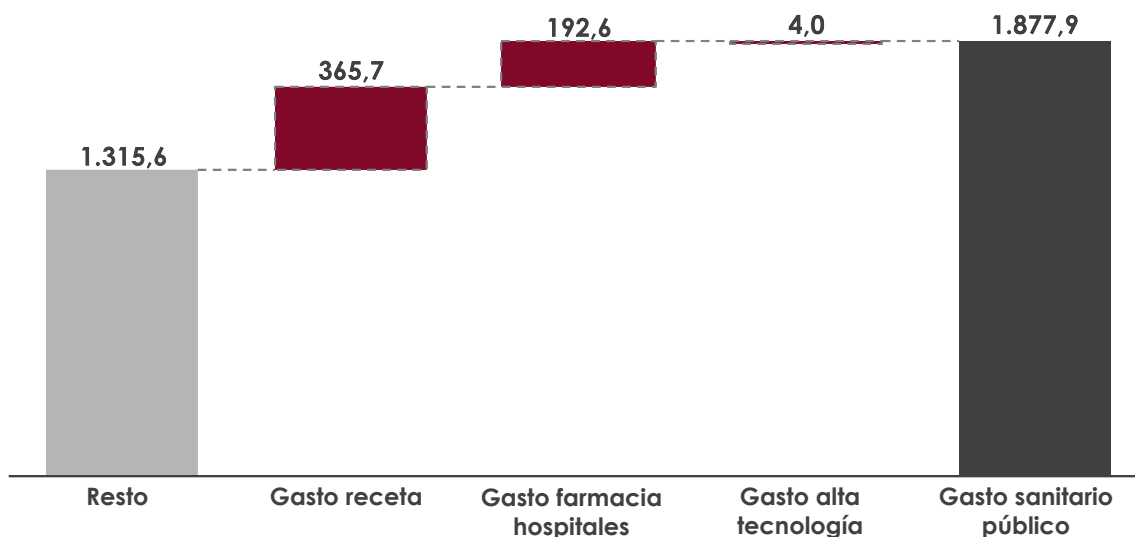
El gasto de adquisición de estos equipos en Extremadura ha estado muy influenciado en los últimos años por la recuperación económica y la renovación y adquisición de equipos en el marco del Plan INVEAT, con una dotación total para la comunidad de 17,8 millones de euros para la renovación y ampliación de los equipos financiados¹.

¹ Plan de Inversión en Equipos de Alta Tecnología sanitaria en el SNS (Plan INVEAT).

1.3. Objetivos y ejes de la evaluación

Este estudio tiene como objetivo evaluar la eficiencia del gasto público sanitario en Extremadura en cuatro ámbitos: el gasto farmacéutico hospitalario, el gasto farmacéutico de medicamentos dispensados con receta en oficinas de farmacia, el gasto farmacéutico de los residentes de los centros sociosanitarios, y por último, el gasto en equipos de alta tecnología. El objetivo central del estudio es, a partir de este análisis, la identificación de conclusiones y hallazgos y la definición de propuestas de mejora, tanto en términos de eficiencia como de sostenibilidad, calidad de la atención y equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias.

GRÁFICO 3. 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 de los cuestionarios 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 SSCC se desconoce su destino (área).

Las partidas de gasto evaluadas suponen un total de 562,3 millones de euros, casi una tercera parte del gasto sanitario público total y un 2,8 % del PIB de la comunidad autónoma.

La evaluación se ha organizado en cuatro bloques de gasto público: **1) en farmacia hospitalaria, 2) en medicamentos dispensados con receta médica en oficinas de farmacia, 3) en medicamentos dispensados en los centros sociosanitarios, y 4) en inversión en equipos de alta tecnología.**

Además, se han analizado también otros aspectos de naturaleza más transversal que se han incluido en un bloque 5 como: el modelo de objetivos e incentivos (incluyendo los contratos de gestión), los sistemas de información y la estrategia de formación en el uso racional del medicamento.

Por último, incluye un último apartado relativo a las **propuestas de la evaluación para cada uno de los hallazgos**, clasificadas según el eje o ámbito, la evidencia que las soporta y su impacto cuando su cuantificación ha sido posible.

El detalle de cada uno de los ejes evaluados dentro de cada bloque se muestra en el cuadro 1:

CUADRO 1. BLOQUES Y EJES DE LA EVALUACIÓN

	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			Estado y dotación actual del parque	
	Medicamentos biosimilares		GFT y plan terapéutico	Contratación pública de equipos y su mantenimiento	
	Atención farmacéutica		Modelo prescripción y dispensación		
	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.

1.4. Metodologías utilizadas en la evaluación

Esta evaluación se ha llevado a cabo aplicando diferentes metodologías y técnicas de análisis, tanto cuantitativas como cualitativas, de forma similar a los estudios previos llevados a cabo por la AIReF en estos ámbitos: *Evaluación del gasto público 2019: Gasto hospitalario del SNS: farmacia e inversión en bienes de equipo (en adelante SR2: gasto hospitalario)*, *Evaluación del gasto público 2018: Medicamentos dispensados con receta médica (en adelante, SR1: gasto de receta)*, y *Evaluación del gasto farmacéutico público en Aragón 2021*.

A continuación, se presentan las principales metodologías utilizadas en esta evaluación en cada bloque (cuadro 2).

CUADRO 2. METODOLOGÍAS DE LA EVALUACIÓN

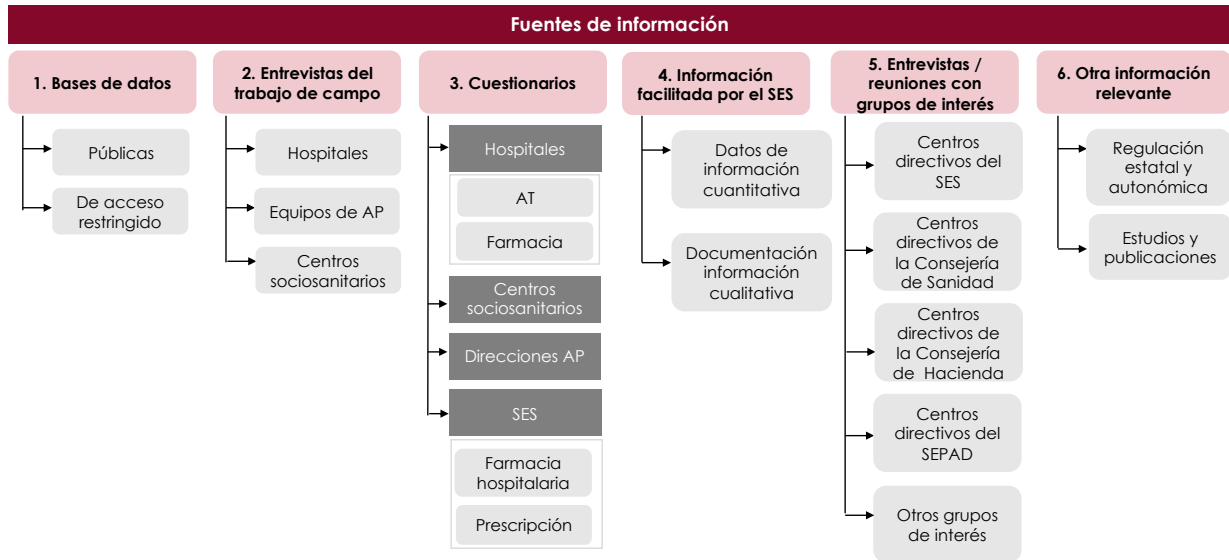


Fuente: AIReF.

1.5. Bases de datos y otras fuentes de información

Para llevar a cabo esta evaluación se han empleado diferentes fuentes de información que se resumen en el cuadro 3: (i) bases de datos, tanto de acceso público como restringido; (ii) entrevistas personales realizadas en el trabajo de campo con profesionales y responsables de hospitales, equipos de atención primaria y centros sociosanitarios; (iii) información procedente de distintos cuestionarios; (iv) reuniones con grupos de interés y (v) otra información relevante, como contratos de gestión, documentos de actuaciones farmacéuticas, indicadores de calidad de la prescripción, marco legal y normativo, planes y estrategias de uso racional del medicamento o revisión de literatura, entre otras. Estas últimas fuentes de información han servido, en algunos casos, como base para el análisis y, en otros, como complemento a la información existente.

CUADRO 3. FUENTES DE INFORMACIÓN EMPLEADAS EN LA EVALUACIÓN



Fuente: AIReF.

A continuación, se describe y detalla cada una de ellas.

1.5.1. Bases de datos

El cuadro 4 recoge las principales bases de datos que se han consultado y utilizado durante la ejecución del estudio.

CUADRO 4. BASES DE DATOS UTILIZADAS EN LA EVALUACIÓN

Ámbito	Nombre	Alcance	Acceso	Titularidad
Hospitalario	Consumo de medicamentos en los hospitales de la red pública del SNS	CC. AA.	Público	Ministerio de Sanidad
	Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario			Ministerio de Hacienda
	Catálogo nacional de hospitales	Hospital	Público	Ministerio de Sanidad
	RAE – CMBD	Hospital	Público / Restringido	Ministerio de Sanidad
	INCLASNS	CC. AA.	Público	Ministerio de Sanidad
	BIFIMED	Medicamento	Público	Ministerio de Sanidad
	Sistema de información de consumo hospitalario	CC. AA.	Restringido	Ministerio de Sanidad
Receta	Facturación de recetas médicas del SNS	CC. AA.	Público	Ministerio de Sanidad
	Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario	CC. AA.	Público	Ministerio de Hacienda
	Catálogo de centros de atención primaria del SNS	Centros de atención primaria	Público	Ministerio de Sanidad
	Alcántara	CC. AA.	Restringido	Ministerio de Sanidad
Sociosanitario	Base de datos de centros sociosanitarios de Extremadura	Extremadura	Restringido	Sistema Sanitario en Extremadura
Alta tecnología	SIAE	Hospital	Público	Ministerio de Sanidad

Fuente: AIReF.

1.5.2. Entrevistas personales del trabajo de campo en centros sanitarios y sociosanitarios

Una de las principales fuentes de información de esta evaluación ha sido la realización de entrevistas personales en una selección de 12 centros sanitarios y sociosanitarios de diversa naturaleza.

El objetivo de estas entrevistas personales ha sido comprender y conocer el funcionamiento de los centros en aspectos relacionados, fundamentalmente, con la gestión y la prestación farmacéutica y de equipos de alta tecnología, así como identificar mejores prácticas y procedimientos de uso racional, profundizando en aquellas cuestiones que, por su carácter cualitativo, no se pueden sistematizar con otras fuentes de información. Las entrevistas también han permitido conocer acciones y prácticas llevadas a cabo en algunos centros y que han servido como evidencia y soporte para determinadas propuestas.

De este modo, entre el 15 y el 30 de noviembre de 2022, se realizaron entrevistas tanto presenciales como telemáticas con distintos profesionales y responsables en un total de 14 centros sanitarios y sociosanitarios. De los 14 centros seleccionados, 2 fueron hospitales, 5 equipos de atención primaria y 6 centros sociosanitarios. La razón para este reparto se debe a que, dado que el ámbito sociosanitario no se había trabajado de forma previa en los SR2: *gasto hospitalario* y SR1: *gasto de receta*, se disponía de un menor grado de información previa para Extremadura.

CUADRO 5. MAPA DE LOS CENTROS DONDE SE HAN REALIZADO LAS ENTREVISTAS PERSONALES

Hospitales

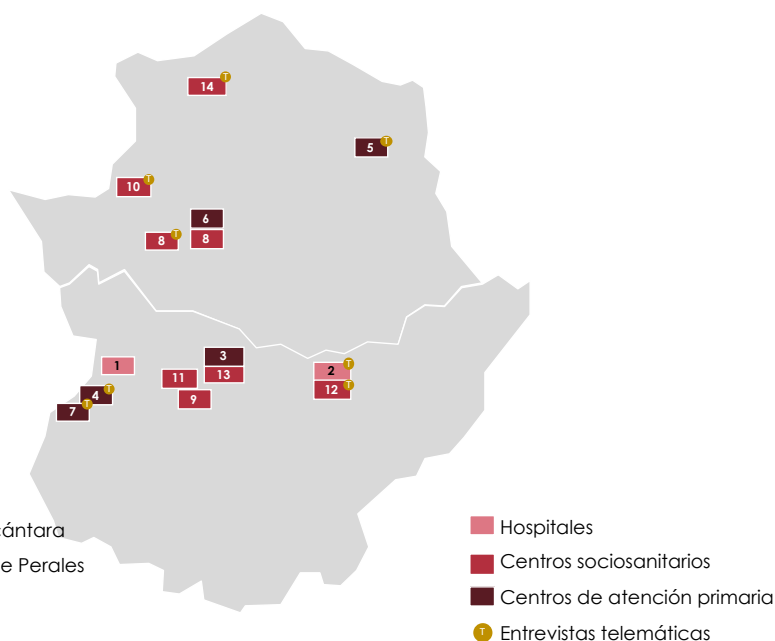
1. Hospital Universitario de Badajoz
2. Hospital de Don Benito - Villanueva

Centros de Atención Primaria

3. Mérida II – San Luis
4. Olivenza
5. Navalmoral de la Mata
6. Nuevo Cáceres
7. El Progreso

Centros Sociosanitarios

8. Centro Residencial el Cuartillo
9. Residencia de Mayores Angelita Olgado
10. Residencia de Mayores San Pedro de Alcántara
11. Residencia de Mayores Nuestra Señora de Perales
12. Residencia el Encinar de las Cruces
13. Residencia los Olivos
14. Residencia de Casillas de Coria



Fuente: AIReF.

1.5.3. Cuestionarios realizados en el ámbito de las evaluaciones del gasto público farmacéutico en Extremadura

De forma específica para esta evaluación se diseñaron dos cuestionarios: uno dirigido a las direcciones de atención primaria de las ocho áreas de salud extremeñas y otro dirigido a los centros sociosanitarios de la región. El nivel de respuesta al *Cuestionario para las direcciones de atención primaria de las áreas de salud* fue del 100 %. El nivel de respuesta del *Cuestionario para los centros sociosanitarios*, este se situó en el 72 % del total (un 74 % del total en términos del número de camas). En el caso de los centros de menos de 50 camas en lugar de un cuestionario se realizó una entrevista en un centro representativo.

1.5.4. Cuestionarios realizados en el ámbito de las evaluaciones del gasto farmacéutico y de equipos de alta tecnología a nivel nacional

En el contexto de esta evaluación también se remitieron nuevamente al Servicio Extremeño de Salud (SES) y a los hospitales (áreas de salud) algunos de los cuestionarios diseñados durante el SR2: gasto hospitalario.

Estos cuestionarios son los siguientes: *Cuestionario de farmacia para el servicio de farmacia hospitalaria*, *Cuestionario de farmacia para la dirección de los centros hospitalario*, *Cuestionario de farmacia para los servicios de salud* y *Cuestionario sobre modelos de gestión de equipos de alta tecnología en Extremadura*. El nivel de respuesta de estos formularios fue del 100 %.

Por su parte, en el ámbito de receta, también se utilizó la información recopilada en el *Cuestionario sobre políticas de prescripción de medicamentos dispensados en las oficinas de farmacia*, elaborado en el marco del SR1: gasto de receta².

1.5.5. Información cualitativa y cuantitativa facilitada por el Servicio Extremeño de Salud

En el ámbito de farmacia, se ha facilitado información relacionada con aspectos como el consumo de medicamentos biosimilares, la contratación pública y compra de medicamentos por área de salud o indicadores de calidad de la prescripción a nivel de equipo de atención primaria y de profesional, entre otros ejemplos, así como documentación e información cualitativa (planes y estrategias, memorias de actividad, y contratos de gestión, entre otros).

² El análisis de la información recopilada a través de este cuestionario se incluye en el *Documento Anexo 2. Análisis adicionales del Spending Review del SR2: gasto hospitalario*, publicado por la AIReF.

En el ámbito de alta tecnología, se ha facilitado información relacionada con las inversiones de alta tecnología, el detalle del parque actual instalado o las inversiones ejecutadas y previstas en el marco del Plan INVEAT.

1.5.6. Otras entrevistas, información y reuniones con grupos de interés

Adicionalmente, en el marco de la evaluación también se han llevado a cabo otras entrevistas y reuniones con otros interlocutores. Se han realizado entrevistas y reuniones de trabajo con los principales órganos directivos del Servicio Extremeño de Salud y del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SEPAD) así como de la Consejería de Hacienda y Administración Pública. Estas entrevistas y reuniones han resultado fundamentales para la comprensión de cuestiones estratégicas, regulatorias, de información, etc., que han ayudado a tener una mejor aproximación y contraste de los aspectos evaluados.

También se han llevado a cabo reuniones con otros grupos de interés relevantes de los distintos ámbitos o aspectos evaluados, tanto a nivel nacional como regional. Finalmente, también se ha utilizado otra información de interés y relevante para la evaluación, como es el caso de estudios y publicaciones especializadas relacionadas con las materias y ámbitos evaluados.

1.6. Gobernanza y agentes participantes

Esta evaluación ha sido dirigida y coordinada por el equipo de la División de Evaluación del Gasto Público de la AIReF, que ha contado para su elaboración con el apoyo técnico de PwC (PricewaterhouseCoopers), que resultó adjudicataria de la licitación pública para la contratación de un servicio de asistencia técnica a la AIReF, publicada en la plataforma de contratación del sector público el 4 de junio de 2022, y que se formalizó el 19 de septiembre de 2022.

La Consejería de Hacienda y Administración Pública de la Junta de Extremadura a través de la Dirección General de Patrimonio, el Servicio Extremeño de Salud (SES) a través de la Dirección General de Planificación Económica y el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SEPAD) han asumido la responsabilidad de asegurar la implicación y coordinación de todos los centros directivos de la administración autonómica que han resultado relevantes para el desarrollo de la evaluación:

- Servicio Extremeño de Salud:
 - Subdirección de Farmacia de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.
 - Subdirección de Atención Especializada de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

- Subdirección de Obras, Instalaciones y Equipamiento de la Dirección General de Planificación Económica.
- Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia:
 - Coordinación Técnica de Programas Intersectoriales de Atención Sociosanitaria.

Dadas las necesidades de información para llevar a cabo la evaluación, se ha contado también con la participación de otras instituciones, organismos y agentes de interés a nivel regional y nacional:

- Ministerio de Sanidad.
- Sociedades profesionales del ámbito sanitario: la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria.
- Colegios oficiales de farmacéuticos de las provincias de Cáceres y Badajoz.
- El equipo de trabajo agradece a todas las instituciones, entidades y profesionales que han participado en este estudio su disposición y colaboración en el suministro de información exhaustiva y la atención prestada para la elaboración del presente informe.

1.7. Presupuesto y calendario

El presupuesto para este estudio (fase I del plan de acción del estudio de revisión del gasto público sanitario en Extremadura) se determinó de conformidad con lo previsto de 18 de diciembre de 2019, de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, por la que se actualizan los precios públicos para la elaboración de estudios (BOE de 23 de diciembre de 2019) y ascendió a un total de 263.760,88 euros (IVA incluido).

El desarrollo del trabajo tuvo lugar entre octubre de 2022 y junio de 2023, si bien la recopilación de información comenzó en octubre de 2021.

1.8. Panorámica del informe

En las siguientes secciones de este informe se aborda el análisis de las partidas de gasto público evaluadas, por este orden. La sección 2 se dedica al análisis del ámbito de gasto farmacéutico hospitalario, la sección 3 al ámbito del gasto de medicamentos dispensados con receta en oficinas de farmacia y la sección 4 al gasto farmacéutico en centros sociosanitarios. Por su parte, la sección 5 se dedica al análisis del ámbito de la alta tecnología. En la sección 6 se analizan algunas cuestiones comunes o transversales a todos los ámbitos evaluados. Por último, en el capítulo 7 se formulan y detallan las propuestas de la evaluación, a partir de las principales conclusiones y hallazgos identificados.

2.

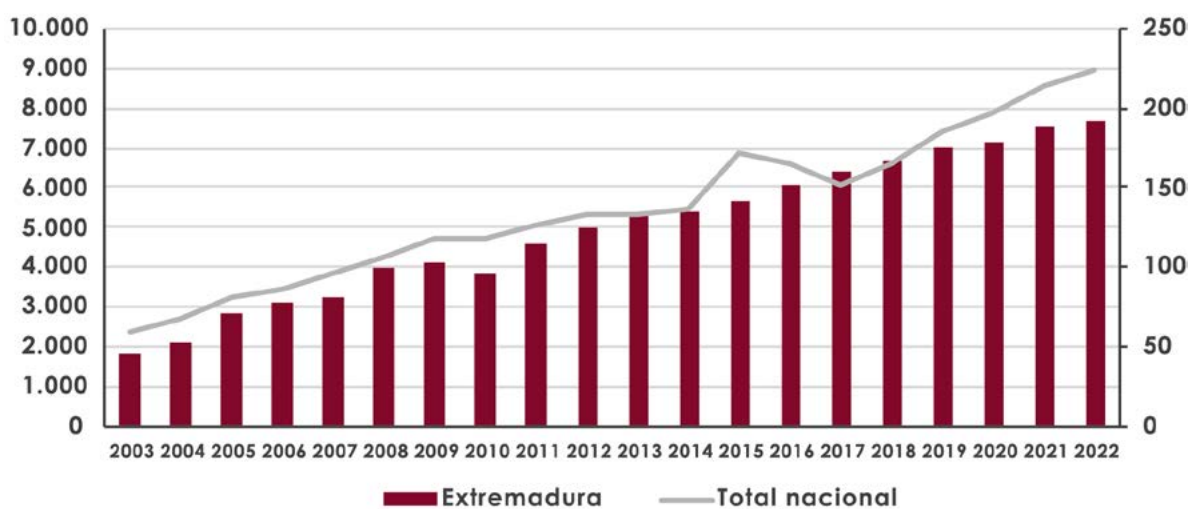
EVALUACIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO

2.1 Introducción

2.1.1. Análisis descriptivo del gasto en farmacia hospitalaria

El gasto farmacéutico hospitalario en Extremadura³ ha experimentado un aumento continuado entre 2003 y 2022, ha alcanzado los 192 millones de euros en 2022 y además, ha crecido por encima del gasto farmacéutico hospitalario del conjunto del SNS (un crecimiento anual medio del 7,9 %, frente al 7,3 % del SNS).

GRÁFICO 4. GASTO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO PÚBLICO EN ESPAÑA Y EXTREMADURA 2003-2022 (MILLONES DE EUROS)



Fuente: AIREF a partir de datos del Ministerio de Sanidad.

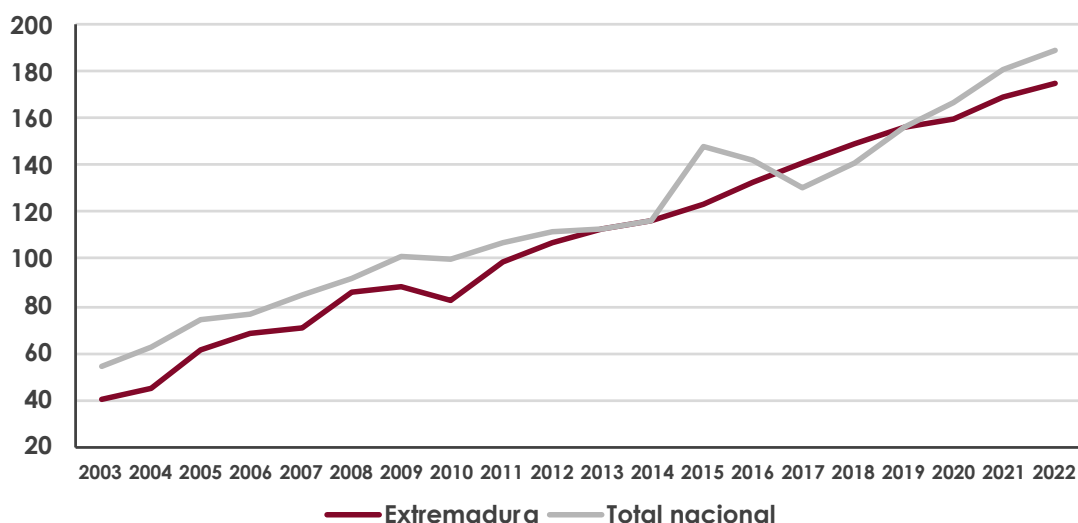
Uno de los principales factores es la entrada e incorporación de innovaciones farmacéuticas muy focalizada en patologías y áreas del entorno hospitalario. El incremento del gasto en los últimos años en Extremadura se debe a los nuevos

³ En el ámbito autonómico, la Ley 6/2006, de 9 de noviembre de Farmacia de Extremadura constituye la normativa de referencia para la farmacia hospitalaria en la comunidad.

fármacos de alto impacto, la utilización de medicamentos biológicos (no biosimilares) para reumatología, digestivo y tratamiento de la psoriasis, los nuevos citostáticos orales, el incremento de pacientes para inmunoterapia en oncología médica o el aumento de fármacos para el tratamiento del mieloma múltiple y el melanoma metastásico, entre otras.

En comparación con la evolución registrada en el conjunto del SNS, el gasto farmacéutico hospitalario per cápita en Extremadura ha presentado entre 2003 y 2022 un crecimiento mayor que a nivel nacional (un 8,4 % en promedio anual frente a un 7 % en España). No obstante, en los últimos años, de 2019 a 2022, se observa una contención del gasto farmacéutico hospitalario en la región extremeña, con un crecimiento del 3,1 % el último año, frente al 5 % registrado a nivel nacional.

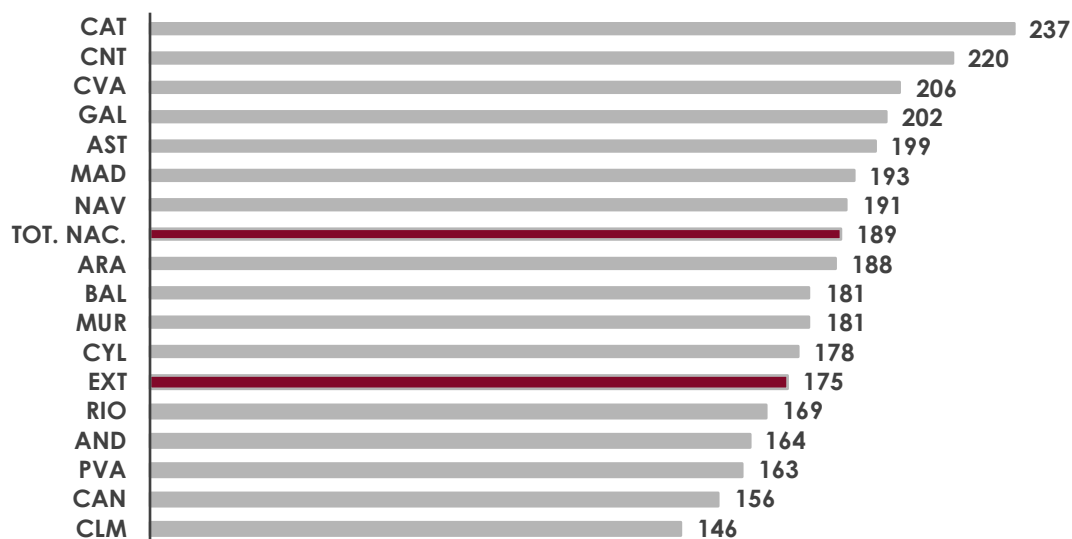
GRÁFICO 5. GASTO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO PÚBLICO PER CÁPITA EN EXTREMADURA Y TOTAL NACIONAL. 2003-2022 (EUROS PER CÁPITA)



Fuente: AIReF a partir de datos del Ministerio de Sanidad y de la AIReF (población ajustada).

En comparación con los restantes servicios regionales de salud, en 2022 el gasto farmacéutico hospitalario per cápita en Extremadura fue 14,69 euros inferior a la media del conjunto del SNS, y fue la sexta comunidad con un menor gasto farmacéutico hospitalario público per cápita.

GRÁFICO 6. GASTO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO PÚBLICO PER CÁPITA EN EXTREMADURA FRENTE AL RESTO DE COMUNIDADES. 2022 (EUROS POR HABITANTE AJUSTADO)

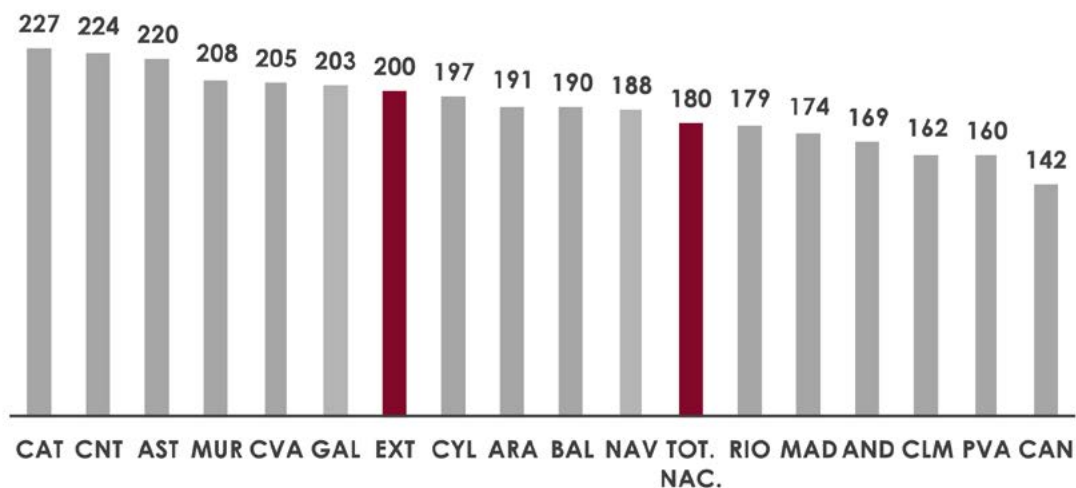


Fuente: AIReF a partir de datos del Ministerio de Sanidad y de la AIReF (población ajustada).

Si se ajustan los datos de gasto farmacéutico según la complejidad de los casos tratados (*case mix*)⁴, el gasto farmacéutico hospitalario de Extremadura en 2022 se sitúa en 200,37 euros por habitante ajustado, 25,63 euros más que sin tener en cuenta el ajuste del *case mix*.

⁴ El *case mix* o peso medio de las altas es la media ponderada de los pesos de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) de los pacientes del hospital y refleja la complejidad de los casos tratados por el hospital. Incluye casos obstétricos.

GRÁFICO 7. GASTO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO PER CÁPITA Y AJUSTADO POR CASE MIX POR COMUNIDAD AUTÓNOMA 2022 (EUROS POR HAB. AJUSTADO)

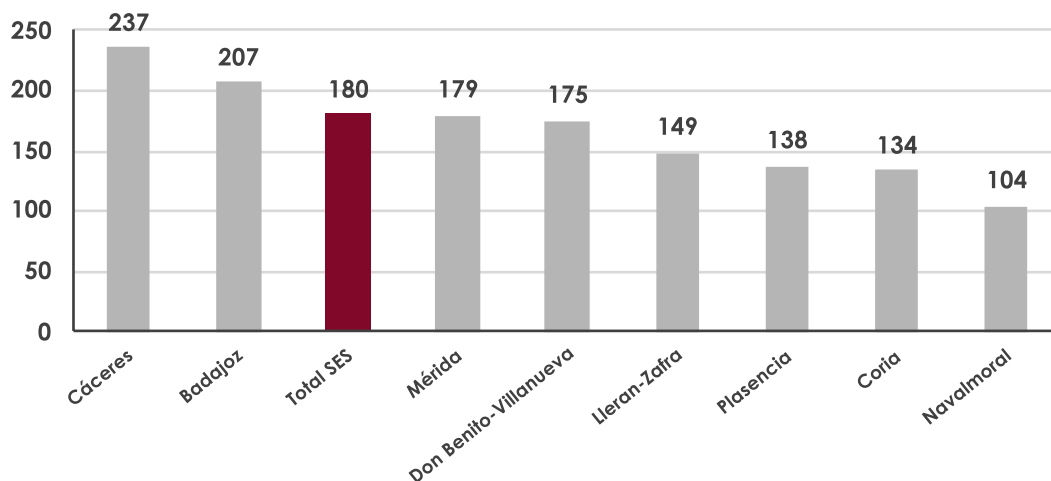


Fuente: AIReF a partir de datos del Ministerio de Sanidad, de la AIReF y CMBD.

Nota: Los datos de case mix son de 2017 (últimos disponibles en CMBD).

Por último, si se analiza el gasto per cápita en los hospitales de Extremadura también se observan importantes diferencias entre ellos (gráfico 8). En concreto, son los hospitales de Cáceres y Badajoz los que muestran un mayor gasto per cápita.

GRÁFICO 8. GASTO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO PER CÁPITA POR HOSPITAL. 2022 (EUROS PER CÁPITA)



Fuente: AIReF a partir de la información facilitada por las áreas de salud y del Cuestionario para la dirección de los centros.

Nota: Los datos de gasto hacen referencia a 2022 a excepción de PL, NV y CC (2021). Los datos de población son la población asignada al centro de 2021.

En definitiva, a la vista del análisis descriptivo realizado, se ponen de manifiesto una serie de conclusiones o aspectos relevantes:

A pesar del crecimiento del gasto farmacéutico hospitalario registrado en las últimas décadas, este se ha comportado, en general, de forma más contenida que el gasto farmacéutico del conjunto del SNS y, especialmente, el gasto en medicamentos dispensados con receta médica, como se verá más adelante.

Uno de los principales factores del crecimiento del gasto es la entrada de innovaciones, muy focalizada en patologías y áreas del entorno hospitalario. Extremadura no es ajena a esta realidad, como ponen de manifiesto los datos.

2.2. Evaluación y acceso a los medicamentos. La red de uso racional del medicamento en atención hospitalaria

En el contexto de la presente evaluación, se define o entiende por red de uso racional del medicamento (URM) al conjunto de estructuras, órganos y figuras cuyo objetivo es asegurar la calidad, seguridad y eficiencia de la prestación farmacéutica en los distintos ámbitos asistenciales con el impulso del uso racional de los medicamentos, garantizando el acceso a los medicamentos en condiciones de efectividad y seguridad, fomentando, a su vez, la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Por lo tanto, si bien es cierto que el sistema sanitario público de Extremadura no dispone, a diferencia de otras comunidades autónomas, de una red de URM formalmente establecida, con una estructura organizativa y funcional definida y regulada, sí dispone de ciertas **estructuras y figuras cuya finalidad y funciones están relacionadas** con las cuestiones arriba descritas y que, por lo tanto, forman parte de la **Red de URM**. Estas figuras son las siguientes:

- La Comisión Central de Farmacia y Terapéutica del SES, y aquellas comisiones de carácter local y/o especializado vinculados a esta:
 - Comisión de Uso Compasivo de Medicamentos.
 - Comisiones de Farmacia y Terapéutica de los hospitales.
 - Comités de Tumores.
- Las comisiones de uso racional del medicamento de las áreas de salud.
- Los servicios de farmacia de área, o unidades unipersonales en aquellas áreas de salud en las que no se dispone de un servicio de farmacia (farmacéuticos/as de área).
- Los servicios de farmacia de los hospitales del SES.

- Otros profesionales del SES con atribuciones y funciones en materia de URM, como es el caso de los farmacéuticos/as de los equipos de atención primaria (FEAP).

A lo largo de esta sección se detallarán y analizarán aquellas estructuras o figuras específicas del ámbito de atención hospitalaria o que concentran o tienen mayores implicaciones en este nivel asistencial. Por su parte, las estructuras y figuras propias de la atención primaria o que conllevan mayores implicaciones para este nivel asistencial se analizan en la sección que aborda los resultados de la evaluación en este ámbito.

2.2.1. Evaluación y acceso a los medicamentos en atención hospitalaria

En Extremadura, hasta 2017, solo existían las comisiones de farmacia y terapéutica (CFyT) de hospital que se encargaban de la evaluación de los medicamentos de uso hospitalario, confeccionaban sus respectivas guías sobre la materia y favorecían el uso racional de medicamentos en los centros hospitalarios. No obstante, esta pluralidad de órganos encargados de la misma materia podía dar lugar a una multiplicidad de evaluaciones, con la consiguiente pérdida de eficiencia, y a resultados dispares de la evaluación por parte de las distintas comisiones de farmacia y terapéutica, desvirtuando en cierto modo la finalidad de estas figuras.

En 2017 se crea la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica del SES (CCFyT)⁵, como órgano colegiado adscrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria con competencias y funciones en materia de coordinación de las diferentes comisiones existentes, con el objetivo de favorecer una mayor homogeneidad en la elección de las terapias farmacológicas. También tiene competencias en asesoramiento y propuesta en materia de gestión farmacéutica al SES.

⁵ Orden de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, de 30 de mayo de 2017, por la que se crea y regula la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica del Servicio Extremeño de Salud.

CUADRO 6. FUNCIONES MÁS FRECUENTES DE LAS CAFYT DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Funciones más frecuentes de las CAFyT (2020)	Comunidad - Comisión Autonómica												
	AND - CCOAFT	AST - CURMP	ARA - Red URM	BAL - CFIB	CYL - CAFCYL	CAT - PHF	CVA - PAISE	EXT - CCFyT	GAL - CACFT	RIO - CATURMLR	MUR - CRFRM	NAV - CCFSNS	PVA - CCF
Establecer recomendaciones sobre criterios de utilización y seguimiento de medicamentos de alto impacto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Diseñar e impulsar actuaciones de URM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Supervisar protocolos, regular disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Armonizar criterios de uso de medicamentos entre niveles asistenciales	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Elaborar protocolos farmacoterapéuticos para patologías de alto impacto	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		
Seguimiento del cumplimiento de los criterios de uso de medicamentos. Analizar consumo y la variabilidad	X	X	X	X		X	X	X	X		X		X
Elaborar GFT	X ²	X ³	X ¹	X ¹				X ²	X ²	X ²	X ²	X ²	X ²
Evaluar peticiones individualizadas	X		X			X	X	X			X	X	X
Proponer/evaluar indicadores y criterios de seguimiento de valoración de resultados en salud	X		X	X		X	X				X	X	
Promover la divulgación científica y asesorar sobre formación continuada	X	X	X					X	X	X	X	X	X
Coordinar actuaciones de CFyT hospitalarias		X			X			X	X	X	X	X	
Proponer objetivos de calidad de la prestación farmacéutica para incluirlos en los contratos programa	X	X	X							X			
Establecer criterios para optimización de adquisiciones			X									X	X
Promover, proponer y validar ayudas a la prescripción clínica	X	X	X										X

Funciones más frecuentes de las CAFyT (2020)	Comunidad - Comisión Autónoma												
	AND - CCOAFT	AST - CURMP	ARA - Red URM	BAL - CFIB	CYL - CAFCYL	CAT - PHF	CVA - PAISE	EXT - CCFyT	GAL - CACFT	RIO - CATURMLR	MUR - CRFRM	NAV - CCFSNS	PVA - CCF
Colaborar en la elaboración, implementar los IPT	X			X	X								
Autorizar medicamentos fuera de financiación	X		X	X									
Promover participación y dar respuesta a las propuestas de las sociedades científicas	X												
Actuar como observatorio de las iniciativas de presión comercial y diseñar nuevos marcos de actuación y corresponsabilización con la industria	X						X						
Promover la participación y dar respuesta a propuestas de asociaciones de pacientes	X					X							
Elaboración de protocolos de intercambio terapéutico			X										
Colaborar con las iniciativas de la estrategia sobre enfermedades raras			X				X						
Educación sanitaria población									X		X	X	
Promover la investigación	X						X						X
Colaborar en estrategias de seguridad del medicamento y farmacovigilancia	X		X										X

Fuente: VV. AA. Monografías de farmacia hospitalaria y de atención primaria: cambio de paradigma: de la validación a la participación (n.º 14). Barcelona: Bayer Hispania SL, 2020.

(1) Guía farmacoterapéutica única para toda la comunidad autónoma; (2) guía farmacoterapéutica distinta en cada hospital, pero con criterios comunes en medicamentos de alto impacto; (3) guía farmacoterapéutica de máximos única para toda la comunidad autónoma que cada hospital debe adaptar.

En la práctica, y dada la importancia creciente de la entrada de innovaciones y novedades terapéuticas en el canal hospitalario, la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica se encarga de la evaluación de la mayor parte de medicamentos nuevos en Extremadura. Aunque no existe un listado acotado y definido de cuáles son los medicamentos evaluados por la Comisión, suele tratarse de fármacos y tratamientos con ciertas características significativas e inherentes tanto al propio fármaco como a la población a la que va dirigido. La Comisión Central de Farmacia y Terapéutica evalúa medicamentos nuevos, de alto impacto (bien en términos presupuestarios, bien en términos de los requisitos del fármaco o del tratamiento), fármacos destinados a enfermedades raras o de muy baja incidencia, fármacos con potencial de eficacia

limitada o en los que haya que protocolizar su uso, usos restringidos o medicamentos cuya utilización se concentra en un número muy reducido de profesionales, entre otros.

Junto a la CCFyT del SES conviven también las comisiones de farmacia y terapéutica de los hospitales, que se encargan de abordar solicitudes y evaluaciones de menor impacto. Por ejemplo, solicitudes realizadas por servicios hospitalarios de inclusión de medicamentos financiados y aprobados en el catálogo, guía o petitorio del hospital, siempre y cuando no se corresponda con uno de los supuestos arriba contemplados del ámbito de la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica. A esta estructura se incorporan también otras comisiones de carácter específico, como **la Comisión de Uso Compasivo de Medicamentos del SES o los Comités de Tumores** de las áreas de salud, así como grupos técnicos de trabajo adscritos a la propia Comisión Central de Farmacia y Terapéutica del SES.

Así pues, la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica del SES y toda la estructura adyacente a esta ha permitido avanzar en el establecimiento de un modelo de trabajo de consenso, en una mejora de la eficiencia del proceso, en disminuir la variabilidad y las diferencias entre centros y en una mejora de la equidad en el acceso a los tratamientos.

Por lo que respecta al circuito empleado en Extremadura para la evaluación de medicamentos, se distinguen tres grandes situaciones⁶.

- **Fármacos en indicaciones financiadas (es decir, con una decisión favorable de financiación y precio).** En este caso, la evaluación se lleva a cabo por parte de la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica, siempre y cuando se trate de alguno de los supuestos arriba contemplados (fármacos de alto impacto, medicamentos nuevos, fármacos de enfermedades raras o de muy baja incidencia, etc.).
- **Fármacos en indicaciones especiales** (usos excepcionales de medicamentos en condiciones diferentes de las autorizadas, medicamentos de uso compasivo). Estos casos son especialmente relevantes y se suelen producir en áreas terapéuticas en las que la actividad investigadora es muy intensa y en las que el ritmo de evolución del conocimiento científico es especialmente alto. En estos casos, la evaluación se produce caso a caso y la decisión la toma de forma centralizada la Comisión de Uso Compasivo de Medicamentos del SES⁷. Según los datos del cuestionario, en Extremadura, de 914 solicitudes de fármacos fuera de su indicación autorizada se aprobaron 179 (un 20 %). A nivel nacional, para los 61 centros a los que se ha tenido acceso a esta información, se aprobaron 1.734 de las 4.256 solicitudes (un 41 %).

⁶ La Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y de Farmacia es el órgano competente en materia de prestación farmacéutica y encargado de resolver sobre la financiación o no financiación pública de los medicamentos y sus indicaciones, mediante resolución expresa. La financiación se produce a nivel fármaco e indicación, es decir, un mismo medicamento puede tener indicaciones financiadas o autorizadas y otras no financiadas o autorizadas. Para un mayor detalle véase SR2: *gasto hospitalario*.

⁷ Orden de 13 de febrero de 2006 por la que se crea y regula la Comisión de Uso Compasivo de Medicamentos en el ámbito de la comunidad autónoma de Extremadura.

En algunas ocasiones, en lugar de evaluaciones individualizadas, se lleva a cabo una protocolización, de forma que se evalúa y emite un dictamen para los protocolos. En opinión de los profesionales entrevistados en el trabajo de campo en los centros hospitalarios, la protocolización tiene importantes ventajas (facilidad para la monitorización y seguimiento, así como para la recogida de resultados reales, mayor agilidad y capacidad de respuesta cuando un mismo tratamiento se solicita muy frecuentemente en una determinada indicación, entre otros).

No obstante, en opinión de estos profesionales, el nivel de protocolización de estos casos es todavía bajo y existe margen de mejora para avanzar en esta sistemática de trabajo. En su opinión, la realización de protocolos exige un estudio exhaustivo de las patologías e indicaciones y supone, por lo tanto, un esfuerzo adicional relevante para los miembros de la comisión.

- **Fármacos en indicaciones no financiadas o no autorizadas.** En este caso, también se distinguen dos situaciones: fármacos con una resolución expresa de no financiación, y fármacos todavía en estudio y pendientes de decisión de precio y financiación en España, aunque con autorización de comercialización aprobada por la agencia reguladora europea.

En el primer caso, en el que hay una resolución expresa de no financiación en España, la directriz de la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica del SES es la no utilización del medicamento, aunque con carácter de excepcionalidad (urgencia vital, ausencia de alternativas terapéuticas, etc.) se abre la puerta a su valoración. Según las entrevistas del trabajo de campo, y aunque no se dispone de datos o estadísticas, lo más habitual en estos casos es la denegación de la utilización del fármaco, amparada en que se trata de medicamentos o indicaciones de medicamentos no incluidos en la prestación farmacéutica del SNS y por lo tanto la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica del SES no se considera competente para indicar su financiación con cargo al SES. En el segundo escenario, en el que el fármaco está pendiente de decisión de financiación y precio, el procedimiento o circuito a seguir es el mismo que en el caso anterior. Con el objetivo de clarificar a los profesionales en qué casos y bajo qué criterios puede valorar por parte de la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica estas situaciones, la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica está trabajando en la elaboración de una circular que incorpore los criterios de acceso en condiciones excepcionales para medicamentos o indicaciones pendientes de resolución de financiación.

Otro aspecto importante es el seguimiento y monitorización de la utilización de los tratamientos, fármacos e indicaciones de fármacos evaluadas por distintas comisiones, especialmente en aquellos casos en los que la aprobación está sujeta o limitada a una serie de condiciones establecidas o bajo supuestos y restricciones de utilización por parte de los profesionales.

En las entrevistas realizadas en el trabajo de campo se puso de manifiesto que este seguimiento y monitorización no es exhaustivo ni se lleva a cabo de forma sistemática

y precisa, y que existe recorrido de mejora en la realización de estudios sistemáticos de utilización de estos medicamentos e indicaciones. En el caso de fármacos en indicaciones especiales, desde la Comisión de Uso Compasivo de Medicamentos del SES sí se lleva a cabo un cierto seguimiento de la utilización y la adherencia a las condiciones de uso autorizadas. Por su parte, en el caso de fármacos en indicaciones autorizadas y financiadas, en la actualidad, y según la información capturada en las entrevistas del trabajo de campo, no se dispone de este sistema de seguimiento y monitorización, por lo que el seguimiento que se realiza tiene un carácter más limitado y es, en muchas ocasiones un estudio de consumos y de su situación relativa en determinados grupos de pacientes o fármacos.

También se ha detectado la falta de implantación de la prescripción electrónica asistida⁸ en todos los hospitales extremeños, salvo en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, lo que dificulta el poder llevar a cabo un control exhaustivo de la adecuación de las prescripciones a protocolos previamente validados por la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica o el Comité de Tumores, así como de los usos controlados/restringidos y de las utilizaciones de fármacos fuera de indicación o saltando líneas de tratamiento.

Por lo que respecta a la composición de las comisiones a nivel autonómico del SES, tienen un carácter multidisciplinar, y ofrecen una mayor solidez a las decisiones que se toman en el seno de la comisión. La Comisión Central de Farmacia y Terapéutica, de acuerdo con la normativa que la regula, está presidida por la persona titular de la dirección general con competencias en materia de asistencia sanitaria, y ocupa la vicepresidencia la persona titular de la subdirección con competencias en materia de gestión farmacéutica. Adicionalmente, forman parte de la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica o el Comité de Tumores ocho farmacéuticos (entre farmacéuticos de hospital y de atención primaria), cinco profesionales clínicos con especialidad quirúrgica o médico-quirúrgica (como mínimo un oncólogo y un hematólogo) y un técnico representante de la Subdirección de Gestión Farmacéutica del SES experto en evaluación de tecnologías sanitarias.

Aunque la composición de las diferentes CAFyT es sumamente variada, los miembros de la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica del SES son figuras muy comunes en la composición de estos órganos. No obstante, las nuevas tendencias en materia de selección y evaluación de medicamentos han motivado a algunas CAFyT a incorporar otros perfiles, como economistas de la salud, analistas o incluso representantes de pacientes.

En las entrevistas del trabajo de campo en el ámbito hospitalario se puso de manifiesto la necesidad de reforzar la estructura y composición de este órgano, incorporando más perfiles clínicos especialistas (especialmente para la valoración de determinadas

⁸ La prescripción electrónica asistida se refiere a aquellas modalidades de prescripción electrónica que incorporan ayudas inteligentes a la prescripción para los profesionales.

solicitudes de ámbitos en los que cada vez hay una mayor especialización) y con experiencia y concienciados con la evaluación de medicamentos y tratamientos y su importancia para el sistema sanitario público. En estas entrevistas, además, también se apuntó a una falta de tiempo y dedicación por parte de los profesionales a estas cuestiones, de forma que parte del trabajo que asumen estos profesionales lo hacen en su tiempo libre.

Por último, en las entrevistas del trabajo de campo también se evidenciaron debilidades en la traslación de las decisiones tomadas al terreno clínico y en la comunicación de las decisiones a los profesionales. Según los profesionales entrevistados, las decisiones se comparten con la intranet corporativa y de las direcciones médicas de los hospitales, pero en ocasiones esta comunicación **se diluye** en su llegada a los profesionales.

En conclusión, aunque el esquema y la dinámica de trabajo es adecuada, hay algunos aspectos en los que se observan debilidades relevantes. Por un lado, hay margen de mejora para avanzar en la protocolización de tratamientos e indicaciones de tratamientos. Por otro, la monitorización y seguimiento de la utilización de los tratamientos, fármacos e indicaciones de fármacos evaluados no es exhaustiva ni se lleva a cabo de forma sistemática y precisa. Adicionalmente, aunque la composición de la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica es similar a comisiones análogas de otros servicios de salud, se ha puesto de manifiesto la necesidad de reforzar su estructura y composición con la incorporación, temporal o permanente, de perfiles especialistas, especialmente para determinados fármacos o ámbitos asistenciales. Por último, también se ha detectado recorrido de mejora en las funciones y actuaciones que se podrían incorporar a estas comisiones, así como en la traslación de las decisiones tomadas al terreno clínico y en la comunicación de las decisiones a los profesionales.

2.3. Control y seguimiento de indicadores económicos y de calidad de la prescripción farmacéutica

Actualmente, los centros hospitalarios y los propios servicios de farmacia hospitalaria (SFH) deben gestionar un presupuesto cada vez más ajustado tratando de asegurar el tratamiento óptimo de los pacientes, en un contexto además de elevada presión sobre los recursos públicos motivado por factores como la entrada de nuevos fármacos y tratamientos, muchos de alto impacto, el envejecimiento de la población, el aumento del arsenal terapéutico en muchas patologías o la cronificación de los tratamientos, entre otros.

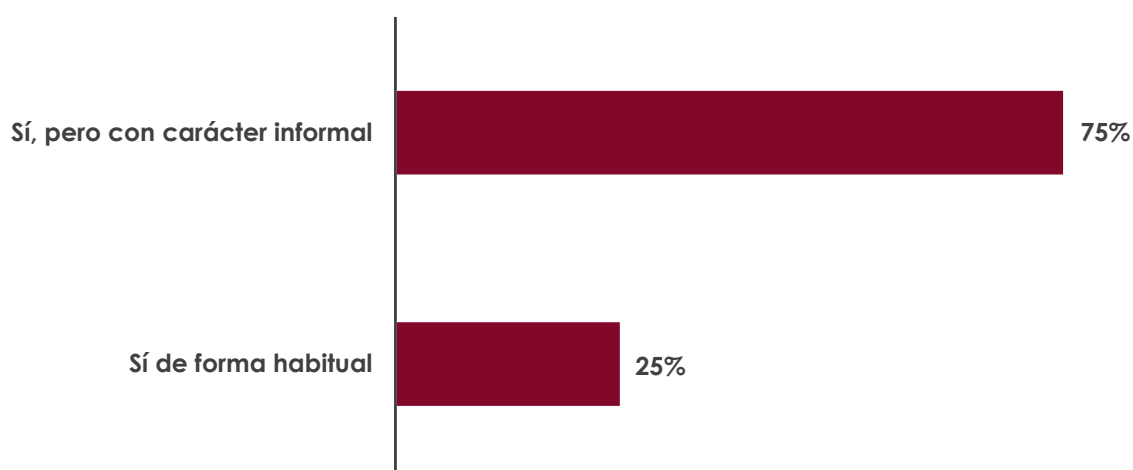
Esta situación exige que, más allá del seguimiento del nivel de cumplimiento de los distintos objetivos de los contratos de gestión (un aspecto que se aborda en la sección 6.1), en los centros hospitalarios se lleven a cabo acciones de control y seguimiento

de indicadores económicos, de actividad, de calidad y de resultados, así como que se necesite disponer de herramientas de control y análisis del gasto farmacéutico. Este es un aspecto fundamental, ya que para llevar a cabo este tipo de actuaciones resulta necesario disponer de herramientas que permitan entender de una manera rápida y accesible la evolución del gasto farmacéutico, cuáles son las áreas terapéuticas que concentran el mayor porcentaje del gasto o las principales desviaciones y determinar el gasto que se está produciendo por paciente y tratamiento.

A nivel corporativo, se realiza desde los Servicios Centrales del SES un seguimiento periódico del gasto farmacéutico hospitalario, de carácter mensual, para todas las áreas de Salud. Mediante la elaboración y difusión a las direcciones de las áreas de un cuadro de mando de farmacia hospitalaria con indicadores de consumo y gasto de medicamentos, por grupos ATC y patologías de alto impacto.

A nivel de centro, según el Cuestionario de farmacia para la dirección de los centros hospitalarios, la mitad de los hospitales disponen de cuadros de mando para hacer seguimiento de indicadores, aunque tan solo uno de ellos comparte de forma habitual el nivel de desempeño y los resultados alcanzados con los servicios, equipos y profesionales del centro, el resto lo hace de manera informal (gráfico 9).

GRÁFICO 9. PORCENTAJE DE HOSPITALES DE EXTREMADURA QUE COMPARTEN INFORMACIÓN DEL SEGUIMIENTO DE INDICADORES Y OBJETIVOS CON LOS SERVICIOS Y/O PROFESIONALES (%)



Fuente: AIReF a partir del *Cuestionario de farmacia para la dirección de los centros hospitalarios*.
N= 4 hospitales.

En las entrevistas personales realizadas en el trabajo de campo en los centros hospitalarios, además, se ha puesto de manifiesto que en estos centros no existen

objetivos claros y definidos en términos de gestión del gasto farmacéutico, y que el nivel de seguimiento y control del gasto farmacéutico es desigual entre hospitales. Si bien se lleva a cabo un cierto seguimiento y control del gasto con cierta periodicidad, aunque variable, las acciones de control, monitorización y seguimiento de indicadores económicos (y, en particular, del gasto en farmacia, su tendencia y desviaciones por grupos de medicamento o por servicio) de forma conjunta entre la dirección, los jefes del SFH y los responsables de servicios asistenciales (por ejemplo, con reuniones periódicas) no son una práctica generalizada. En el ámbito hospitalario, esto es especialmente relevante en servicios o áreas asistenciales como pacientes ambulantes (oncohematología) o pacientes externos, que concentran más del 75 % del gasto farmacéutico hospitalario en la actualidad.

Los distintos profesionales y directivos han apuntado que las debilidades de los sistemas de información y su heterogeneidad suponen una limitación relevante para avanzar hacia un mayor seguimiento, control y, por lo tanto, gestión, especialmente en términos comparativos entre áreas de salud. Si bien es cierto que los servicios de farmacia de todos los hospitales disponen de la herramienta Farmatools®, cada centro tiene su aplicativo y versión, sin que exista una verdadera integración de los sistemas de información de consumo y gestión de la farmacia, lo que limita o dificulta hacer un seguimiento en términos comparativos y homogéneos en todos los centros. Tampoco se dispone de protocolos estandarizados para la extracción de datos, lo que dificulta estos análisis comparativos.

La información de farmacia (gastos) no está integrada con otra información de tipo asistencial, manejándose en muchas ocasiones datos brutos o parciales, lo que requiere de un importante esfuerzo en el tratamiento y depuración para poder ser utilizados para la gestión. Además, el propio Tribunal de Cuentas, en su Informe Anual de la comunidad autónoma de Extremadura para el ejercicio 2019 (último disponible), enfatizaba que, aunque se habían iniciado actuaciones dirigidas a la conexión entre el sistema de compra de farmacia Farmatools y el sistema de gestión e información clínica del SES (JARA), continuaba existiendo una desconexión entre ambos.

Por último, la inexistencia de prescripción electrónica asistida en todos los hospitales de la región dificulta o añade limitaciones adicionales. Aunque esta y otras limitaciones de los sistemas de información se analizarán más detalladamente en la sección 6, la falta de implantación de la prescripción electrónica asistida en la amplia mayoría de hospitales extremeños dificulta la monitorización de los perfiles farmacoterapéuticos en todos los ámbitos hospitalarios (hospitalización, pacientes externos y ambulantes) así como la realización de comparaciones entre los perfiles de prescripción en atención hospitalaria, tal y como se hace en atención primaria.

En conclusión, las acciones de control, monitorización y seguimiento de indicadores económicos y, en particular, del gasto en farmacia, analizando las posibles desviaciones, sus causas y su impacto no son una práctica generalizada por parte de las direcciones de los centros hospitalarios en Extremadura, como tampoco es

habitual que se lleve a cabo un trabajo conjunto con reuniones periódicas y sistemáticas entre la dirección, el servicio de farmacia y los principales servicios asistenciales para trabajar este tipo de cuestiones. Las debilidades de los sistemas de información dificultan el análisis y seguimiento, y en particular en términos comparativos entre centros hospitalarios.

2.4. Medicamentos biosimilares en el ámbito hospitalario

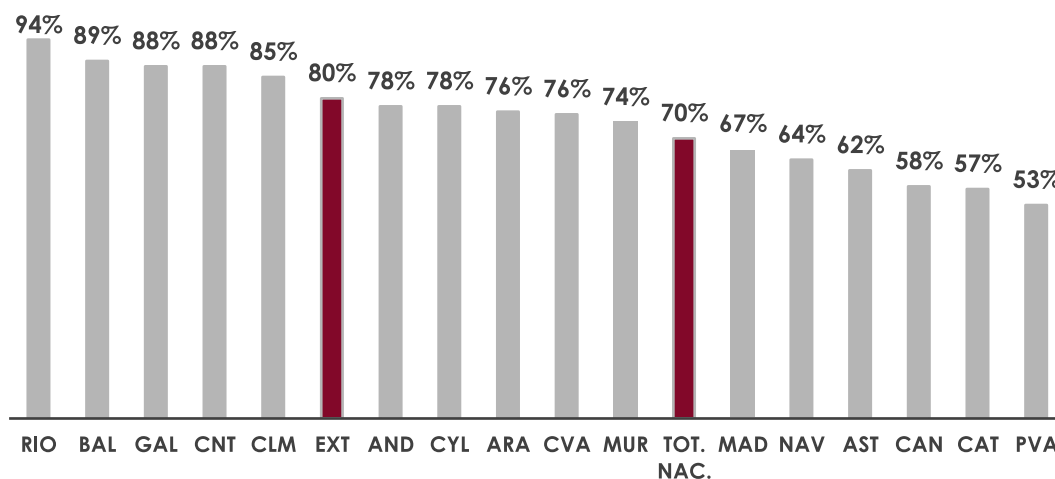
Los medicamentos biosimilares⁹ constituyen una alternativa terapéutica al producto biológico de referencia, ya que al incluirse dentro del sistema de precios de referencia promueven la reducción del precio de los medicamentos del mismo principio activo. Por este motivo, tienen un papel fundamental como reguladores del mercado para preservar la sostenibilidad del sistema sanitario público. Por ello la adopción de políticas y acciones encaminadas a fomentar una mayor utilización de medicamentos biosimilares resulta fundamental para una gestión eficiente del gasto farmacéutico, especialmente en el ámbito hospitalario.

En esta sección, la utilización o penetración de biosimilares se ha calculado en términos de consumo, es decir, como la proporción que representan las dosis diarias definidas (DDD) de medicamentos biosimilares consumidas o adquiridas —según la fuente de información— sobre el total de dosis diarias definidas (DDD) de cada principio activo (biosimilar y biológico). No obstante, para aquellas moléculas que no tienen definidas DDD (rituximab, trastuzumab y bevacizumab), la penetración se ha calculado en envases o unidades —según la fuente de información—.

La penetración de biosimilares medidos en DDD (esto es, excluyendo rituximab, trastuzumab y bevacizumab) en Extremadura en 2022 se situó en el 80 %, 10 puntos por encima de la media nacional (un 70 %) (gráfico 10). Además, entre 2016 y 2021 la penetración de estos biosimilares en Extremadura se incrementó muy significativamente en 42 puntos porcentuales, lo que supone que es la cuarta comunidad autónoma con el mayor incremento registrado en este periodo, por detrás de La Rioja e Illes Balears.

⁹ Los medicamentos biológicos son fármacos que contienen principios activos producidos o derivados de fuentes biológicas o biotecnológicas (es decir, no producidos por síntesis química). Por su parte, los medicamentos biosimilares son medicamentos biológicos similares a otros ya existentes (biológico original) cuya patente ha expirado y son equivalentes en su eficacia clínica

GRÁFICO 10. PORCENTAJE DE DDD BIOSIMILARES CONSUMIDAS EN HOSPITAL SOBRE EL TOTAL DE CONSUMO DEL PRINCIPIO ACTIVO EN EXTREMADURA Y RESTO DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 2022 (%).



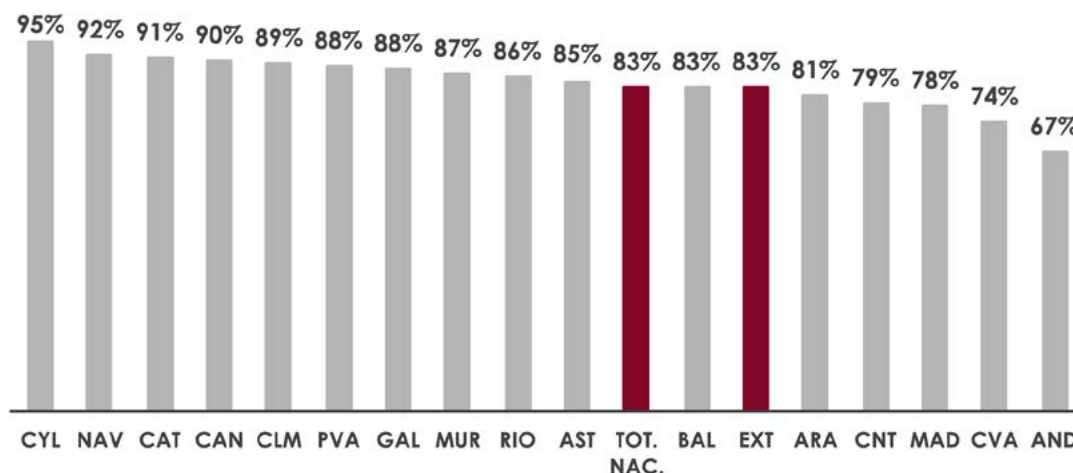
Fuente: AIReF a partir de los datos de Sistema de Información de Consumo Hospitalario.

Notas: Incluye todos los principios activos excepto trastuzumab, rituximab y bevacizumab.

Los datos de Galicia son del periodo enero-abril.

Para aquellos principios activos para los que no hay DDD definidas (rituximab, trastuzumab y bevacizumab, algunos de alto impacto económico y de corta trayectoria en el mercado), el nivel de penetración de Extremadura en 2022 es del 83 %, igual que la media nacional (83 %), situándose como la quinta comunidad con menores niveles de utilización de estas moléculas (gráfico 11).

GRÁFICO 11. PORCENTAJE DE ENVASES DE RITUXIMAB, TRASTUZUMAB Y BEVACIZUMAB BIOSIMILARES CONSUMIDOS EN HOSPITAL SOBRE EL TOTAL DEL PRINCIPIO ACTIVO EN EXTREMADURA Y RESTO DE COMUNIDADES 2022 (%)

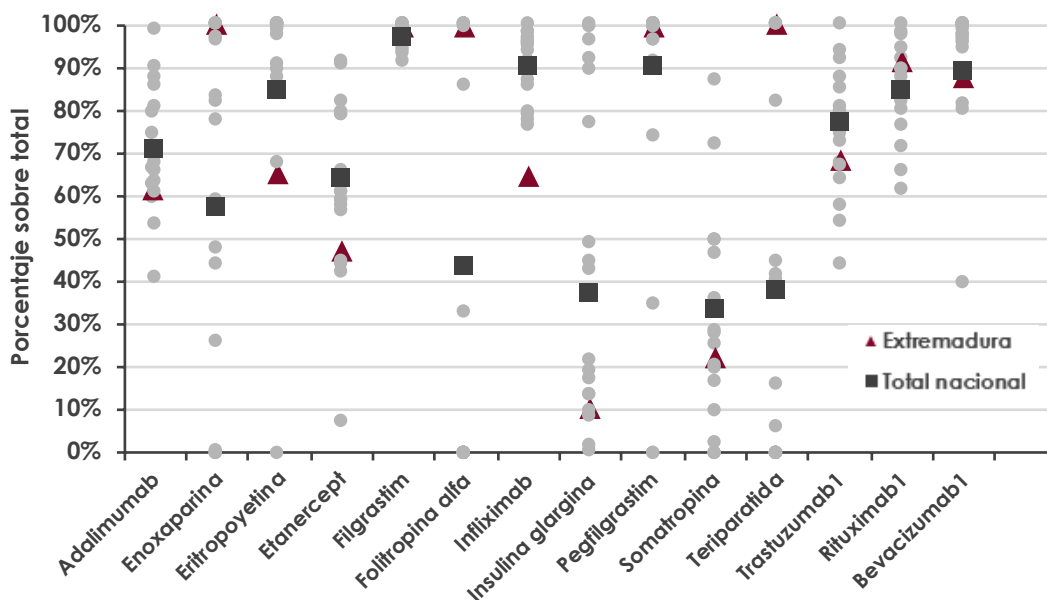


Fuente: AIReF a partir de los datos de Sistema de Información de Consumo Hospitalario.

Nota: Los datos de Galicia son del periodo enero-abril.

Por principio activo (gráfico 12), y en consonancia con el resto de las comunidades autónomas, se observa una penetración muy desigual entre las distintas moléculas, y en algunas de ellas de elevado consumo, Extremadura presenta un amplio margen de mejora, como puede ser el caso de la somatropina, la insulina glargina, el adalimumab o el infliximab. Precisamente estos dos últimos, el inmunosupresor adalimumab y el inmunosupresor inhibidor del factor de necrosis tumoral alfa, infliximab, son dos de los medicamentos de mayor consumo a PVL. Además, ambas son moléculas empleadas en el tratamiento de enfermedades inmunomediadas que se caracterizan por una alta prevalencia.

GRÁFICO 12. PENETRACIÓN DE BIOSIMILARES CONSUMIDOS POR PRINCIPIO ACTIVO EN EXTREMADURA Y EL RESTO DE LAS COMUNIDADES. 2022(%)



Fuente: AIReF a partir de los datos de Sistema de Información de Consumo Hospitalario.

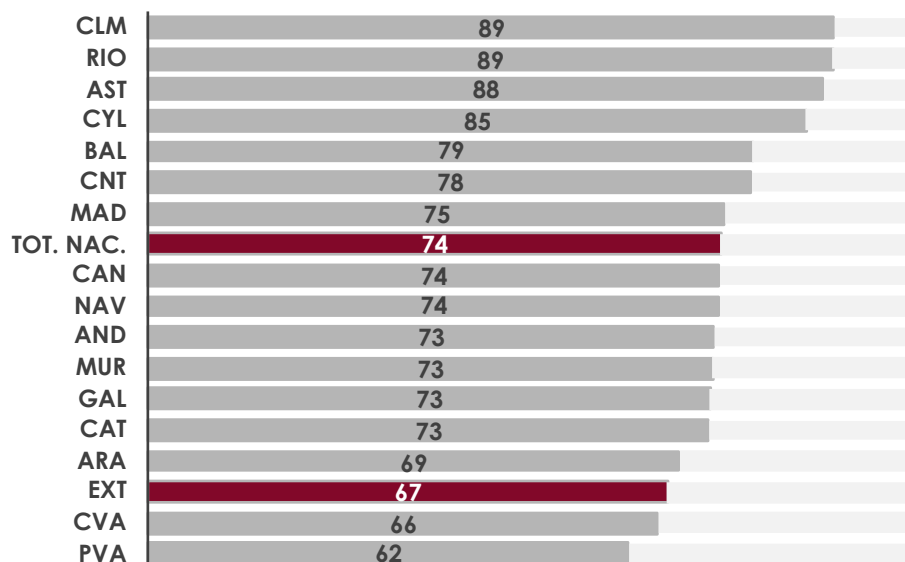
(1) Penetración en envases.

Nota: Para todas las comunidades autónomas se tiene en cuenta el año completo, salvo Galicia, que se tiene en cuenta desde enero hasta abril.

Para reflejar de forma agregada la penetración de biosimilares incorporando el distinto impacto económico de las diferentes moléculas, se ha construido un indicador sintético de penetración de biosimilares ponderado por su impacto económico.

Los resultados de este indicador sintético muestran que Extremadura se encuentra por debajo de la media cuando la penetración de biosimilares se pone en relación con el impacto económico de las distintas moléculas (gráfico 13).

GRÁFICO 13. PENETRACIÓN DE BIOSIMILARES AJUSTADO POR IMPACTO ECONÓMICO DEL PRINCIPIO ACTIVO. 2022 (PUNTOS SOBRE 100)



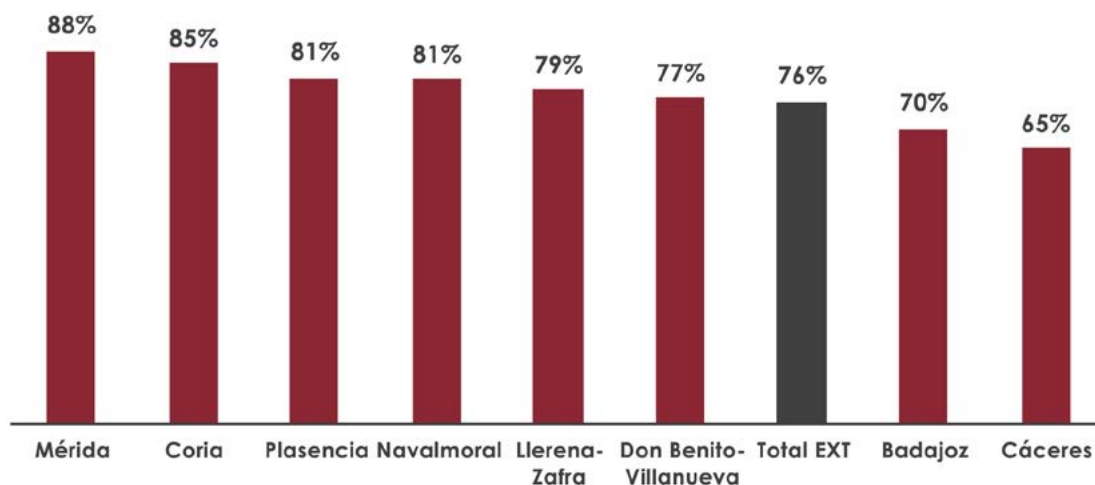
Fuente: AIReF a partir de los datos del Sistema de información de consumo hospitalario.

Nota: Para el cálculo de indicador se ha otorgado una puntuación a cada principio activo según su peso sobre el gasto total en moléculas con biosimilar disponible.

Además, cuando se analizan los resultados del SES por hospital (área de salud)¹⁰ se observan diferencias relevantes entre ellos en términos de utilización de medicamentos biosimilares (gráfico 14).

¹⁰ El Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE) se configura en ocho áreas de salud: Badajoz (BA), Mérida (ME), Don Benito-Villanueva de la Serena (DB), Llerena-Zafra (LL), Cáceres (CC), Coria (CO), Plasencia (PL) y Navalmoral de la Mata (NV), cada una de las cuales cuenta con un hospital de área y, en algunos casos, se incluyen otros hospitales complementarios con los que se constituyen los llamados complejos hospitalarios, que actúan funcional y estadísticamente como un solo centro sanitario.

GRÁFICO 14. PORCENTAJE DE DDD BIOSIMILARES ADQUIRIDAS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS EXTREMEÑOS. 2022 (%)



Fuente: AIReF a partir de los datos proporcionados por la Subdirección de Farmacia del SES.

(1) Notas: Incluye todos los principios activos excepto trastuzumab, rituximab y bevacizumab.

Cabe destacar el crecimiento generalizado en el uso de biosimilares en los últimos cuatro años en todas las áreas de salud, algunos de los cuales partían, además, de niveles muy bajos en 2018 (cuadro 7).

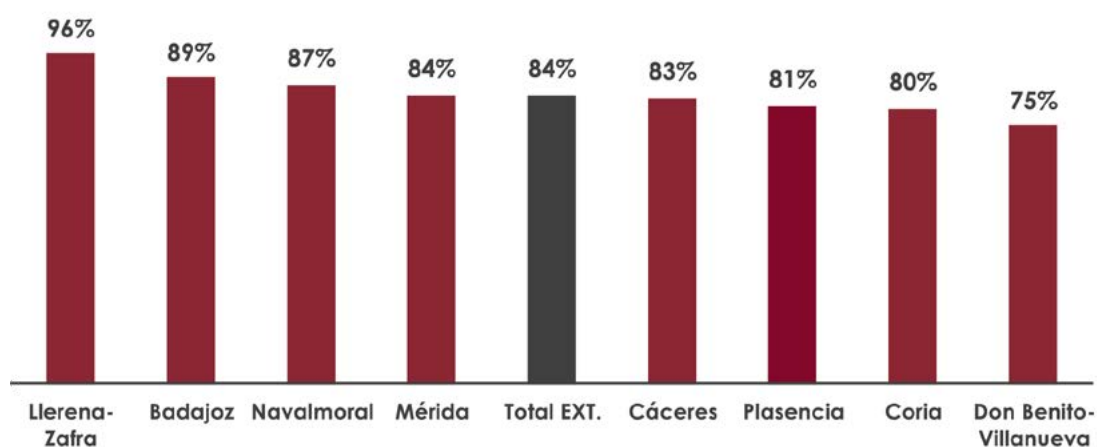
CUADRO 7. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE DDD BIOSIMILARES ADQUIRIDAS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS EXTREMEÑOS. 2018, 2019, 2020, 2021 Y 2022 (%)

Hospital (Área Salud)	2018	2019	2020	2021	2022	Variación 18-22 (pp)
Badajoz	20 %	62 %	65 %	69 %	70 %	+50 p.p.
Cáceres	15 %	54 %	60 %	64 %	65 %	+50 p.p.
Mérida	16 %	74 %	81 %	86 %	88 %	+72 p.p.
Don Benito-Villanueva	30 %	75 %	74 %	72 %	77 %	+47 p.p.
Plasencia	34 %	70 %	79 %	78 %	81 %	+47 p.p.
Llerena-Zafra	35 %	69 %	74 %	75 %	79 %	+44 p.p.
Navalmoral	46 %	81 %	82 %	82 %	81 %	+35 p.p.
Coria	37 %	70 %	80 %	79 %	85 %	+48 p.p.
TOTAL SES	24 %	67 %	71 %	73 %	76 %	+54pp

Fuente: AIReF a partir de los datos proporcionados por la Subdirección de Farmacia del SES.

En el caso de aquellas moléculas que se contabilizan en unidades¹¹ (rituximab, trastuzumab y bevacizumab), también se observan diferencias muy relevantes entre hospitales (gráfico 15). **En este caso, la penetración en estas moléculas alcanza, en 2022, el 84 %, y destacan los hospitales de Llerena-Zafra, Badajoz, Navalmoral de la Mata y Mérida, respectivamente.**

GRÁFICO 15. PORCENTAJE DE ENVASES BIOSIMILARES ADQUIRIDAS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS EXTREMEÑOS. 2022 (%)



Fuente: AIReF a partir de los datos proporcionados por la Subdirección de Farmacia del SES.

Nota: Incluye los principios activos de trastuzumab, rituximab y bevacizumab.

En estas moléculas, al igual que las que se contabilizan en DDD, se observa un importante incremento en todos los hospitales extremeños a lo largo de los últimos años, pasando de una penetración del 15 % en 2018 al 84 % en 2022 (cuadro 8). Aunque el incremento es muy elevado en todas las áreas de salud, este ha sido más contenido en Badajoz, Coria o Mérida.

¹¹ Los datos facilitados por la Subdirección de Farmacia del SES para estas moléculas se refieren a unidades.

CUADRO 8. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE ENVASES DE BIOSIMILARES ADQUIRIDOS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS EXTREMEÑOS. 2018, 2019, 2020, 2021 Y 2022 (%)

Hospital (área de salud)	2018	2019	2020	2021	2022	Variación 18-22 (p.p.)
BA	23 %	53 %	69 %	90 %	89 %	+66 p.p.
CC	6 %	26 %	42 %	62 %	83 %	+77 p.p.
ME	14 %	40 %	49 %	77 %	84 %	+71 p.p.
DB	29 %	33 %	24 %	69 %	75 %	+45 p.p.
PL	13 %	36 %	31 %	75 %	81 %	+68 p.p.
LL	11 %	28 %	54 %	91 %	96 %	+84 p.p.
NV	6 %	28 %	46 %	72 %	87 %	+82 p.p.
CO	7 %	53 %	38 %	58 %	80 %	+74 p.p.
TOTAL SES	15 %	37 %	47 %	75 %	84 %	+70pp

Fuente: AIR^eF a partir de los datos proporcionados por la Subdirección de Farmacia del SES.

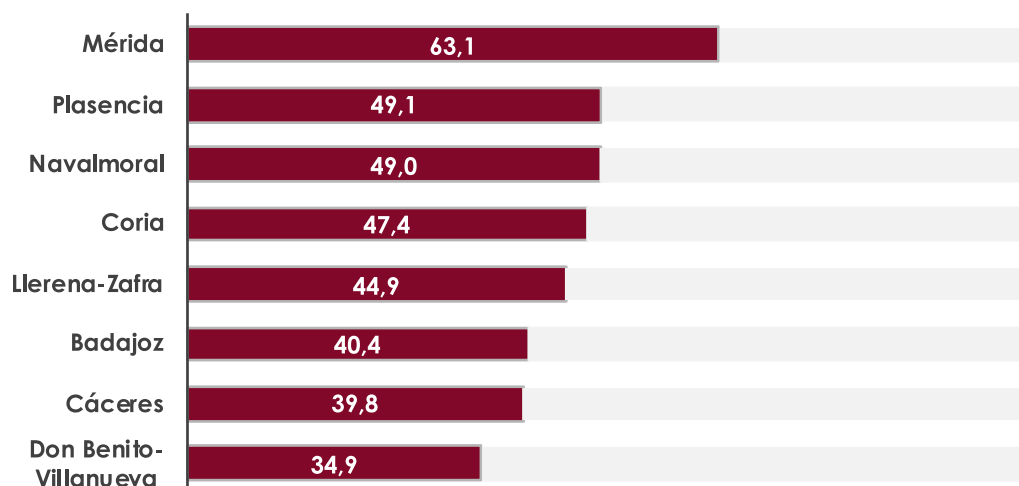
Notas: Incluye los principios activos de trastuzumab, rituximab y bevacizumab.

Como se ha comentado antes, estas diferencias entre áreas de salud son notables si se tiene en cuenta, el distinto impacto económico que suponen unas y otras moléculas.

Para medir correctamente hemos utilizado la misma metodología previamente descrita para la creación del indicador sintético según el coste del principio activo.

Cuando el uso de biosimilares se pondera por coste económico la mayor parte de los hospitales de las áreas de salud se encuentran en un nivel de penetración de biosimilares medio-bajo (entre 34 y 63 puntos). De los centros del SES es el Complejo Hospitalario de Mérida el que alcanza mayores niveles de penetración de biosimilares en principios activos de mayor impacto económico, como adalimumab. En el lado opuesto se sitúa el Hospital Don Benito – Villanueva de La Serena en el que el nivel de penetración de biosimilares en las moléculas de mayor impacto económico es muy bajo.

GRÁFICO 16. INDICADOR SINTÉTICO DE PENETRACIÓN DE BIOSIMILARES SEGÚN SU IMPACTO ECONÓMICO PARA LOS HOSPITALES DE EXTREMADURA. 2022.

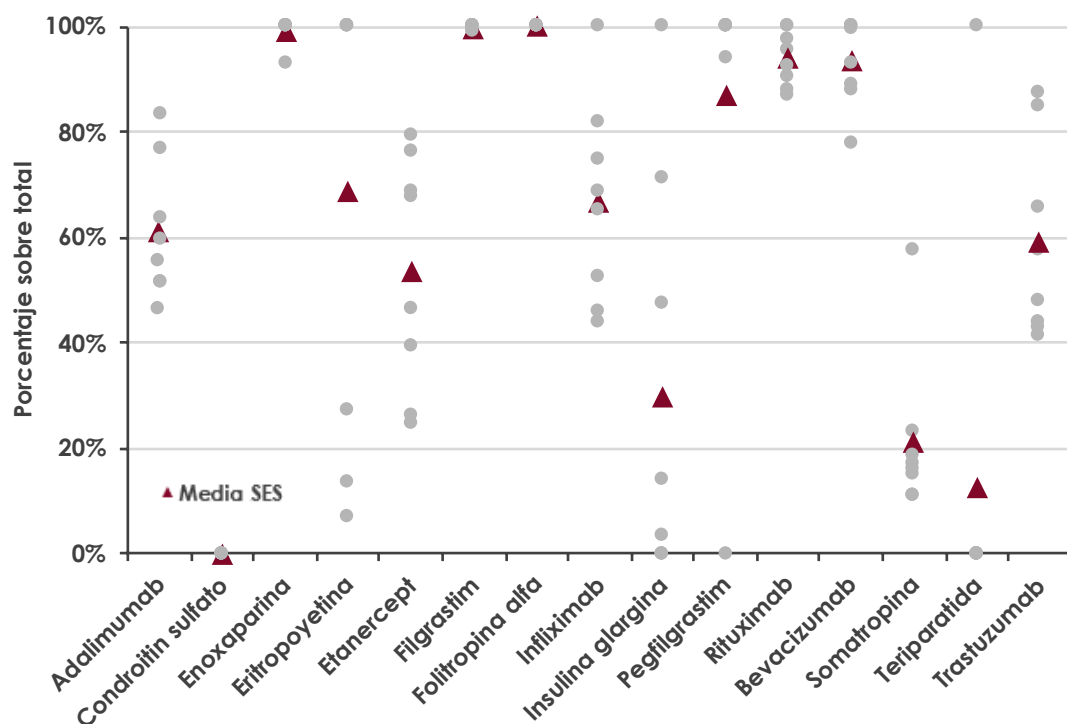


Fuente: AIReF a partir de los datos proporcionados por la Subdirección de Farmacia del SES.

Notas: Para el cálculo de indicador se ha otorgado una puntuación a cada principio activo según su peso sobre el gasto total en moléculas con biosimilar disponible.

Por otro lado, las diferencias en términos de penetración de biosimilares entre las áreas de salud también quedan reflejadas si se analizan de forma individualizada cada uno de los principios activos o moléculas que disponen de biosimilares comercializados (gráfico 17). De esta forma, en moléculas como enoxaparina, filgrastim o folitropina alfa todos o prácticamente todos los hospitales de Extremadura consumen el biosimilar, por lo que el recorrido de mejora es muy bajo. Por el contrario, en otras como somatropina, adalimumab, infliximab o eritropoyetina se observan diferencias más amplias entre los hospitales, y por tanto hay un mayor recorrido y posibilidades de mejora.

GRÁFICO 17. PENETRACIÓN DE BIOSIMILARES ADQUIRIDOS POR PRINCIPIO ACTIVO POR ÁREAS DE SALUD Y MEDIA SES. 2022 (%)



Fuente: AIReF a partir de los datos proporcionados por la Subdirección de Farmacia del SES.

Extremadura cuenta con directrices a nivel regional para la utilización de biosimilares. Más concretamente, la instrucción N03/2016, de 15 de noviembre¹², establece que:

- «En pacientes nuevos (*naïve*), el tratamiento debe iniciarse con el medicamento disponible más eficiente (biosimilar o biológico)».
- «Para los pacientes que ya están en tratamiento con un medicamento biológico o biosimilar, los facultativos especialistas responsables de los tratamientos revisarán de manera individualizada cada caso y, de forma coordinada con los farmacéuticos de los hospitales, las Direcciones Médicas de los mismos y, sobre todo, con el conocimiento del paciente, realizarán los cambios que consideren oportunos en base a lograr los mismos objetivos terapéuticos en eficacia, calidad y seguridad, al menor coste posible».

La promoción del uso de los medicamentos biosimilares se considera un objetivo estratégico dentro del Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE) que se fundamenta en el ahorro potencial que supone el *switch* de los pacientes en tratamiento

¹² Instrucción N03/2016, de 15 de noviembre de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES sobre prescripción de medicamentos biológicos y biosimilares.

con el biológico de referencia y en la elección del biosimilar en los pacientes nuevos.

Según las entrevistas del trabajo de campo, en general los profesionales apuntan a que, en la mayoría de los casos, y teniendo en cuenta las recomendaciones a nivel centralizado con los códigos semafóricos de los precios negociados, los tratamientos se suelen iniciar con biosimilar (p. ej., en centros como el Hospital de Don Benito-Villanueva, se indica que la proporción de tratamientos nuevos iniciados con biosimilar es de en torno al 80 %). Por su parte, el abordaje del *switch*, y siempre bajo criterios de eficacia, calidad, seguridad y eficiencia, se lleva a cabo de forma individualizada en cada caso, bajo fórmulas de consenso entre todas las partes implicadas. En relación a este punto, en las entrevistas del trabajo de campo algunos profesionales del ámbito hospitalario apuntan a que, teniendo en cuenta esta directriz, en la práctica en los cambios de tratamiento se produce una importante variabilidad entre centros y profesionales, debido a la ausencia de recomendaciones o directrices acerca de la selección, estratificación o priorización de pacientes o grupos de pacientes, de forma que permitan la identificación de subgrupos con diferentes niveles de adecuación que los hacen más o menos candidatos para los cambios de tratamiento.

Adicionalmente, en Extremadura, y de acuerdo con el último modelo de contrato de gestión al que se ha tenido acceso, firmado en 2022 con las áreas de salud, se incluye un objetivo de utilización de biosimilares, más concretamente, para incrementar más de 10 puntos porcentuales la penetración del uso de biosimilares en ámbito hospitalario y de atención primaria. No obstante, no se dispone de información específica acerca de su importancia, peso o puntuación específica dentro del contrato, ni cómo se trasladará hacia los servicios (y hacia qué servicios y qué equipos), y cómo se aplicará a los principales consumidores de moléculas de síntesis biológica.

No obstante, quizás la principal actuación o estrategia para el fomento de biosimilares es la firma reciente de un convenio para promover la eficiencia en el uso de medicamentos biológicos con programas de ganancias compartidas en los centros hospitalarios públicos extremeños. El convenio, firmado entre la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Extremadura, la Consejería de Hacienda y Administración Pública y la Asociación Española de Medicamentos Biosimilares (BioSim), es el primero de estas características firmado en el conjunto del SNS, por lo que Extremadura es la primera comunidad en poner en marcha un programa de ganancias compartidas en España¹³.

Los programas de ganancias compartidas, que han sido propuestos por la AIReF en evaluaciones anteriores, persiguen destinar parte de los ahorros conseguidos por la prescripción de biosimilares al servicio, unidad o equipo que hubiera promovido su uso entre sus pacientes, con el objetivo de destinarlos a la mejora del servicio o unidad dotándole de medios de todo tipo que puedan redundar en la mejora de la calidad

¹³ Resolución de 6 de marzo de 2023, de la Secretaría General, por la que se da publicidad al Convenio entre la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura y BioSim para promover la eficiencia en el uso de medicamentos biológicos a través de programas de ganancias compartidas en centros sanitarios del Servicio Extremeño de Salud.

asistencial. Estos programas han mostrado experiencias de éxito en otros países como Francia, Italia o Alemania.

En opinión de los profesionales entrevistados durante el trabajo de campo, uno de los elementos más relevantes para la implantación con éxito de programas de incentiviación como el de ganancias compartidas es el nivel de avance en la implantación de estructuras organizativas como las unidades de gestión clínica¹⁴.

Algunos estudios y experiencias revisadas señalan que este tipo de modelos organizativos facilitan la utilización eficiente de medicamentos, como los biosimilares, al primar los resultados en salud, la motivación, la calidad de los procesos asistenciales y la utilización eficiente de los recursos¹⁵. En opinión de los profesionales entrevistados, el grado de implantación de las unidades de gestión clínica en los hospitales extremeños es todavía incipiente, especialmente en comparación con otros centros de otros servicios de salud, como Andalucía o Asturias, los principales impulsores de esta estructura asistencial en los últimos años.

¹⁴ Las unidades de gestión clínica son unidades orgánicas sin personalidad jurídica propia, con autonomía para la organización y gestión de los recursos humanos y materiales que se les asignen y a las que corresponde prestar la asistencia sanitaria propia de su ámbito y nivel asistencial. Las unidades de gestión clínica, de acuerdo con el real decreto por el que se fijan las bases para su implantación en el ámbito de los servicios de salud, pueden constituirse por uno o varios equipos de atención primaria o uno o varios servicios o secciones de un hospital o complejo asistencial. También pueden formarse mediante la agrupación de varias unidades distintas, ya sean unidades de área con un vínculo asistencial directo, en un nivel asistencial o afectando a ambos, o servicios o secciones clínicos de la misma o distinta área sanitaria o del mismo o distinto hospital o complejo asistencial.

¹⁵ Félix Lobo, Isabel del Río, 2020. *Gestión clínica, incentivos y biosimilares*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2020.

CUADRO 9. ACCIONES Y ESTRATEGIAS DE FOMENTO DE BIOSIMILARES A NIVEL REGIONAL

CC. AA.	Política de fomento de biosimilares a nivel regional		Alcance							Otras	
	Sí	No	Directrices de adquisición de biosimilares y/o contratación centralizada	Indicadores en los contratos programa y/o ACG ¹	Otras acciones de seguimiento y monitorización	Documentos / directrices de posicionamiento y criterios de utilización	Acciones y decisiones de intercambio terapéutico	Formación y/o sesiones informativas o de difusión con profesionales y/o servicios	Medición y/o informes de resultados en salud		Programa de ganancias compartidas
EXT	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	No	Programa de ganancias compartidas
ARA	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	Sí	No	No
CAN	No	-	-	-	-	-	-	-	Sí	-	-
MAD	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí ²	No	No	Sí	Sí ³	No
AST	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No
CAT	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Tarifas farmacológicas ⁴
MUR	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí ⁵	Sí ⁶	Sí ⁶	No	No	Monitorización Farmacocinética
CNT	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	No
CYL	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No	Sí	No	No
CVA	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No
GAL	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí ⁶	No	No	Sí	No	No

Fuente: Datos obtenidos a partir del Cuestionario de farmacia para los servicios de salud de las comunidades autónomas.

- (1) Por ejemplo, volumen de pacientes tratados con biosimilar, indicadores de seguimiento presupuestario basado en el uso de biosimilares, indicadores de prescripción, etc.
- (2) En oncohematología.
- (3) Observatorio de resultados e indicadores de biosimilares.
- (4) Tarifas farmacológicas para el pago de tratamientos con peso importante de biosimilares y genéricos.
- (5) Para anticuerpos monoclonales (mAbs).
- (6) Para algunas moléculas y previo consentimiento informado de los pacientes.
- (7) Monitorización farmacocinética.
- (8) Seguimiento mensual en biológicos/biosimilares de alto impacto en determinadas áreas terapéuticas.
- (9) Se emiten propuestas.

En Extremadura, según los datos obtenidos en el Cuestionario de farmacia para el servicio de farmacia hospitalaria, todos los hospitales cuentan con políticas, protocolos o directrices propias para fomentar el uso de biosimilares y gestionar la intercambiabilidad entre estos y los biológicos originales. Es más habitual, así lo han indicado cinco de los ocho centros, que el alcance de este protocolo o directrices consista en fomentar no solo el inicio de tratamiento de los pacientes *naïve*, sino también en favorecer el *switch* de biológicos a biosimilares en pacientes ya tratados.

A pesar de todo ello, en los hospitales extremeños hay también margen de mejora al ser limitado el uso de mecanismos como ejercicios de benchmarking entre profesionales, sesiones con líderes clínicos para fomentar el uso de biosimilares o acciones formativas e informativas para pacientes o grupos de pacientes¹⁶.

En resumen, a pesar de la importante mejora y el esfuerzo realizado en los últimos años con diversas estrategias para promover la utilización de los biosimilares en el SES, todavía hay recorrido y margen de mejora para seguir avanzando en su utilización, teniendo en cuenta los niveles alcanzados por otros servicios regionales de salud y, dentro del SES, las diferencias entre los distintos centros hospitalarios y servicios asistenciales.

Esto es especialmente relevante en aquellas moléculas y principios activos de mayor impacto económico o aquellos en los que los biosimilares se han introducido en el mercado más recientemente, así como en aquellos hospitales que están menos avanzados y en servicios con mayor potencial de utilización de fármacos biosimilares.

Si bien es cierto que las actuaciones para su fomento están centradas tanto en los inicios de tratamientos como en el *switch*, muchas de las herramientas y fórmulas utilizadas por los hospitales están paradas o en desarrollo, y la medición de resultados para generar evidencia científica que impulse la utilización es todavía insuficiente.

Por último, la introducción de un programa de ganancias compartidas a través del reciente convenio firmado con BioSim es un importante avance en el fomento y en la incentivación de la utilización de biosimilares, aunque resulta prioritario definir y desarrollar los distintos puntos en los que se vertebra, así como avanzar en modelos de gestión clínica y mejorar los sistemas de información para poder capturar al máximo los beneficios potenciales de este tipo de fórmulas.

¹⁶ Véase SR 2: *gasto hospitalario* para un mayor detalle en las fórmulas y herramientas de incentivación de biosimilares utilizadas en hospitales del SNS.

2.5. Atención farmacéutica. Integración de farmacéuticos en servicios asistenciales de atención hospitalaria

Tal y como ya se recogía en el SR2: gasto hospitalario, son cada vez más los hospitales que han evolucionado desde un modelo tradicional, en el que los farmacéuticos hospitalarios desarrollan su actividad en el servicio de farmacia hospitalaria (SFH), hacia un nuevo esquema de trabajo con mayor presencia del farmacéutico especialista en los servicios clínicos, dentro del equipo asistencial. El objetivo es orientar la labor de los farmacéuticos hacia tareas de mayor valor añadido, mejorar la atención y prestación farmacéutica y promover el uso racional de medicamentos y la eficiencia del gasto farmacéutico.

Más concretamente, la aportación de valor del farmacéutico especialista en los equipos asistenciales se produce en múltiples aspectos y ámbitos, como, por ejemplo: (i) evaluación y selección de medicamentos en cuanto a necesidad e indicación clínica, teniendo en cuenta la evidencia científica; (ii) participación en la elaboración de protocolos y en la selección de la farmacoterapia del paciente; (iii) diseño e implantación de actuaciones dirigidas al uso racional de los medicamentos, la prevención de errores, la segura manipulación del fármaco, etc.; (iv) realización de estudios de farmacocinética, farmacogenética y farmacodinámica, así como de eficacia y seguridad del medicamento; (v) medición y evaluación de resultados en salud; (vi) formación e información al resto de profesionales del equipo asistencial y al paciente.

En Extremadura, tanto las entrevistas del trabajo de campo como los datos del Cuestionario de farmacia para el servicio de farmacia hospitalaria han puesto de manifiesto que la integración de farmacéuticos especialistas en equipos asistenciales es una práctica poco desarrollada en comparación con centros hospitalarios de los servicios de salud de otras comunidades autónomas. Según estos datos, solo dos hospitales públicos tienen farmacéuticos integrados en equipos multidisciplinares en servicios o unidades clínicas, lo que sitúa a Extremadura por debajo de la media del conjunto nacional, que se sitúa en torno al 71 % (cuadro 10).

CUADRO 10. INTEGRACIÓN DE FARMACÉUTICOS ESPECIALISTAS EN EQUIPOS ASISTENCIALES Y UGC EN LOS HOSPITALES EXTREMEÑOS

Hospital (área salud)	Integración farmacéuticos especialistas en equipos asistenciales y en UGC
Badajoz	Sí
Cáceres	Sí
Mérida	No
Don Benito-Villanueva	No
Plasencia	No
Llerena-Zafra	No
Navalmoral de la Mata	No
Coria	-
% de hospitales que integran farmacéuticos: Total SES	25,0
% de hospitales que integran farmacéuticos: Total nacional (hospitales públicos)	71,1

Fuente: AIReF a partir del *Cuestionario de farmacia para el servicio de farmacia hospitalaria*.

Nota: Los datos de Extremadura se han actualizado con información recopilada en el contexto de la presente evaluación. Para el resto de las comunidades autónomas, los datos se corresponden con las respuestas obtenidas al precitado cuestionario durante el SR2: gasto hospitalario, salvo en el caso de Aragón, actualizadas durante la evaluación de la comunidad.

Las áreas con mayor desarrollo de esta práctica en los hospitales extremeños son oncología y hematología. Los dos únicos centros en los que se integran farmacéuticos en equipos asistenciales son el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (dos farmacéuticos desarrollando una parte de su actividad en el hospital de día oncohematológico) y el Complejo Hospitalario de Cáceres (un farmacéutico desarrollando una parte de su actividad en los programas de optimización de uso de antibióticos (PROA), neumología, hematología y oncología, respectivamente).

A diferencia de hospitales de otros servicios regionales de salud, estos farmacéuticos no dedican una parte de su actividad a otras áreas, servicios y unidades clínicas, como la unidad de cuidados intensivos (UCI), urgencias o medicina interna (entre un 15 % y un 21 % de los hospitales públicos en el resto de España tienen farmacéuticos integrados en estas áreas)¹⁷, u otras menos desarrolladas, pero relevantes, como geriatría o pediatría. En estos hospitales, la dedicación media de farmacéuticos integrados por hospital y servicio es del 63 %, por encima de la media nacional (un 40 %). Según las respuestas obtenidas en el *Cuestionario de farmacia para el servicio de farmacia hospitalaria*, las principales actuaciones que llevan a cabo los farmacéuticos en los equipos en los que se integran comprenden la participación en la elaboración

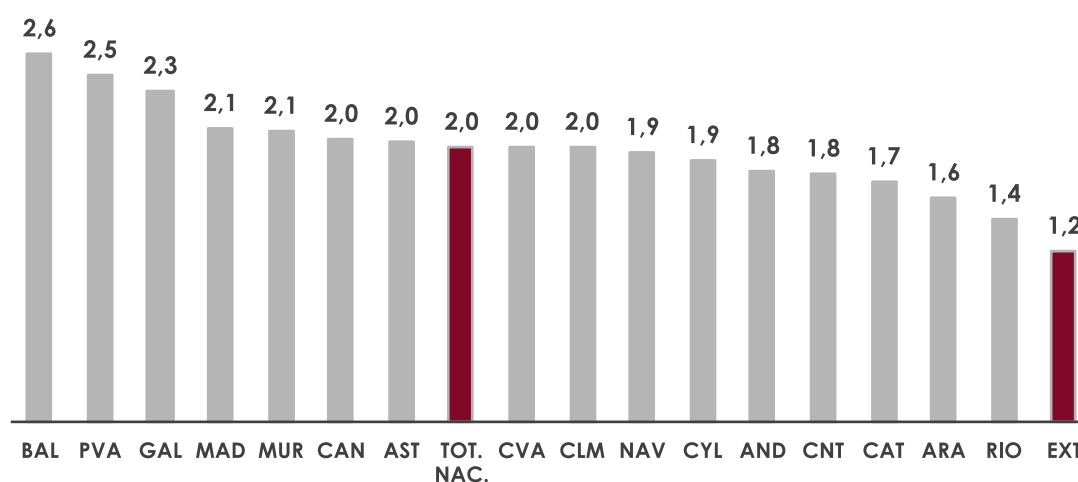
¹⁷ Datos obtenidos a partir del *Cuestionario de farmacia para el servicio de farmacia hospitalaria* en el contexto del SR2: gasto hospitalario.

de protocolos y guías, proyectos de investigación, la asistencia directa al paciente (validación de tratamientos, conciliación, interacciones, detección de problemas relacionados con los medicamentos, etc.) y la participación en sesiones clínicas, fundamentalmente.

Por otro lado, en las entrevistas del trabajo de campo en los centros hospitalarios han aflorado cuestiones que limitan el avance y el nivel de desarrollo de esta práctica en los hospitales extremeños. Según los profesionales entrevistados, cuestiones como el bajo nivel de desarrollo en la comunidad de la gestión clínica – un aspecto ya comentado en relación con los mecanismos de incentivación de los medicamentos biosimilares – o los recursos de personal limitados de los servicios de farmacia hospitalaria (farmacéuticos especialistas) limitan un mayor desarrollo de estos esquemas de trabajo.

Según los últimos datos disponibles en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), Extremadura es la comunidad con menor número de farmacéuticos especialistas, con 1,2 farmacéuticos por cada 100 camas, frente a los 2 farmacéuticos por cada 100 camas del conjunto nacional, y muy por debajo de otras comunidades autónomas como Illes Balears, País Vasco, Galicia, Madrid o Murcia, con más de dos farmacéuticos especialistas por cada 100 camas públicas (gráfico 18).

GRÁFICO 18. NÚMERO DE FARMACÉUTICOS POR CADA 100 CAMAS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA (2021)



Fuente: AIReF a partir de los datos de SIAE (2021 último dato disponible).

Nota: No se incluyen técnicos, auxiliares ni FIR.

En conclusión, aunque la integración de farmacéuticos en servicios y unidades clínicas es una práctica que realizan algunos hospitales en Extremadura, el nivel de desarrollo es todavía incipiente en comparación con otros hospitales del Sistema Nacional de Salud, y los datos arrojan que existe un importante margen de desarrollo.

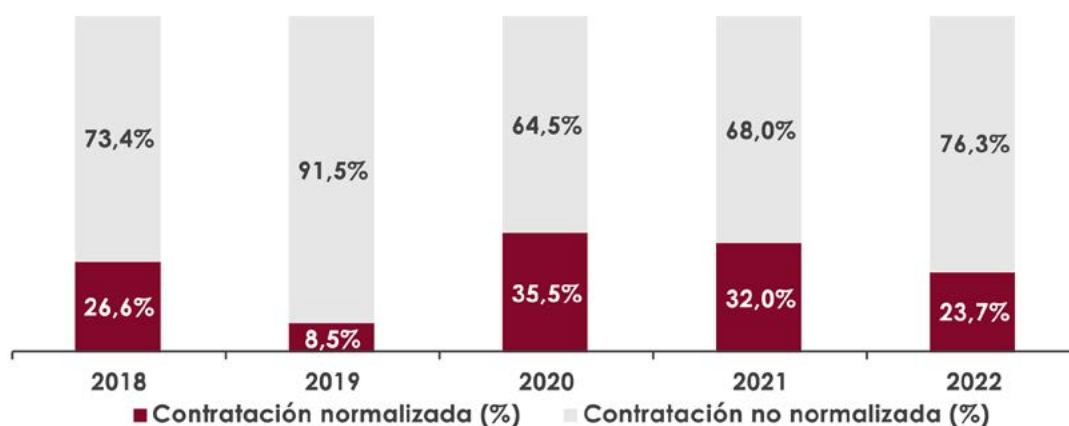
2.6. Contratación pública y compra de medicamentos

2.6.1. Contratación pública

En 2022, menos de un 25 % del importe total de las compras de medicamentos en los hospitales extremeños incluidos en el análisis (casi 100 millones de euros) se realizó mediante procedimientos de compra normalizada. Además, a lo largo de los últimos tres años, la contratación normalizada de medicamentos en Extremadura no presenta una evolución creciente como sucede en otras comunidades autónomas, sino que incluso en los últimos años se observa una reducción. Mientras que en 2020 alcanzó casi el 40 %, en la actualidad no llega al 25 %.

La mayor parte de la contratación normalizada de medicamentos en Extremadura se corresponde fundamentalmente, según los datos obtenidos, con procedimientos o expedientes tramitados por el SES de forma centralizada, así como a acuerdos marcos del INGESA. La contratación normalizada llevada a cabo directamente por las áreas es muy baja o prácticamente testimonial.

GRÁFICO 19. DESGLOSE DE LAS COMPRAS DE MEDICAMENTOS POR TIPO DE PROCEDIMIENTO EN EXTREMADURA. 2018, 2019, 2020, 2021 Y 2022 (%)



Fuente: AIReF a partir de los datos facilitados por las áreas de salud.

Nota: No se ha podido disponer de información referida a Cáceres del año 2022 ni de Navalmoral de la Mata para ningún año, ni del hospital de Mérida completa por lo que no se incluyen en el cálculo.

Por lo tanto, la contratación no normalizada, es decir, mediante contratos menores y compras directas, continúa siendo ampliamente mayoritaria por lo que una parte relevante de los medicamentos se está dejando de incorporar al proceso de compra con mejoras de eficiencia, transparencia, competencia de mercado y rendición de cuentas que ofrece la contratación normalizada.

Por hospital (área de salud), no se observa un patrón de mejora claro de la contratación normalizada de medicamentos en los últimos años. Salvo Llerena-Zafra, el porcentaje de contratación normalizada de medicamentos evoluciona a la baja. En el caso de Badajoz, que había incrementado el porcentaje de contratación normalizada en los años 2020 y 2021, en 2022 se reduce y se sitúan en los niveles de 2018.

CUADRO 11. EVOLUCIÓN DE LA CONTRATACIÓN NORMALIZADA DE MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES EXTREMEÑOS. 2018-2022 (%)

Área de salud	2018	2019	2020	2021	2022
Badajoz	27,7 %	11,4 %	36,8 %	35,9 %	23,4 %
Cáceres	18,4 %	5,7 %	33,9 %	31,6 %	n.d.
Plasencia	25,2 %	4,2 %	31,8 %	29,2 %	20,9 %
Coría	13,1 %	2,2 %	36,4 %	23,4 %	20,2 %
Don Benito-Villanueva	30,0 %	9,8 %	38,1 %	31,8 %	21,8 %
Llerena-Zafra	49,0 %	14,8 %	37,5 %	26,8 %	34,8 %
Total	26,5 %	8,5 %	35,5 %	31,9 %	23,7 %

Fuente: AIReF a partir de los datos facilitados por las áreas de salud.

Nota: No se ha podido disponer de información referida a Cáceres del año 2022, de Navalmoral de la Mata para ningún año, ni información completa del hospital de Mérida por lo que no se incluyen en el cálculo.

Estos datos ponen de manifiesto, por lo tanto, que la contratación normalizada de medicamentos tiene un amplio margen de mejora en Extremadura.

El SES, y tal y como se detalla en el siguiente apartado, ha apostado por un modelo o estrategia de fuerte centralización, de forma que la negociación del precio de los medicamentos se lleva a cabo de forma centralizada y en muy pocos casos se descentraliza la negociación en las áreas de salud (por ejemplo, los medicamentos que se importan para cubrir los problemas de suministros de fármacos).

No obstante, y tal y como ponen de manifiesto los datos anteriores, así como las entrevistas personales del trabajo de campo, esta estrategia de negociación centralizada no se ha traducido en contratación normalizada, por lo que la utilización de técnicas de racionalización de la contratación, como acuerdos marco o

mecanismos de contratación dinámica tienen un importante margen de desarrollo en la comunidad. Se observa un elevado recurso a la contratación menor/compra directa a los laboratorios farmacéuticos. En esta misma línea apuntan también los informes anuales de la comunidad autónoma de Extremadura para los ejercicios de 2017 y 2019 del Tribunal de Cuentas, que destacan el elevado peso de la contratación menor en las compras de suministros farmacéuticos.

Al profundizar sobre las causas o factores que influyen en el bajo nivel de contratación normalizada ha aflorado que los recursos dedicados a la contratación de medicamentos en las estructuras y órganos de contratación centralizados resultan insuficientes. Según la información recabada, la Subdirección de Farmacia del SES no cuenta con un equipo formalmente dedicado a la contratación administrativa, sino que se dispone únicamente de una persona encargada de las tareas técnicas necesarias para la contratación administrativa de medicamentos. Con relación a los recursos de personal dedicados a la contratación administrativa de medicamentos y productos farmacéuticos en las áreas de salud, en los servicios de farmacia de los hospitales extremeños hay 34 profesionales encargados de la contratación administrativa de medicamentos. Por término medio, por cada hospital con órgano de contratación, el número de efectivos es de 4,25 personas, cifra ligeramente inferior a la media nacional (casi 5).

Estrechamente relacionado con la estrategia de contratación, la planificación estratégica de las necesidades de contratación y compra de medicamentos también es un elemento relevante para ordenar y favorecer la contratación normalizada. Para ello es clave una adecuada coordinación entre las áreas asistenciales, los servicios de farmacia hospitalaria y las áreas administrativas encargadas de la contratación, tanto de las áreas de salud como del ámbito centralizado.

Algunos hospitales extremeños (Cáceres, Mérida, Navalmoral de la Mata, Plasencia y Coria) cuentan con planes de contratación o planes de compra de medicamentos, pero no todos disponen de este tipo de herramientas. Los hospitales tampoco disponen de mecanismos o sistemas de alerta automáticos que avisen de compras de medicamentos que no están sujetas al cumplimiento de la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP)¹⁸.

La contratación electrónica, en Extremadura, es también una realidad, puesto que todas las áreas de salud que son órganos de contratación disponen de una plataforma de contratación electrónica con la cual tramitar todos los expedientes de contratación.

No obstante, otras herramientas y mecanismos de agilización de la contratación, como los sistemas dinámicos de adquisición y los mecanismos de dinámica competitiva no se utilizan en los órganos de contratación, ni en los hospitales ni a nivel centralizado. Estos sistemas dinámicos, aunque todavía no son muy comunes en los

¹⁸ Según la información de contratación y compras facilitada por los hospitales del SES.

hospitales y órganos de contratación centralizada, presentan grandes oportunidades de ahorros teóricos, al permitir que el proceso esté permanentemente abierto al mercado y posibilitar una revisión constante de los precios de compra de los medicamentos.

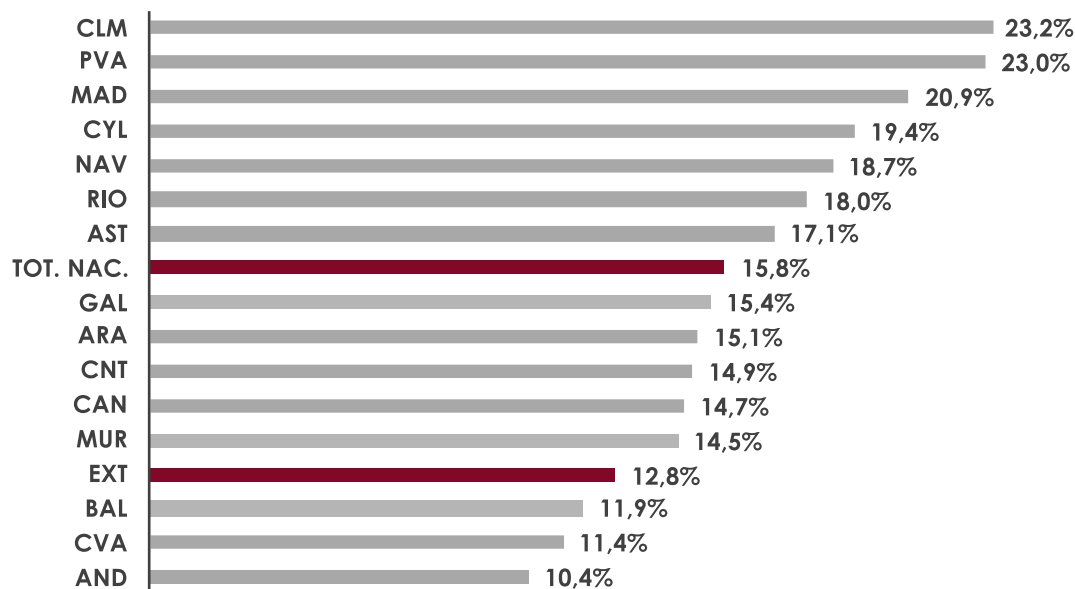
En resumen, la contratación normalizada de medicamentos en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Extremadura es todavía muy baja, por debajo del 25 % del volumen total de compras de medicamentos en 2022. Además, aunque los órganos de contratación, tanto a nivel hospitalario como a nivel regional, disponen de sistemas de contratación electrónica con los cuales tramitar los expedientes de contratación, todavía no se utilizan sistemas dinámicos de adquisición y mecanismos de dinámica competitiva. Además, también ha quedado reflejada la debilidad de los órganos de contratación administrativa y la falta de planificación de los hospitales, que no efectúan una programación adecuada de la contratación de medicamentos bajo la LCSP mediante planes de contratación o mecanismos de alerta automáticos.

2.6.2. Compra de medicamentos

En el ámbito hospitalario, uno de los aspectos más relevantes en términos de eficiencia del gasto farmacéutico es la política y la estrategia de compra y negociación de precios con los laboratorios farmacéuticos. A diferencia del canal de las oficinas de farmacia, la negociación y el precio final conseguido repercute en el propio hospital y/o servicio de salud y, en consecuencia, en su eficiencia.

Comparando los datos del gasto real en medicamentos con los del gasto teórico, se observan importantes diferencias entre comunidades autónomas. Estas diferencias obedecen a la variabilidad de los precios netos de compra de los medicamentos, debido a diferencias en la gestión y en sus estrategias de adquisición. (gráfico 20).

GRÁFICO 20. DIFERENCIAS ENTRE GASTO TEÓRICO Y GASTO REAL. PROMEDIO DE LOS AÑOS 2016 A 2022 (%)



Fuente: AIReF a partir de los datos del Ministerio de Sanidad y Sistema de Información de Consumo Hospitalario.

Notas: (i) En 2017 y 2018 solo incluía el consumo de los pacientes no ingresados en los hospitales, e incorpora en 2020 el 92 % de los códigos utilizados en los pacientes ingresados en los hospitales; (ii) en 2018 (a diferencia de 2017), sí se están contabilizando los envases de medicamentos que no tienen asignado PVL comercializado ni PVL notificado en el nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS; (iii) en el caso de la Comunitat Valenciana, los datos se corresponden con los consumos de medicamentos gestionados por los servicios de farmacia de los hospitales de gestión directa de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública y, en 2020, se incluyen los del Hospital General de Valencia y en 2019 también los del Hospital de La Ribera; (iv) los datos de Galicia incluyen, desde febrero de 2019, el consumo de las dispensaciones a pacientes externos del Servicio Galego de Saúde adscritos al Hospital Concertado Povisa.

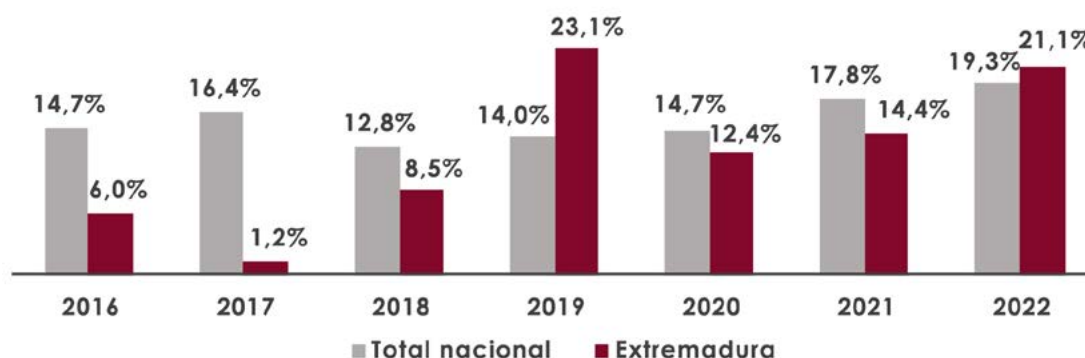
No se incluye Cataluña por las cuestiones metodológicas arriba comentadas.

Los datos del año 2022 de Galicia son del periodo enero-abril.

En Extremadura, las ganancias de eficiencia medias en las compras en los últimos años han sido inferior (del 12,8 %) a la media nacional del conjunto del SNS (del 15,8 %). Estas ganancias de eficiencia son el resultado de la comparación entre los datos del gasto en medicamentos publicados por el Ministerio de Sanidad en su portal (gasto real a PVL menos deducciones del RDL 8/2010 y menos descuentos derivados del procedimiento de compra) y los del Sistema de Información de Consumo Hospitalario (gasto teórico a PVL menos deducciones RDL 8/2010).

No obstante, en los últimos años, las ganancias de eficiencia en Extremadura se han incrementado, pasando del 6,0 % en 2016 al 21,1 % en 2022 mientras que la del conjunto de España no ha avanzado de forma tan significativa (gráfico 21).

GRÁFICO 21. EVOLUCIÓN DE LAS DIFERENCIAS ENTRE GASTO TEÓRICO Y GASTO REAL EN EXTREMADURA Y EL CONJUNTO NACIONAL (%)



Fuente: AIReF a partir de los datos del Ministerio de Sanidad y Sistema de Información de Consumo Hospitalario.

Nota: No se incluyen Cataluña (por las cuestiones metodológicas arriba comentadas). Los datos del año 2022 de Galicia son del período enero-abril.

Tal y como se avanzaba en el apartado anterior, desde los últimos cinco años la política o estrategia de negociación y compra de medicamentos del SES se caracteriza por una fuerte centralización si bien, el traslado de la información derivada de esta negociación a los sistemas de información de las áreas y centros presenta posibilidades de mejora. Esta información se comparte periódicamente tanto mediante correo electrónico como a través un fichero Excel que recoge todas las ofertas aceptadas y los precios, donde se identifica el mejor proveedor y otras alternativas, de forma que en caso de desabastecimiento estén identificadas las alternativas más eficientes. Esta información se comparte con todos los responsables de los servicios de farmacia hospitalaria de la red pública de Extremadura para que puedan consultarla y utilizarla en sus procedimientos de adquisición de medicamentos.

Este mecanismo opera como una herramienta centralizada y actualizada de precios y acuerdos comerciales, compartida con todas las áreas de salud, que no está integrada con los sistemas de información de farmacia de las áreas, y se trata de un proceso, por lo tanto, manual y poco sistematizado. La finalización del proyecto de unificación del catálogo de medicamentos de los hospitales del SES (actualmente en su fase final) ayudará a mejorar estas limitaciones en los procesos de gestión de compra en los hospitales.

Otro aspecto relevante es la falta de integración de este tipo de herramientas con los sistemas de información de farmacia, puesto que limita el recorrido y la efectividad de los registros, y dificulta la realización de análisis homogéneos en cuanto a proveedores, precios, cantidades y consumos de medicamentos en los hospitales

extremeños. Así lo apunta, además, el propio Tribunal de Cuentas, en su Informe Anual de la Comunidad Autónoma de Extremadura para el ejercicio 2019 (último disponible), que señala que las debilidades en los sistemas de información o las deficiencias existentes en la unidad de catálogo dificultan la realización de análisis homogéneos en estos términos.

Es necesario tener en cuenta, además, tal y como se avanzaba en el SR2: gasto hospitalario, la dificultad que puede suponer registrar los descuentos ofrecidos por los laboratorios farmacéuticos de forma homogénea y que permita conocer los precios reales de compra de forma fiable. Según las respuestas obtenidas en el *Cuestionario de farmacia para el servicio de farmacia hospitalaria* de los hospitales extremeños, las fórmulas más habituales de descuento son los abonos en cuenta como contrapartida de la compra de determinados volúmenes de medicamentos y la entrega de material a coste cero, ya que todos los hospitales reciben este tipo de descuento de los laboratorios farmacéuticos. Le siguen, en orden de importancia, los descuentos cruzados y los descuentos directos sobre el precio de factura (en un 37,5 % de los hospitales en ambos casos). Por su parte, según las respuestas obtenidas en este cuestionario, la práctica totalidad de los responsables de los SFH afirma que en el sistema de registro actual es posible conocer, de forma exacta, el precio de compra real y efectivo de los medicamentos.

En conclusión, en los últimos años Extremadura ha puesto en marcha y ha afianzado una estrategia o política de negociación y compra de medicamentos fuertemente centralizada, y que ha permitido avanzar en una mayor uniformidad de precios de los medicamentos entre las áreas de salud y que ha resultado en una importante mejora de las eficiencias del procedimiento de compra. Aunque se dispone de un registro centralizado de los resultados derivados del proceso de negociación del SES con los diferentes proveedores y laboratorios farmacéuticos, que se comparte con los responsables del SFH de las áreas, este no está integrado en los sistemas de información de farmacia, lo que provoca que sea un proceso manual y poco sistemático y operativo. Cuestiones relacionadas con las debilidades y limitaciones de los sistemas de información dificultan tanto su operativización como la posibilidad de hacer, de forma ágil, análisis homogéneos en términos de proveedores, precios, cantidades y consumos de medicamentos en los hospitales extremeños.

2.7. Logística del medicamento

A lo largo de esta sección se analizan aspectos relacionados con las funciones de los servicios de farmacia hospitalaria en el marco de la logística y la dispensación de medicamentos, así como la gestión de los problemas de suministro y aspectos relacionados con la dispensación y atención a los pacientes externos. Estas funciones se regulan en la ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura.

2.7.1. Modelo de dispensación logística en pacientes ingresados y externos

Pacientes ingresados

En la mayoría de los hospitales, los modelos habituales para la dispensación de medicamentos a pacientes ingresados, según la unidad de enfermería, son la dispensación por stock y la dispensación por dosis unitaria. No obstante, estos modelos pueden conllevar ineficiencias, como errores en el control de inventario y caducidades en los diferentes almacenes del hospital, falta de medicamentos en situaciones de urgencia o cambios de prescripción y devoluciones al SFH de medicamentos no administrados. Para intentar superar estas limitaciones, en algunos hospitales los SFH disponen de sistemas automáticos (o semiautomatizados) de almacenamiento y dispensación (carruseles), y las unidades o controles de enfermería hospitalarias –y, en algunos casos específicos, también los SFH– disponen de sistemas automatizados (o semiautomatizados) de dispensación (SAD)¹⁹.

Así pues, y tal y como se puso de manifiesto en evaluaciones anteriores del gasto farmacéutico, la implantación de sistemas automáticos de dispensación, bien sean descentralizados (ubicados en unidades clínicas o de hospitalización) o centralizados (ubicados en el SFH, tanto horizontales como verticales)²⁰ tiene importantes ventajas para los hospitales, al permitir un mejor control y ajuste del inventario, reducir los errores en los circuitos de medicación y mejoran la trazabilidad y seguridad desde el almacenamiento hasta la dispensación. También permiten liberar recursos y tiempo de los profesionales del SFH (farmacéuticos, técnicos de farmacia, enfermeras) y de los servicios asistenciales para dedicar a otras funciones de mayor valor añadido, centradas en la prestación y la atención farmacéutica y los cuidados al paciente.

Según los últimos datos disponibles a nivel nacional tres de cada diez servicios de farmacia disponen de sistemas automatizados horizontales, y nueve de cada diez disponen de sistemas automatizados verticales²¹. En los hospitales de mayor tamaño (de más de 1.000 camas), la media es de 1 y 3,6, según si se tratan de sistemas horizontales o verticales, respectivamente. No obstante, la implantación de estas tecnologías de automatización de la dispensación es desigual entre las distintas comunidades autónomas, e incluso entre los hospitales de una misma comunidad²².

¹⁹ Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) (2021). *Sistemas automáticos de almacenamiento y dispensación de medicamentos en los servicios de farmacia hospitalaria. Seguridad, efectividad y eficiencia.*

²⁰ Los sistemas de almacenamiento automáticos (carruseles) verticales se utilizan preferentemente para la preparación de la medicación que se dispensa a través del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU). Por su parte, los carruseles horizontales se utilizan mayoritariamente para el almacenamiento y/o preparación de stock.

²¹ SEFH (2019). *El libro blanco de la farmacia hospitalaria. Situación de los servicios de farmacia hospitalaria en España: Infraestructura, recursos y actividad.* SEFH (2015). *Informe 2015 sobre la situación de los servicios de farmacia hospitalaria en España: infraestructuras, recursos y actividad.*

²² Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) (2021). *Sistemas automáticos de almacenamiento y dispensación de medicamentos en los servicios de farmacia hospitalaria. Seguridad, efectividad y eficiencia.*

En Extremadura, tanto las entrevistas personales realizadas en los centros hospitalarios como los datos del Cuestionario de farmacia para el servicio de farmacia hospitalaria ponen de manifiesto que, en general, el grado de automatización de la farmacia hospitalaria es muy bajo. Según las respuestas obtenidas, solo dos centros, el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz y el Complejo Hospitalario de Mérida, consideran que el nivel de automatización de la dispensación de medicamentos a pacientes ingresados es medio o alto, respectivamente. En los seis centros restantes, el nivel de automatización es bajo o muy bajo, o prácticamente nulo, y en algunos centros la dispensación es incluso manual o llevada a cabo con medios obsoletos.

Más concretamente, y por lo que respecta a los dos principales centros de la región, la situación es la siguiente. En el Complejo Hospitalario de Cáceres se dispone de sistemas automatizados de dispensación de medicamentos (SADME) en urgencias, UCI, quirófanos y traumatología del Hospitalario Universitario de Cáceres. Esto supone, según los datos facilitados por el centro, menos de un 10 % de las camas totales cubiertas por sistemas automatizados de dispensación. En el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz y, concretamente, en el Hospital Universitario de Badajoz se dispone de SAD en dos servicios (urgencias –tres estaciones– y UCI –dos estaciones–), actualizadas desde mayo de 2022. En hospitalización, así como en el resto de las unidades/servicios ni en el Hospital Perpetuo Socorro ni en el Hospital Materno Infantil se dispone de más SAD.

En otros centros de menor tamaño, como el Hospital de Don Benito, las debilidades son todavía mayores. Según las entrevistas del trabajo de campo, el almacén del SFH del centro tiene una gestión manual, sin carruseles. La dispensación en planta y en las unidades se lleva a cabo por reposición de botiquines, según las peticiones, lo que dificulta el control y la trazabilidad del proceso. En algún servicio se dispone de carrusel vertical, inutilizado por no tener implantada todavía en el centro la prescripción electrónica asistida con unidosis.

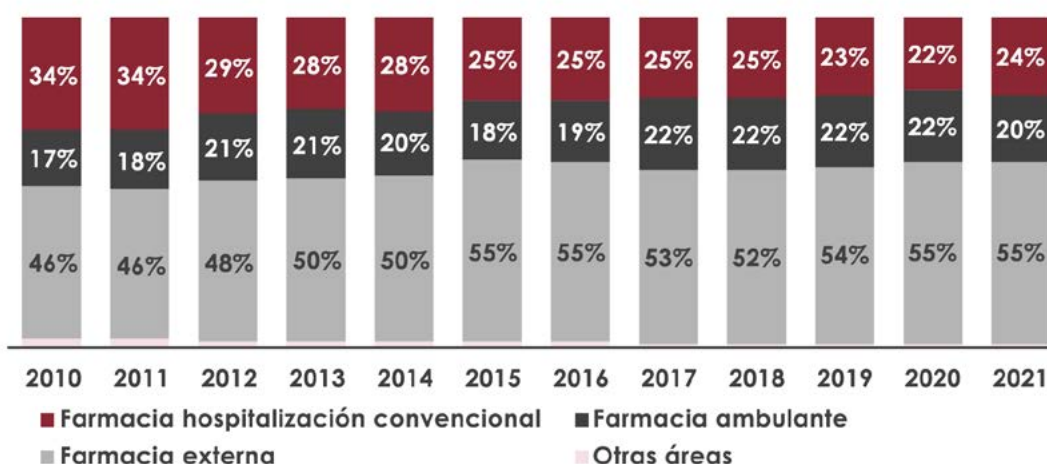
Además, en la actualidad, la prescripción electrónica asistida (PEA) solo está implementada en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, con las implicaciones que conlleva en términos de falta de trazabilidad, comparaciones de perfiles farmacoterapéuticos, conciliación, eficiencia, seguridad y posibilidades de automatización de la dispensación. La evidencia sugiere que puede proporcionar buenos resultados tanto en términos de seguridad como de eficiencia (ahorro de costes), especialmente en los hospitales grandes de más de 500 camas²³.

²³ Véase la evidencia identificada en el Hospital Gregorio Marañón o el Universitario 12 de octubre (ambos de Madrid) Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) (2017). *Cuantificación del impacto económico, organizativo y de la seguridad de la dispensación robotizada de fármacos en hospitales en España.*

Pacientes externos

Los últimos datos disponibles a nivel nacional constatan que, a pesar del fuerte crecimiento que ha experimentado la farmacia externa en los últimos años, solo uno de cada diez servicios de farmacia hospitalaria dispone de sistemas automatizados para la dispensación a pacientes externos²⁴. El 55 % del gasto farmacéutico en los hospitales extremeños corresponde a la farmacia externa (2021); en algunos centros las dispensaciones de medicamentos en esta área suponen el 50 % del total de dispensaciones realizadas por los SFH. En cambio, si consideramos únicamente los hospitales de mayor tamaño (de más de 1.000 camas), en los que los estudios recomiendan su implantación, siete de cada diez hospitales disponen de estos sistemas.

GRÁFICO 22. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN FARMACIA EXTERNA Y OTRAS ÁREAS SOBRE EL GASTO TOTAL EN FARMACIA DE LOS HOSPITALES EXTREMEÑOS. 2010-2021 (%)



Fuente: AIReF a partir del *Cuestionario de farmacia para el SES*.

Nota: Otras áreas: pacientes críticos, urgencias y otras áreas del hospital.

En los hospitales extremeños públicos, tanto las entrevistas personales como los resultados obtenidos en el *Cuestionario de farmacia para el servicio de farmacia hospitalaria* ponen de manifiesto que el grado de automatización de la farmacia externa es muy bajo o prácticamente inexistente. Más concretamente, según las respuestas obtenidas al cuestionario, el nivel de automatización de la farmacia externa es muy bajo (menos del 25 %).

²⁴ SEFH (2019). *El libro blanco de la farmacia hospitalaria. Situación de los servicios de farmacia hospitalaria en España: Infraestructura, recursos y actividad*.

En concreto, **en Extremadura, y a diferencia de otros hospitales de otros servicios regionales de salud, ningún hospital cuenta con sistemas robotizados de dispensación a pacientes externos.** La implantación de sistemas automatizados y robotizados de dispensación en el ámbito de la farmacia externa requiere de importantes inversiones económicas, por lo que para la implantación de estos sistemas deben tenerse en cuenta aspectos como el tamaño del hospital, el volumen de pacientes atendidos o los errores de seguridad o dispensación en los que se incurre²⁵.

En cuanto al modelo de atención farmacéutica al paciente externo, en Extremadura, en las entrevistas del trabajo de campo y en otras entrevistas con centros directivos y otros grupos de interés se ha puesto de manifiesto que desde los hospitales no se han llevado a cabo iniciativas de acercamiento de la medicación a pacientes externos.

A diferencia de otros servicios regionales de salud que han dado pasos en este sentido, desde el SES tampoco se ha llevado a cabo ningún posicionamiento o iniciativa en este ámbito.

2.7.2. Problemas de suministro de medicamentos

En las evaluaciones de gasto farmacéutico anteriores se puso de manifiesto que los problemas de suministro de medicamentos en el ámbito hospitalario constituyen un problema generalizado en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Los problemas de suministro ocasionan importantes implicaciones para los centros, tanto en términos de recursos humanos y tiempo de los profesionales (en ocasiones, hay farmacéuticos dedicados de manera casi exclusiva a la resolución de estas situaciones), económicos (cuando los hospitales deben recurrir a las importaciones de medicamentos extranjeros, a un precio superior al de financiación en España), como clínicos, ya que pueden suponer problemas de efectividad y adherencia a los tratamientos.

En relación con la magnitud del problema, para los hospitales extremeños para los que se obtuvieron datos del *Cuestionario de farmacia para el servicio de farmacia hospitalaria* (cuatro de los ocho hospitales)²⁶, 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, que se situaba en 2018 en 53,2 medicamentos por hospital. Cabe destacar el Hospital de Llerena-Zafra, con 350 medicamentos con problemas de suministro durante el año 2021.

²⁵ Véase Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) (2017). *Cuantificación del impacto económico, organizativo y de la seguridad de la dispensación robotizada de fármacos en hospitales en España*.

²⁶ Los datos hacen referencia al Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Hospital Virgen del Puerto, Hospital de Llerena- Zafra y Hospital Ciudad de Coria.

Para la gestión de estas eventualidades, y según las respuestas obtenidas en el Cuestionario de farmacia para el servicio de farmacia hospitalaria, en la mayoría de los hospitales de Extremadura no existen protocolos preestablecidos para solucionar los problemas de suministro, sino que estos se gestionan de manera informal y caso a caso, como ocurre de forma generalizada en el resto de los hospitales españoles (un 75 %). No obstante, dos hospitales sí indican que disponen de un protocolo de actuación ante situaciones de desabastecimiento; el Complejo Hospitalario de Mérida y el Hospital Ciudad de Coria. Ambos protocolos fueron definidos por la comunidad autónoma, según sus respuestas.

El registro de estas eventualidades tampoco es una práctica habitual en los hospitales extremeños, puesto que solo en uno de los centros que han respondido al cuestionario (el Hospital Campo Arañuelo) se lleva a cabo un registro de los medicamentos que han tenido algún problema de suministro en el centro. Esta información, sin embargo, se reporta o comparte únicamente con los servicios asistenciales cuyos pacientes puedan verse afectados.

Por último, en ninguno de los centros hospitalarios de Extremadura se cuantifica el impacto económico o asistencial que suponen los desabastecimientos o problemas de suministro de fármacos para el centro. No obstante, en las entrevistas del trabajo de campo los profesionales entrevistados han constatado que estas eventualidades tienen un impacto relevante, tanto en términos económicos como asistenciales.

En definitiva, y salvo situaciones particulares, en los hospitales de Extremadura se observa una gestión reactiva de estas incidencias y una ausencia de actuaciones que permitan una identificación precoz y gestión proactiva de los problemas de suministro para minimizar el impacto asistencial y económico. Además, tampoco se dispone de un plan o sistema de gestión centralizado y colaborativo, que involucre a todos los agentes que puedan verse afectados y que permita no solo la gestión y resolución, sino también evaluar el impacto para los pacientes y para los hospitales.

3.

EVALUACIÓN DEL GASTO EN MEDICAMENTOS DISPENSADOS CON RECETA EN OFICINAS DE FARMACIA

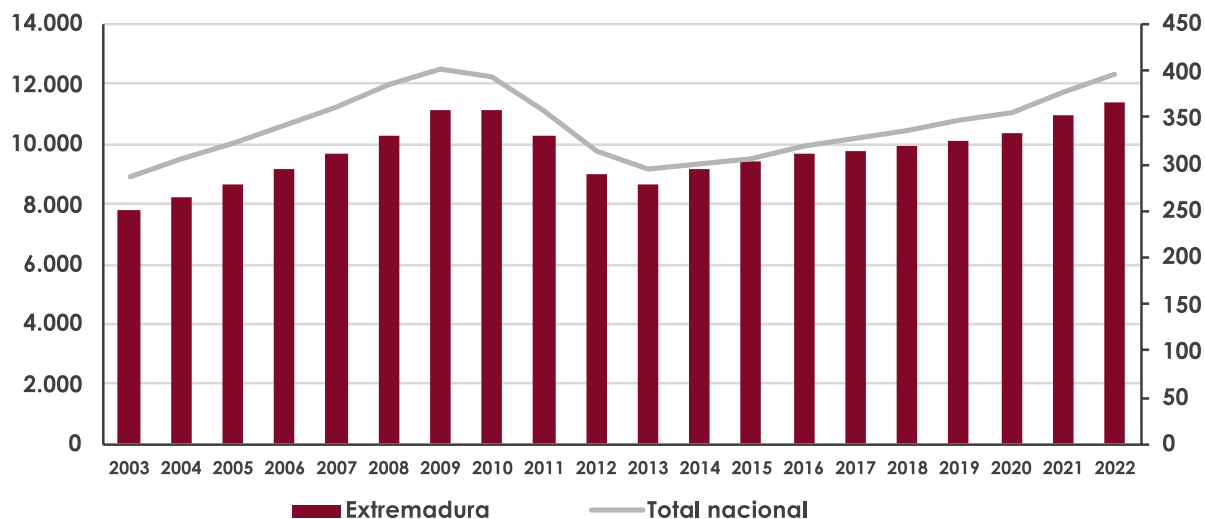
3.1. Introducción

3.1.1. Análisis descriptivo del gasto farmacéutico con recetas en oficinas de farmacia

En términos absolutos, entre 2003 y 2022 el gasto en medicamentos dispensados con receta médica en oficinas de farmacia en Extremadura ha experimentado una evolución más contenida que el gasto farmacéutico hospitalario²⁷ (un crecimiento del 2 % anual frente a un 7,9 % anual del gasto farmacéutico hospitalario). A diferencia del gasto hospitalario, el crecimiento del gasto en medicamentos dispensados con receta médica en oficinas de farmacia no ha sido continuado, sino que ha seguido una tendencia procíclica.

²⁷ Los actos de prescripción y dispensación de medicamentos con receta médica son competencia del Ministerio de Sanidad y están regulados a nivel nacional, por lo que las comunidades autónomas no tienen competencias en esta materia. No obstante, sí pueden desarrollar e implementar políticas y estrategias farmacéuticas que influyan en estos ámbitos, como las políticas de promoción del uso racional del medicamento,

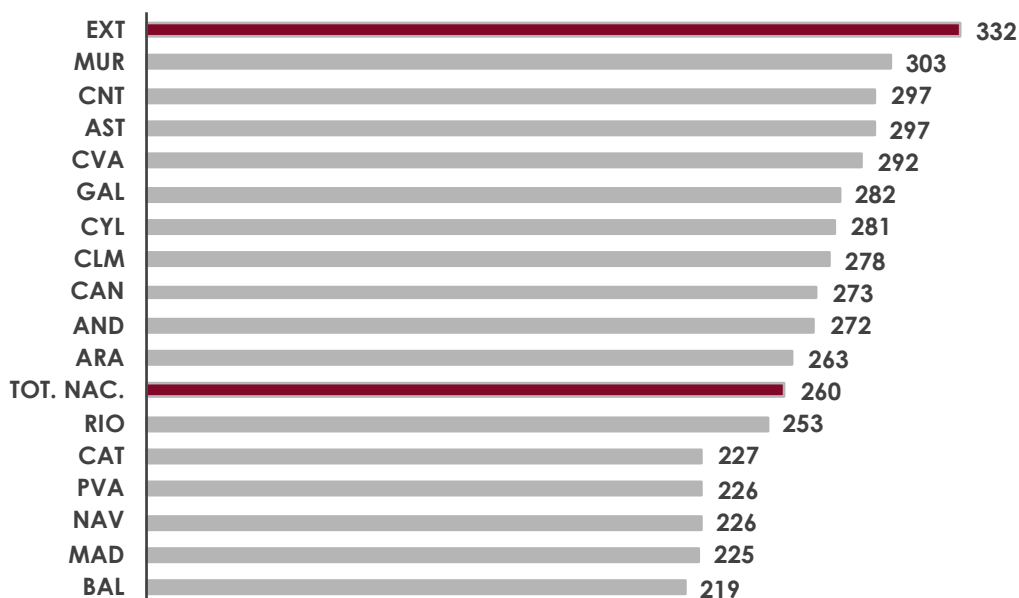
GRÁFICO 23. GASTO PÚBLICO FARMACÉUTICO CON RECETAS EN OFICINAS DE FARMACIA, EN EXTREMADURA Y TOTAL NACIONAL. 2003-2022 (MILLONES DE EUROS)



Fuente: AIReF a partir de datos del Ministerio de Sanidad.

En términos per cápita (con población ajustada), el SES cerró el ejercicio de 2022 con un gasto en medicamentos dispensados con receta en oficinas de farmacia de 332 euros por habitante, y se situó como la comunidad autónoma de mayor gasto per cápita (gráfico 24).

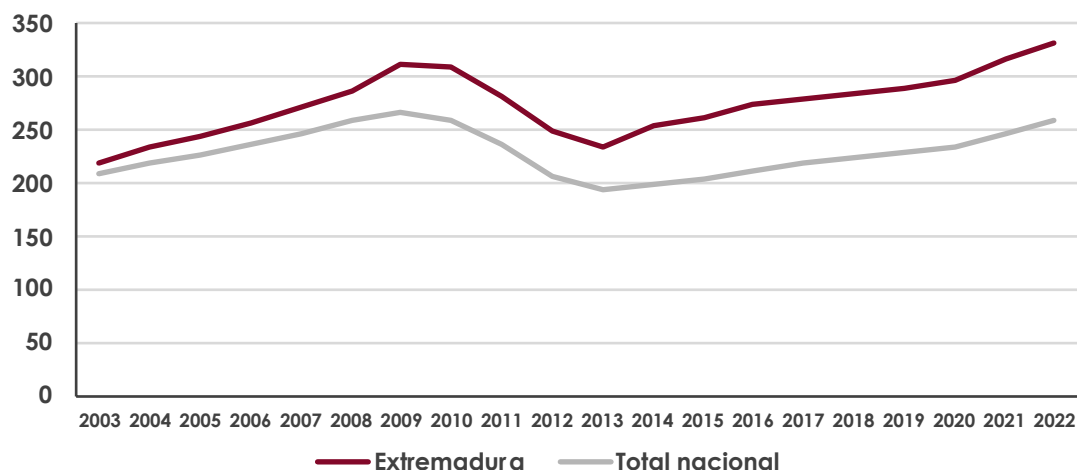
GRÁFICO 24. GASTO PÚBLICO FARMACÉUTICO CON RECETAS EN OFICINAS DE FARMACIA PER CÁPITA, EN EXTREMADURA Y EL RESTO DE LAS COMUNIDADES. 2022 (EUROS POR HABITANTE AJUSTADO)



Fuente: AIReF a partir de datos del Ministerio de Sanidad y de la AIReF (población ajustada).

Analizando su evolución comparada (gráfico 25), el gasto per cápita en Extremadura en los últimos 19 años creció a un ritmo del 2,1 % anual, casi el doble de la tasa de crecimiento para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS) –un 1,1 % anual–.

GRÁFICO 25. GASTO FARMACÉUTICO PÚBLICO PER CÁPITA CON RECETAS EN OFICINAS DE FARMACIA, EN EXTREMADURA FRENTE A LA MEDIA NACIONAL. 2003-2022 (EUROS POR HABITANTE AJUSTADO)



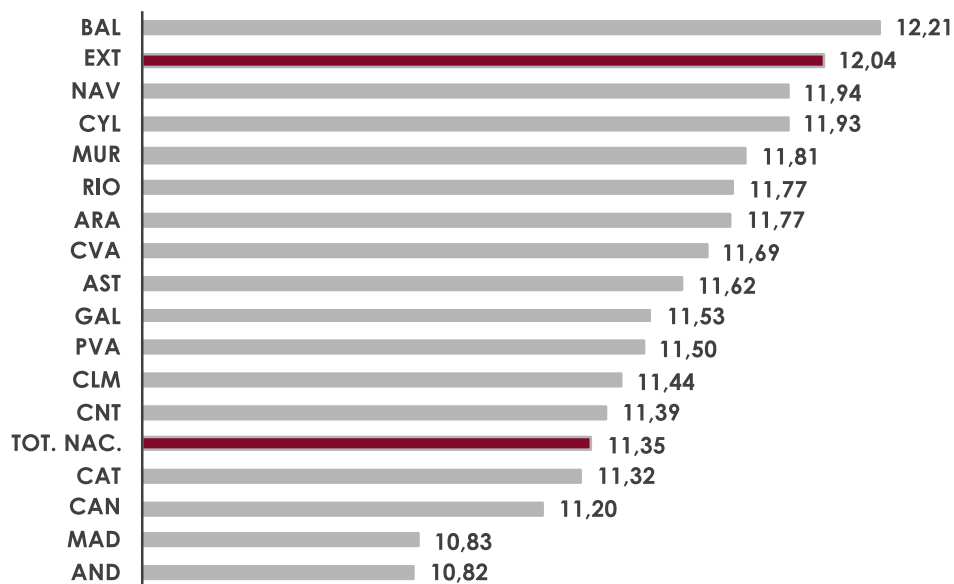
Fuente: AIReF a partir de datos del Ministerio de Sanidad y de la AIReF (población ajustada).

Esta evolución comparada pone de manifiesto que, en el transcurso de los últimos 19 años, la brecha del gasto en medicamentos prescritos con receta del SES con respecto a la media nacional se ha incrementado de forma sustancial.

Uno de los aspectos de interés cuando se analiza el gasto farmacéutico con recetas en oficinas de farmacia es el grado de sincronización o desincronización existente entre precios y cantidades. Es decir, si un determinado volumen de gasto farmacéutico obedece a un elevado precio de los fármacos prescritos, a un elevado volumen o consumo de medicamentos, o a ambos factores.

En Extremadura, el gasto medio por envase fue de 12,04 euros en 2022, 0,70 euros superior a la media del conjunto nacional (gráfico 26), fue la segunda comunidad autónoma con mayor gasto por receta, tan solo detrás de Illes Balears (12,21 euros).

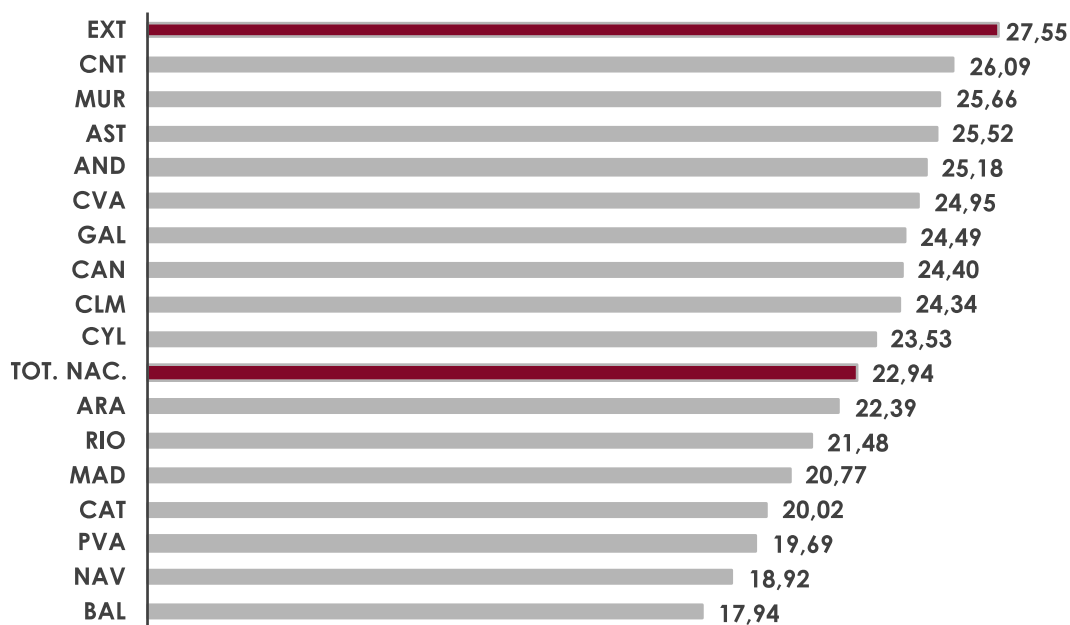
GRÁFICO 26. GASTO POR ENVASE EN MEDICAMENTOS DISPENSADOS CON RECETA. 2022 (EUROS POR ENVASE)



Fuente: AIReF a partir de datos del Ministerio de Sanidad.

Cuando se analiza el consumo per cápita (gráfico 27), se observa que Extremadura también es la comunidad con mayor consumo de medicamentos por habitante ajustado, con 27,55 envases por habitante ajustado, 4 más que la media del conjunto nacional.

GRÁFICO 27. CONSUMO PER CÁPITA DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS CON RECETA. 2022 (ENVASES PER CÁPITA)



Fuente: AIReF a partir de datos del Ministerio de Sanidad.

En definitiva, los análisis anteriores evidencian que Extremadura es la región de España con un mayor gasto farmacéutico per cápita y que se produce tanto por un elevado coste medio de los medicamentos prescritos como por el elevado volumen o cantidad de medicamentos prescritos a los pacientes.

3.1.2. Análisis descriptivo de los principales condicionantes del gasto farmacéutico con recetas en oficinas de farmacia

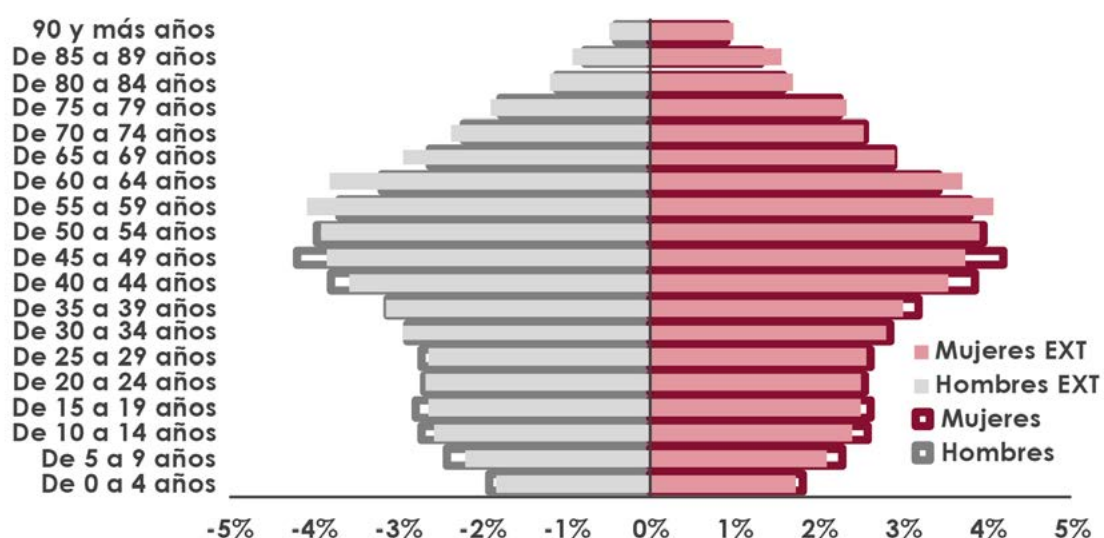
A continuación, mediante análisis descriptivos, se muestran algunos de los posibles determinantes que podrían explicar que el gasto farmacéutico per cápita de Extremadura se sitúe entre las primeras posiciones. En particular, se analiza la estructura poblacional y demográfica, características socioeconómicas o cuestiones relacionadas con el estado de salud y el estilo de vida de la población.

Población y demografía

Tal y como se puso de manifiesto en el SR 1: *gasto de receta*, las variables poblacionales y, muy especialmente, la población de más de 65 años, constituyen el principal determinante del gasto farmacéutico de los medicamentos dispensados con receta.

Según las últimas cifras oficiales de población, Extremadura posee una pirámide poblacional regresiva, con una cúspide cada vez más ensanchada como consecuencia del progresivo envejecimiento de la población. En comparación con el conjunto de España, en Extremadura se observa un mayor peso relativo de los grupos etarios superiores (personas de más de 55 años), lo que refleja que la población extremeña se encuentra ligeramente más envejecida que la media nacional (gráfico 28).

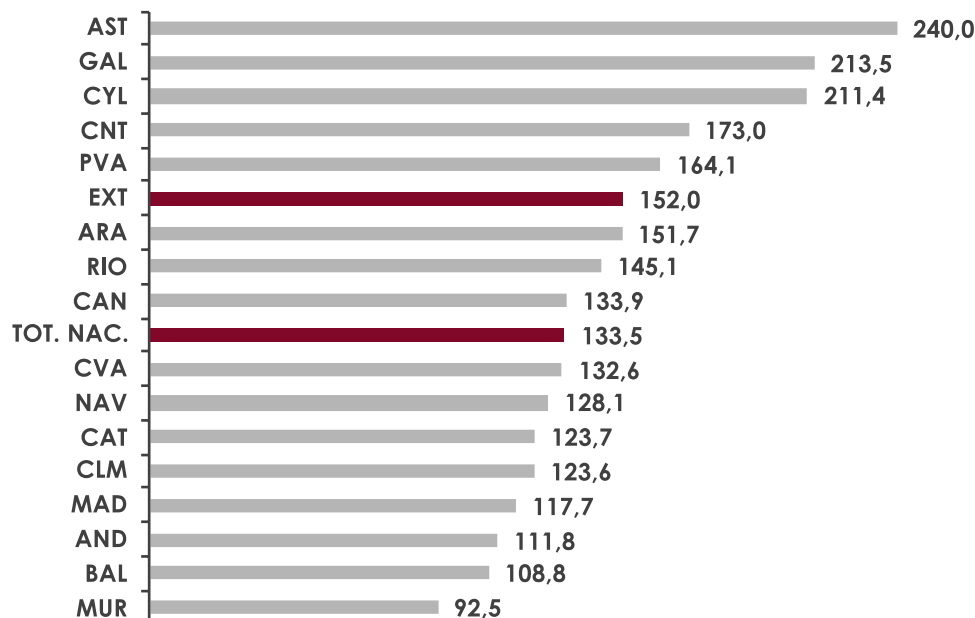
GRÁFICO 28. PIRÁMIDE POBLACIONAL DE EXTREMADURA Y COMPARACIÓN CON EL CONJUNTO NACIONAL. 2022 (%)



Fuente: Cifras de población del INE. Datos provisionales a 1/07/2023.

Centrándonos en el volumen de personas mayores, se muestran los resultados del índice de envejecimiento, calculado como la proporción de población mayor de 65 años en comparación con la población menor de 16 años (gráfico 29) que también refleja el mayor envejecimiento de la población extremeña en comparación a la media nacional.

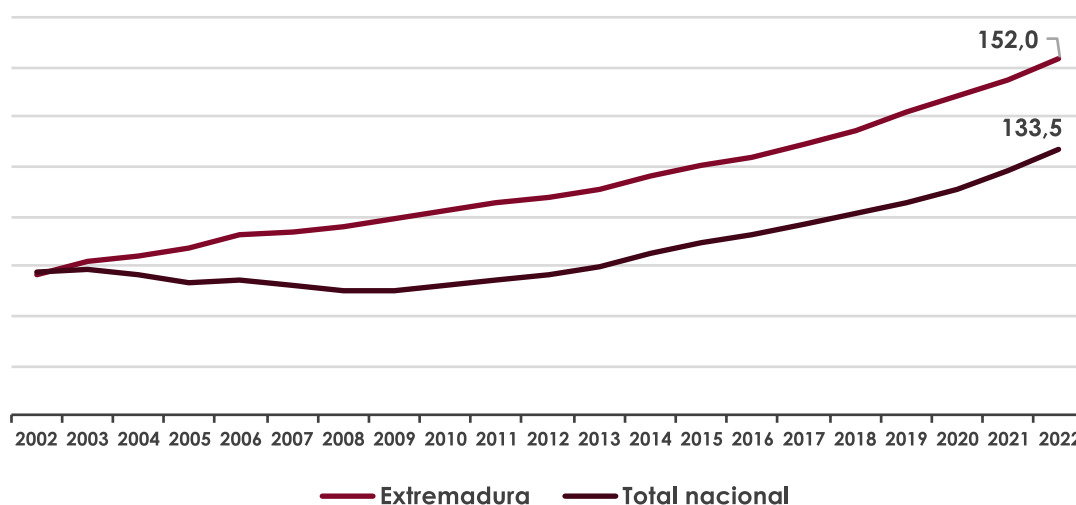
GRÁFICO 29. ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA. 2022 (%)



Fuente: AIReF a partir de los datos del INE.

En comparación con otras comunidades autónomas, Extremadura es la tercera región con un mayor crecimiento del índice de envejecimiento, por detrás de Canarias (65,7 puntos porcentuales, del 68,1 % en 2002 al 133,9 % en 2022) y Galicia (49,3 puntos porcentuales, del 164,3 % al 213,5 % en 2022).

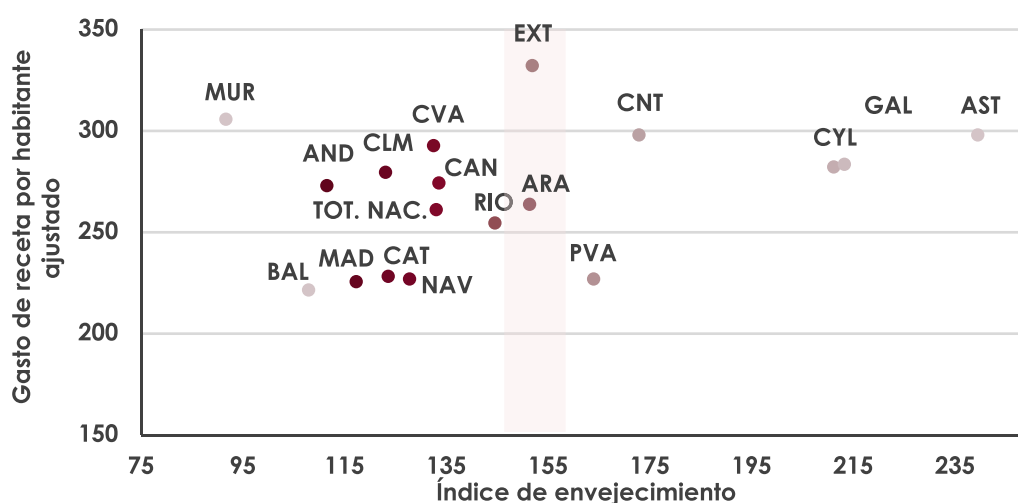
GRÁFICO 30. EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO EN EXTREMADURA Y EN EL CONJUNTO NACIONAL. 2002-2022 (%)



Fuente: AIReF a partir de los datos del INE.

Si se compara la evolución registrada por el índice de envejecimiento y por el gasto farmacéutico a través de recetas se observa una relación positiva, si bien en Extremadura la evolución del gasto está por encima a otras comunidades cuyo índice de envejecimiento ha crecido de forma similar (Aragón, La Rioja o País Vasco) por lo que parece indicar que existen otros factores, más allá del envejecimiento de su población que podrían explicar la evolución del gasto.

GRÁFICO 31. GASTO FARMACÉUTICO DE RECETA E ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS 2022



Fuente: AIReF a partir de datos del Ministerio de Sanidad, de la AIReF (población ajustada) y del INE.

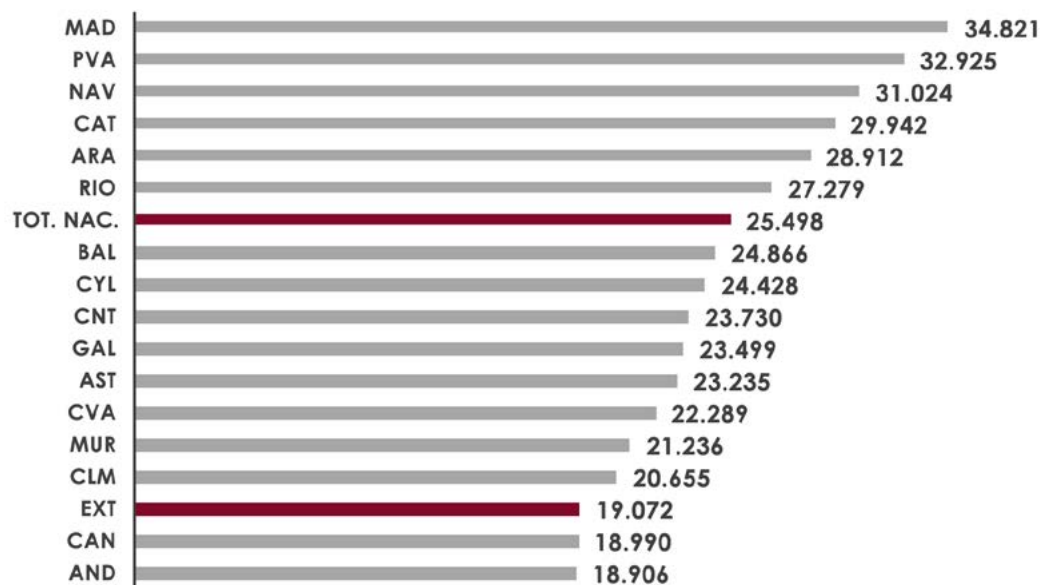
Nivel socioeconómico

Además de la estructura demográfica, otro de los factores que influyen en el gasto farmacéutico con recetas en oficinas de farmacia es el nivel socioeconómico y el nivel de renta²⁸. Un bajo nivel socioeconómico y bajos niveles de renta también conllevan, en ocasiones, una mayor prevalencia de determinadas enfermedades y, en consecuencia, un mayor gasto farmacéutico²⁹.

En Extremadura, según los últimos datos disponibles y relativos a 2021, el PIB per cápita se situó en algo más de 19.000 euros por habitante, la tercera región española con menor PIB per cápita (gráfico 32).

²⁸ Véase SR 1: gasto de receta para un mayor detalle.

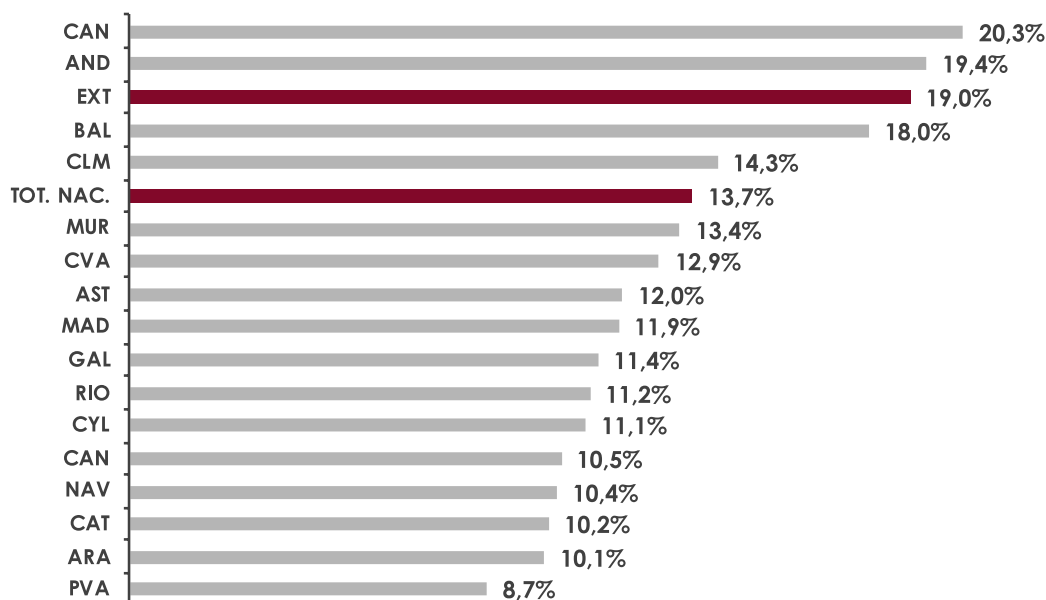
²⁹ Ministerio de Sanidad: *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021*.

GRÁFICO 32. PIB PER CÁPITA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.
2021 (EUROS POR HABITANTE)

Fuente: AIReF a partir de los datos del INE.

La situación relativa de Extremadura es similar cuando se analiza la población en situación de desempleo. En Extremadura, la tasa de paro se situó, en 2022, en el 19,0 %, siendo la tercera región española con mayor tasa de paro (solo superada por Andalucía (19,4 %) y Canarias (20,3 %)). La tasa de paro extremeña se situó 5,3 puntos porcentuales por encima de la media del conjunto nacional (13,7 %).

GRÁFICO 33. TASA DE PARO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 2022 (%)



Fuente: AIReF a partir de los datos del INE.

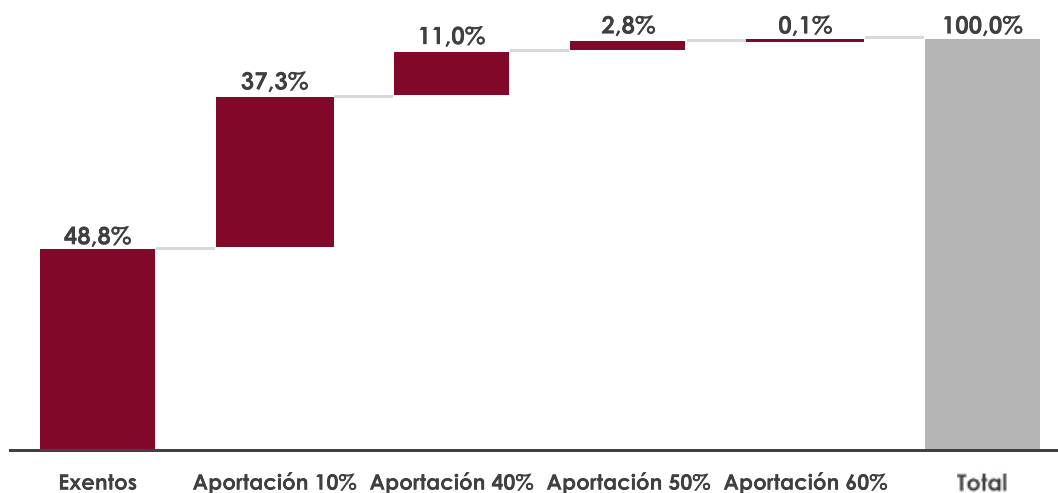
Por lo que respecta a la población en riesgo de pobreza y exclusión social (tasa AROPE), Extremadura es la región con un mayor porcentaje de población que se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad económica y social (un 38,7 %), seguida de Canarias (un 37,8 %) y Murcia (un 33,8 %), muestra 10,9 puntos porcentuales por encima de la media del conjunto nacional (27,8 %).

Cabe destacar también que el nivel socioeconómico de la población tiene efectos relevantes en términos de gasto farmacéutico con recetas en oficinas de farmacia derivados de la configuración del modelo de copago. El porcentaje de aportación al pago de medicamentos en el SNS se establece según la renta, la condición de activo o pensionista y el grado de enfermedad. En el caso de los pensionistas, además, están establecidos límites máximos de aportación mensual según su renta.

En Extremadura, cuando se analiza el gasto farmacéutico con recetas en oficinas de farmacia desagregado) se observa que la mayor parte del gasto se concentra en el grupo de personas exentas de aportación³⁰ (48,8 %) mientras que en este porcentaje se reduce hasta el 39 % en la media de España (gráfico 34).

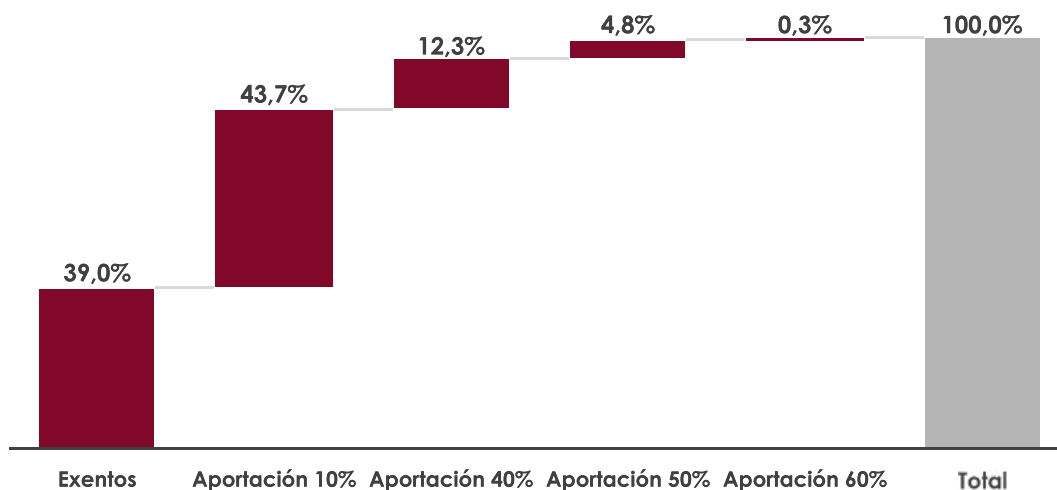
³⁰ La Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021 amplía los grupos exentos de copago farmacéutico. De este modo, a los ya contemplados bajo el régimen del RDL 16/2012 (afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica; personas perceptoras de rentas de integración social; personas perceptoras de pensiones no contributivas; parados que no perciben subsidio de desempleo; personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional; personas beneficiarias del ingreso mínimo vital) se añaden los siguientes: (i) personas menores de edad con discapacidad igual o superior al 33 %; (ii) personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción; (iii) pensionistas de la Seguridad Social con renta inferior a 5.635 euros, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar la declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros.

GRÁFICO 34. GASTO PÚBLICO FARMACÉUTICO CON RECETAS EN OFICINAS DE FARMACIA SEGÚN TIPO DE APORTACIÓN EN EXTREMADURA. 2022 (%)



Fuente: AIReF a partir de datos del Ministerio de Sanidad.

GRÁFICO 35. GASTO PÚBLICO FARMACÉUTICO CON RECETAS EN OFICINAS DE FARMACIA SEGÚN TIPO DE APORTACIÓN EN ESPAÑA. 2022 (%)



Fuente: AIReF a partir del Ministerio de Sanidad.

En concreto, estas diferencias en el gasto en receta se pueden deber en parte al mayor peso relativo que tienen en Extremadura los usuarios exentos de aportación (24,6 % frente al 16,2 % a nivel nacional), muchos de ellos colectivos en una situación de vulnerabilidad en términos socioeconómicos.

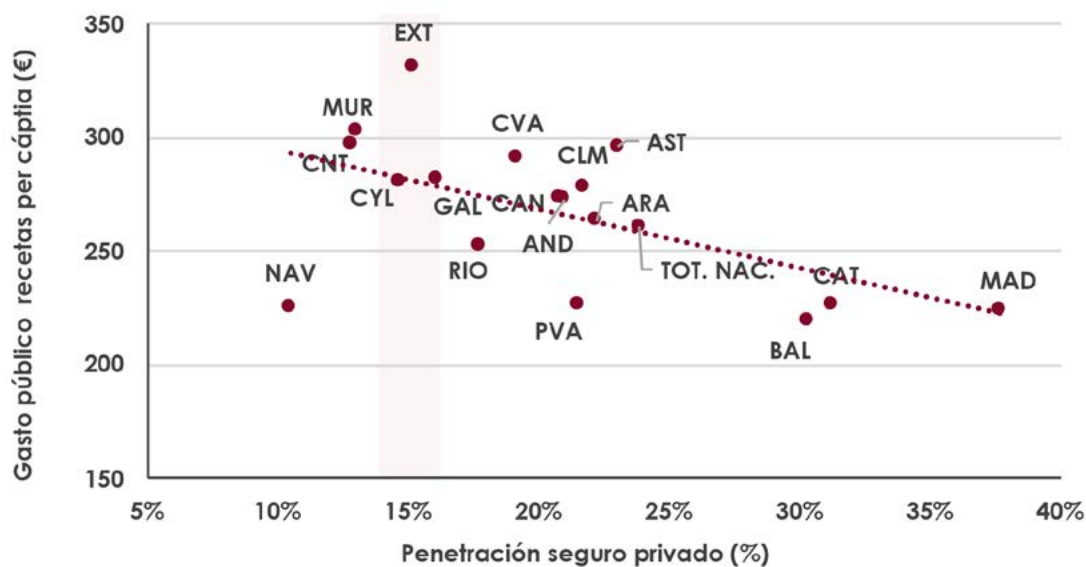
CUADRO 12. PERSONAS ASEGURADAS Y SUS BENEFICIARIAS SEGÚN TIPO DE APORTACIÓN AL COPAGO EN EXTREMADURA Y TOTAL NACIONAL (2023)

Colectivo (TSI)	Aportación (%)	Población por TSI TOT NAC (%)	Población por TSI EXT (%)
Farmacia gratuita (TSI 001)	0 %	16,2 %	24,6 %
Pensionistas con renta inferior a 18.000 euros (TSI 002 01)	10 %	8,2 %	8,0 %
Pensionistas con renta entre 18.000 euros y 100.000 euros (TSI 002 02)	10 %	6,7 %	4,7 %
Activos con renta inferior a 18.000 euros (TSI 003)	40 %	42,6 %	44,7 %
Activos con renta entre 18.000 euros y 100.000 euros (TSI 004)	50 %	22,0 %	16,4 %
Activos con renta superior a 100.000 euros (TSI 005)	60 %	0,8 %	0,3 %
Pensionistas con renta superior a 100.000 euros (TSI 005 03)	60 %	0,1 %	0,1 %
Mutualistas y clases pasivas (TSI 006)	30 %	3,2 %	1,2 %

Fuente: AIReF a partir de los datos del Ministerio de Sanidad y de datos facilitados por la Subdirección de Farmacia del SES.

De igual forma, el menor nivel de renta genera una menor penetración de la sanidad privada en Extremadura, lo que parece estar condicionando el mayor gasto en receta de la comunidad autónoma. Las comunidades con un mayor nivel de renta presentan unos mayores niveles de población con seguros privados (Madrid, Cataluña, Illes Balears, a excepción de la comunidad foral de Navarra) y muestra un gasto farmacéutico per cápita a través de recetas bastante inferior a la media nacional. No obstante, comunidades con un nivel de penetración de la sanidad privada similar (es el caso, por ejemplo, de Castilla y León y Galicia) presentan un gasto farmacéutico per cápita a través de recetas bastante inferior al de Extremadura, por lo que otras variables, como el estado de la población y las diferencias en la definición y ejecución de las políticas de prescripción farmacéutica podrían estar explicando ese mayor gasto per cápita (gráfico 36).

GRÁFICO 36. GASTO PÚBLICO EN RECETAS PER CÁPITA Y PENETRACIÓN DEL SEGURO PRIVADO. 2022.



Fuente: Ministerio de Sanidad e Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad.

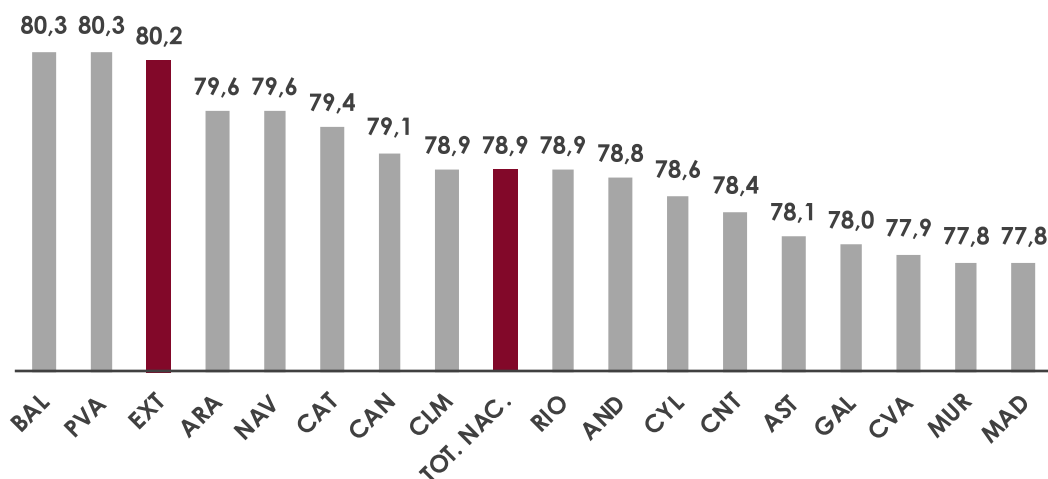
Nota: Gasto per cápita calculado con la población ajustada.

Estado de salud y estilo de vida de la población

En Extremadura, según los datos disponibles, la esperanza de vida al nacer se situó en 2021 en 82,1 años, un año inferior a la media del conjunto nacional (83,1 años) y casi dos años inferior a las comunidades autónomas con mayor esperanza de vida (Madrid y Navarra, por encima de los 84 años).

La prevalencia de enfermedades crónicas o la discapacidad física aumenta con la edad, reduce la calidad de vida y genera una mayor demanda y consumo de medicamentos.

GRÁFICO 37. AÑOS DE VIDA SALUDABLE AL NACER POR COMUNIDAD AUTÓNOMA. 2020 (AÑOS)

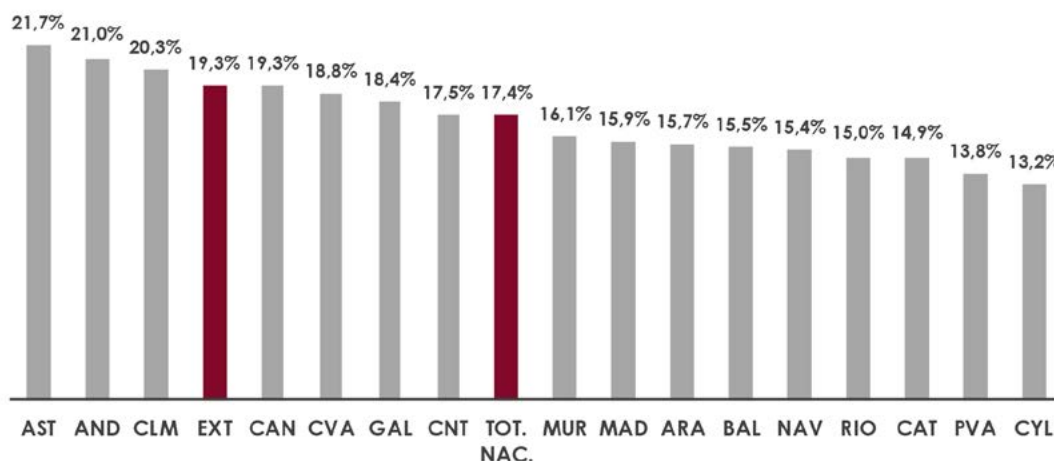


Fuente: Informe *Esperanzas de vida en España, 2020*. Ministerio de Sanidad.

Quando se analiza la esperanza de vida en años de vida saludable (gráfico 37), se observa que Extremadura es la tercera comunidad autónoma con más años de vida saludable al nacer (80,2 años), tan solo por detrás del País Vasco. En comparación con el total nacional, la esperanza de vida en años saludables es 1,5 años superior a la del conjunto nacional.

Si se analiza la prevalencia de la obesidad (gráfico 38), Extremadura es la cuarta comunidad con mayor porcentaje de personas obesas (19,3 %, por encima del 17,4 % a nivel nacional).

GRÁFICO 38. PORCENTAJE DE PERSONAS ADULTAS CON OBESIDAD POR COMUNIDAD AUTÓNOMA. 2017 (%)



Fuente: AIReF a partir de los datos del Ministerio de Sanidad.

En definitiva, los datos descriptivos mostrados en esta sección ponen de manifiesto que, aunque estos factores inciden en el gasto farmacéutico y en los resultados alcanzados en Extremadura, no son suficientes para explicar el elevado gasto farmacéutico por habitante ajustado en la región y la sobresaliente diferencia con respecto a la media nacional. Deberán explorarse, por tanto, otros factores relacionados con la política y estrategia farmacéutica y de promoción del uso racional del medicamento, con su despliegue, continuidad y efectividad ya que podrían ayudar a explicar los altos niveles de gasto farmacéutico con recetas médicas en la comunidad.

3.1.3. Resultados del indicador sintético de las políticas de prescripción farmacéutica de la AIReF en Extremadura

Una vez analizados algunos factores propios de la comunidad, y sobre los que no se puede actuar con la prescripción o el fomento del URM, a continuación, a lo largo de los siguientes apartados se lleva a cabo un análisis sobre cuestiones relacionados con el uso racional del medicamento y la política farmacéutica de la comunidad. **Son cuestiones que determinan, por lo tanto, la eficiencia y el desempeño alcanzado por el Servicio Extremeño de Salud en este ámbito.**

Partiendo de esta idea, como parte del SR 1: *gasto de receta* se definió y construyó un **indicador sintético de la política de prescripción de los servicios de salud** de las comunidades autónomas³¹.

El resultado del indicador sintético de las políticas de prescripción en Extremadura fue, en 2018, de 6,94 puntos (sobre 10), mientras que el del conjunto nacional fue de 7,41 puntos lo que indica una peor política de prescripción que la media nacional. Si se analiza cada uno de los ámbitos o áreas (gráfico 39), los mejores resultados se obtuvieron en el área 4 (indicadores de calidad de prescripción), 5 (incentivos a la prescripción), y 7 (sistemas de control periódico de grupos de pacientes o medicamentos). Por el contrario, las áreas con mayor margen de mejora respecto del total nacional fueron el área 1 (prescripción vinculada con el diagnóstico) y el área 3 (guías de prescripción). El área 2 (vinculación de la prescripción con la resolución de la CIMP) es una política que no estaba implementada en ninguna comunidad autónoma.

GRÁFICO 39. INDICADOR SINTÉTICO DE LAS POLÍTICAS DE PRESCRIPCIÓN. EXTREMADURA Y TOTAL NACIONAL. 2018 (PUNTOS SOBRE 10)



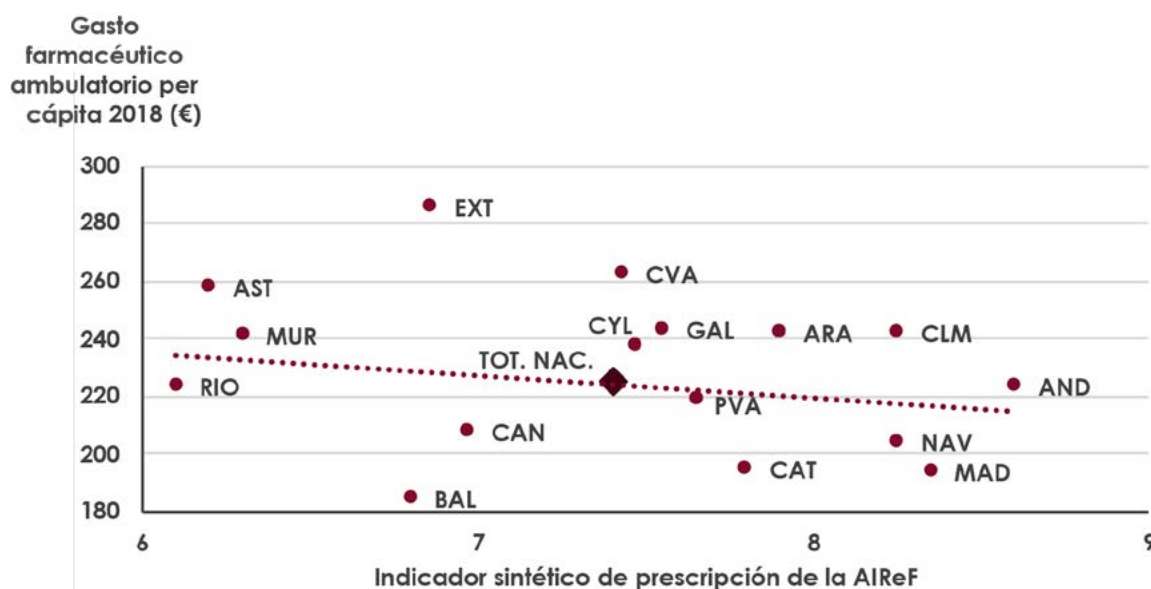
Fuente: AIReF a partir de los cuestionarios de prescripción del SR1: *gasto de receta*.

Cuando se comparan los resultados entre comunidades autónomas del indicador sintético con sus niveles de gasto farmacéutico con recetas en oficinas de farmacia per cápita se observa, como cabría espera, una relación negativa (gráfico 40).

³¹ Para más detalle sobre la metodología y resultados véase *Documento Anexo 2. Análisis adicionales del Spending Review del SR2: gasto hospitalario*, publicado por la AIReF.

Pero, además, cuando se compara la situación relativa de Extremadura con la de otras comunidades con una posición similar en las principales variables sociodemográficas (como por ejemplo Canarias), se observa cómo a igualdad de indicador sintético, Extremadura presenta un gasto ambulatorio per cápita mayor. A la vista de este resultado, Extremadura parece tener un importante recorrido de mejora, tanto en el diseño y desarrollo de nuevas acciones y políticas como en mejorar la implementación y ejecución de las ya puestas en marcha.

GRÁFICO 40. INDICADOR SINTÉTICO DE LAS POLÍTICAS DE PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA Y GASTO PER CÁPITA. 2018



Fuente: Cuestionario sobre políticas de prescripción de medicamentos dispensados en las oficinas de farmacia (SR 1: gasto de receta), Ministerio de Sanidad y AIReF.

En concreto, y tal y como se pondrá de manifiesto en las siguientes secciones, en algunas de estas políticas de prescripción en Extremadura no se han producido avances significativos en su mejora o refuerzo desde 2018.

3.2. Evaluación y acceso a los medicamentos. La red de uso racional del medicamento en atención primaria

Aunque el Sistema Sanitario Público de Extremadura no dispone de una red de uso racional del medicamento formalmente definida, sí dispone de estructuras y figuras cuya finalidad y funciones están relacionadas con las cuestiones arriba descritas y que, por lo tanto, constituyen una red de uso racional del medicamento.

A continuación, se describen y analizan aquellas específicas del ámbito de atención primaria o que tienen una especial implicación en este nivel asistencial.

3.2.1. Evaluación de medicamentos en atención primaria

En Extremadura, según las entrevistas y las reuniones de trabajo mantenidas, la mayor parte de 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. La Comisión Central de Farmacia y Terapéutica del SES evalúa, especialmente, autorizaciones y/o solicitudes de inclusión de nuevos medicamentos en los botiquines de los centros de atención primaria. Igualmente, en las entrevistas del trabajo de campo también se puso de manifiesto que, de forma análoga a otras comunidades autónomas, los recursos destinados a la evaluación de medicamentos en atención primaria son muy inferiores a los dedicados a los del ámbito hospitalario.

En las entrevistas del trabajo de campo algunos profesionales y directivos manifestaron que, en la actualidad, en la atención primaria no se lleva a cabo una evaluación como tal en un sentido estricto, sino que se llevan a cabo valoraciones y estudios de las prácticas de prescripción. No obstante, las dificultades de monitorización del grado de adherencia en la práctica clínica limitan que se pueda llevar a cabo un seguimiento exhaustivo de las condiciones de utilización y prescripción de medicamentos.

3.2.2. Servicios de farmacia de atención primaria en las áreas de salud

Tal y como se ha puesto de manifiesto en evaluaciones anteriores, los farmacéuticos de atención primaria (FAP) –profesionales sanitarios que conforman los servicios de farmacia de la atención primaria– tienen un papel fundamental para mejorar el uso racional del medicamento y la seguridad, efectividad y eficiencia del uso de medicamentos y productos sanitarios. Son, por lo tanto, profesionales de referencia de la farmacoterapia para gestores, profesionales y pacientes.

En cambio, **en la práctica la mayoría de las áreas de salud de Extremadura no disponen de un servicio de farmacia de atención primaria (SFAP) autorizado, y son, en la práctica, unidades unipersonales –únicamente el farmacéutico o farmacéutica– sin que exista un servicio o unidad con una mínima estructura y recursos.** Según las entrevistas del trabajo de campo, únicamente las áreas de salud de Badajoz, Cáceres y Plasencia tienen un SFAP autorizado, aunque con una estructura muy básica (en el caso de Badajoz, por ejemplo, compuesto por un farmacéutico, un administrativo y un auxiliar).

Por lo que respecta a su rol y funciones en la práctica, en opinión de estos profesionales y de los gestores, la débil estructura y recursos limita las posibilidades de trabajo y la capacidad de desarrollar las distintas funciones asignadas, así como la posibilidad de

brindar apoyo a las direcciones y gerencias de las áreas en la ejecución y desarrollo de políticas y estrategias farmacéuticas. **Esto también provoca que no puedan desarrollar su actividad en contacto más directo con los facultativos** y los farmacéuticos de los centros de salud.

Estos profesionales señalan que no tienen ascendencia, visión o conocimiento del ámbito farmacéutico hospitalario de su área de salud, y el nivel de coordinación con los servicios de farmacia hospitalaria (SFH) es, por lo general, bajo e insuficiente.

Por último, cabe destacar que en opinión de estos profesionales las estrategias y actuaciones farmacéuticas y de promoción del uso racional del medicamento del SES resultan insuficientes y poco efectivas. Asimismo, algunos profesionales apuntan también a la necesidad de una mayor exigencia, seguimiento y continuidad a la hora de establecer objetivos y desarrollar programas en el ámbito de uso racional del medicamento.

En conclusión, en Extremadura los SFAP de las áreas de salud son, en la práctica, unidades unipersonales, sin una mínima estructura y recursos. Estas limitaciones hacen que su actividad se circunscriba al ámbito de la atención primaria y de receta, y no tienen ascendencia, conocimiento o participación en el ámbito farmacéutico hospitalario de su área de salud, y el nivel de coordinación con los SFH es, por lo general, bajo e insuficiente. Además, las estrategias y actuaciones farmacéuticas y de promoción del uso racional del medicamento del SES presentan un amplio margen de mejora.

3.2.3. Comisiones de uso racional del medicamento de las áreas de salud y otras estructuras de coordinación de la atención farmacéutica

En Extremadura, a raíz de la configuración de las áreas de salud únicas de atención primaria y hospitalaria se identificó, como objetivo prioritario, la coordinación efectiva entre la atención primaria y la hospitalaria mediante la Circular de Farmacia N.º 1/2003³² y la creación de espacios de comunicación para todos los profesionales sanitarios del área.

La Circular de Farmacia N.º 1/2003 establecía la creación de una comisión de uso racional del medicamento de área (CURM) para la coordinación de actuaciones en el ámbito sanitario público en cada área de salud.

En las entrevistas del trabajo de campo y los cuestionarios se ha evidenciado que en la práctica totalidad de las áreas de salud estas comisiones de uso racional del medicamento no se han constituido o, si lo han hecho, no se les ha dado contenido y desarrollo. Así, en las áreas de salud de Don Benito–Villanueva de la Serena,

³² Recomendaciones sobre el uso de los medicamentos. Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos de la semFYC.

Llerena-Zafra, Coria, Cáceres y Badajoz no hay en la actualidad una CURM, y en el área de salud de Mérida, aunque se creó dicha comisión, no se ha vuelto a convocar desde 2018. No obstante, ante la falta de infraestructura coordinadora, algunas de estas áreas de salud han desarrollado distintas iniciativas de fomento de la coordinación.

Además, por lo que respecta a las CURM de área, al no estar constituidas como tal, en la práctica muchas de sus funciones son llevadas a cabo por el farmacéutico de área de salud. Así se refleja en el *Cuestionario para las direcciones de atención primaria de las áreas de salud*, en el cual las áreas de salud destacan que los farmacéuticos de área junto con las direcciones asistenciales de área son los principales –y en ocasiones los únicos– referentes para el impulso y coordinación de todas las actividades relacionadas con el uso racional del medicamento en el ámbito de atención primaria en sus respectivas áreas de salud.

Las entrevistas del trabajo de campo han revelado que no se dispone de un plan terapéutico único y común con inclusión de la prescripción hospitalaria y de receta ni de protocolos o guías de prescripción conjuntas entre la atención primaria y hospitalaria. Los profesionales también manifestaron que en muchas ocasiones los tratamientos no se revisan ni modifican y que, si se hace, suele resolverlo de forma unilateral el facultativo de atención primaria tras consultarlo con el paciente. Esto se refleja también en el análisis de las repuestas recibidas con los cuestionarios del cuadro 13.

CUADRO 13. MECANISMOS DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA LLEVADOS A CABO EN CADA ÁREA DE SALUD

Área de salud	Protocolos conjuntos de prescripción interniveles	El facultativo de AP modifica el tratamiento tras consultarlo con el paciente	El facultativo o dirección de AP habla con el facultativo o dirección de AH	Ninguno
Badajoz	-	-	✓	-
Cáceres	-	✓	-	-
Mérida ¹				
Don Benito-Villanueva	-	✓	✓	-
Plasencia	-	✓	-	-
Llerena-Zafra	-	-	-	✓
Navalmoral de la Mata	-	✓	-	-
Coria	-	✓	-	-

Fuente: AIReF a partir del *Cuestionario para las direcciones de atención primaria de los áreas de salud*.

Nota:⁽¹⁾ No se dispone de información de Mérida en esta pregunta. No obstante, las conclusiones obtenidas en las entrevistas del trabajo de campo en el área están en línea con las arriba mencionadas.

Finalmente, otra cuestión relevante que afloró en las entrevistas del trabajo de campo son las limitaciones de los sistemas de información. Por un lado, porque en opinión de los profesionales entrevistados no favorecen una prescripción más homogénea y armonizada entre atención primaria y hospitalaria. Las debilidades de las herramientas de ayuda a la prescripción integradas en JARA (véase apartado 6.2) tienen una implicación importante este aspecto. Por otro lado, algunos profesionales también manifestaron que la configuración de los módulos de prescripción conlleva que se tarde en detectar duplicidades o interacciones, lo que ralentiza la conciliación de medicamentos.

En resumen, a pesar de la voluntad del SES de favorecer y mejorar la coordinación asistencial entre el ámbito de atención primaria y el de hospitalaria en las áreas de salud en la práctica totalidad de áreas de salud no se han constituido o, habiéndolo hecho, no se les ha dado contenido y desarrollo. Además, la práctica totalidad de iniciativas en el ámbito de uso racional del medicamento recaen por lo tanto en el farmacéutico de área (FAP), y la falta de recursos y estructuras conlleva que sean insuficientes, no tengan continuidad y no se desarrollen de forma coordinada con la atención hospitalaria. Además, no se dispone de un plan terapéutico único y común con inclusión de la prescripción hospitalaria y de receta ni de protocolos o guías de prescripción conjuntas entre la atención primaria y hospitalaria. Por último, los sistemas de información también presentan debilidades que dificultan que se trabaje de forma sistemática en la conciliación y en la consecución de una farmacoterapia común entre niveles asistenciales.

3.2.4. Farmacéuticos de los equipos de atención primaria

Los FEAP son profesionales que se dedican principalmente a funciones de salud pública, a los que se le han incorporado también tareas y funciones de uso racional del medicamento y atención farmacéutica.

Según los últimos datos facilitados por la Subdirección de Farmacia del SES (enero 2023), en la actualidad hay 117 FEAP en Extremadura, lo que supone un ratio de 1,02 FEAP por equipo. Estas cifras ponen de manifiesto la elevada capilaridad y dotación de farmacéuticos en este nivel asistencial, que conforma a nivel autonómico una de las redes de farmacéuticos más amplias de España.

Al existir un único farmacéutico en el centro de salud y dedicar la mayor parte de su actividad a otras actividades, en el trabajo de campo se evidenció que no se dedica el tiempo necesario a actuaciones de uso racional del medicamento y atención farmacéutica en este nivel asistencial.

En las entrevistas del trabajo de campo también se ha constatado que la dedicación y las actividades de uso racional del medicamento y atención farmacéutica presentan

una gran variabilidad entre centros de salud y profesionales. Mientras que algunos FEAP tratan de organizar y distribuir su tiempo entre las funciones de salud pública y uso racional del medicamento para mantener un cierto equilibrio, en otros casos, y por diferentes motivos, los FEAP se centran casi exclusivamente en las funciones de salud pública.

Los profesionales también pusieron de manifiesto que la dedicación de su tiempo a las funciones de salud pública y a las de uso racional del medicamento y atención farmacéutica tampoco está lo suficientemente clara, y suele ser el propio profesional quien organiza su agenda y distribuye su jornada de trabajo a unas y otras funciones.

Teniendo en cuenta la extensa red de FEAP, la dualidad de sus funciones y el trabajo insuficiente que se realiza en materia de URM, prácticamente todos los profesionales coinciden y subrayan la necesidad de reestructurar organizativamente su figura. Algunos profesionales apuntan que, al existir un farmacéutico por centro de salud y existir centros con distinta presión asistencial y con distintas necesidades en materia de salud pública, se debería valorar la especialización y concentración de los profesionales separando las funciones y tareas de salud pública y de uso racional del medicamento. Otros, por su parte, describen que las actuaciones de salud pública en muchas ocasiones obedecen a un determinado calendario, por lo que resultaría posible distribuir o concentrar unas y otras actuaciones según el momento del año. En todo caso, todos los profesionales entrevistados coinciden en la necesidad de un consenso a nivel directivo que permita una definición clara del modelo y de los roles y funciones de los FEAP.

Adicionalmente, también se ha constatado que, al menos con relación a su rol y funciones de uso racional del medicamento y atención farmacéutica, los FEAP no tienen objetivos específicos o incentivos vinculados a la consecución de dichos objetivos.

Con relación a la formación recibida, la práctica totalidad de los FEAP relatan que no reciben una formación continuada, actualizada y específica sobre estos temas, y que muchas veces se forman a título propio y por interés personal. Cuando son preguntados por su percepción acerca de la formación recibida en relación con sus distintas funciones, destacan que es mayor la formación que reciben para el desarrollo de sus funciones de salud pública que para el uso racional del medicamento y atención farmacéutica.

Finalmente, también se ha podido constatar que existe un bajo nivel de trabajo en red y de forma coordinada entre FEAP, tanto de una misma área de salud como entre FEAP de distintas áreas de salud.

Finalmente, con independencia de la mayor o menor dedicación a actuaciones de uso racional del medicamento y atención farmacéutica, los profesionales entrevistados coinciden en que los programas de uso racional del medicamento del SES, por

distintos motivos, resultan insuficientes, y que la promoción del uso racional del medicamento tiene un gran margen de desarrollo. Entre las principales acciones de mejora que identifican estos profesionales destacan: (i) el tiempo dedicado a actuaciones de URM (especialmente para trabajar con los pacientes y los profesionales de su equipo); -(ii) la colaboración y trabajo en equipo con otros profesionales; (iii) la elaboración de protocolos, guías y objetivos de URM y atención farmacéutica; y (iv) la definición de programas de URM desde las áreas de salud o los servicios centrales del SES.

3.3. Control y seguimiento de indicadores económicos y de calidad de la prescripción farmacéutica

El sistema de información de la facturación y del gasto y consumo farmacéutico con receta médica (Digitalis-Spfar) recoge los datos de las recetas prescritas por los médicos del SES, tanto por profesionales de atención primaria como atención hospitalaria, y dispensadas por las oficinas de farmacia de Extremadura. En este sistema se dispone de indicadores de prescripción farmacéutica, tanto cuantitativos (gasto) como cualitativos. Estos indicadores son en su gran mayoría comunes para la atención primaria y hospitalaria, y suelen estar relacionados con los principales grupos de fármacos (IBP, antibióticos, etc.). Por otro lado, también se observan algunos indicadores en el ámbito de la atención primaria que no se recogen en el listado de indicadores del ámbito hospitalario, y viceversa. Por ejemplo, la selección eficiente de estatinas, según la información a la que se ha tenido acceso, solo se incluye en los indicadores del ámbito hospitalario.

Los indicadores con los que se trabaja actualmente se obtienen de la facturación de las recetas prescritas, pero esta información no refleja la adecuación del medicamento, pues para ello es necesario conocer, como mínimo, el diagnóstico por el que se prescribe y determinadas características del paciente al que se le indica. Así, por ejemplo, la amoxicilina es un medicamento de utilidad terapéutica elevada, pero no se puede saber si se está utilizando para el tratamiento de afecciones bacterianas o víricas, en cuyo caso dejaría de ser adecuado³³.

La falta de desarrollo del módulo de prescripción, de forma que permita vincular la prescripción con el diagnóstico, impide que se puedan establecer indicadores más apropiados, que reflejen la calidad o adecuación de la prescripción, así como otros indicadores más precisos (prescripción de indicaciones no financiadas, duraciones de tratamientos excesivas, etc.).

Por otro lado, según las entrevistas del trabajo de campo con profesionales y centros directivos, el sistema de información Digitalis-Spfar tiene muchas limitaciones

³³ Recomendaciones sobre el uso de los medicamentos. Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos de la semFYC.

derivadas de un inadecuado funcionamiento y mantenimiento, que limitan la disponibilidad de datos para alimentar indicadores adecuados, su seguimiento y su análisis. En las entrevistas con centros directivos se pusieron de manifiesto que, si bien hasta 2018 el sistema permitía hacer un seguimiento adecuado y actualizado de los cuadros de mando de farmacia y de toda la información, desde entonces resulta muy difícil por las limitaciones funcionales y el inadecuado funcionamiento de la herramienta. La información presenta un importante decalaje temporal (los últimos datos disponibles hacen referencia a junio de 2022), de forma que su utilidad para la gestión es limitada. Además, en opinión de los profesionales entrevistados, la información y los indicadores que se miden y monitorizan son muy básicos y mejorables.

Aunque toda la información e indicadores del perfil de prescripción están disponibles para los profesionales para su consulta en Digitalis-Spfar, en las entrevistas del trabajo de campo se constató que muchos de ellos ni acceden a la herramienta, ni la conocen en algunos casos. Según el *Cuestionario para la dirección de atención primaria*, seis de las ocho direcciones señala que prácticamente ningún profesional accede al sistema o en su caso solo un pequeño porcentaje accede y lo consulta. En opinión de muchos de los profesionales entrevistados, desde la supresión de los incentivos económicos asociados a los indicadores de prescripción el interés de estos por consultar sus resultados y su perfil de prescripción es menor.

Más allá de estas cuestiones relacionadas con los indicadores, desde las direcciones de atención primaria, las unidades de farmacia de área y otros profesionales, como los FEAP, se pueden llevar a cabo acciones de difusión, seguimiento y control de estos indicadores, así como trabajar con los profesionales en su revisión y acciones de mejora.

Según el Cuestionario para la dirección de atención primaria, en todas las áreas de salud el farmacéutico de área (FAP) analiza y lleva a cabo un seguimiento de la información de gasto farmacéutico e indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica, aunque con diferencias entre ellas (cuadro 14). La forma más habitual de llevar a cabo este seguimiento es el análisis cuantitativo y cualitativo a nivel de EAP y del área de salud, con distinta periodicidad, que se comparten con la dirección médica y la gerencia del área. A partir de estos análisis, además, se suelen hacer ciertas acciones específicas con el objetivo de mejorar los resultados.

No obstante, tanto en el propio cuestionario como en las entrevistas del trabajo de campo, los profesionales han señalado que muchas de estas actuaciones se realizaban hasta antes de la pandemia, se vieron interrumpidas desde entonces, y se está tratando en algunas áreas de salud de retomar estas actividades.

CUADRO 14. DETALLE DE LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO DEL CUADRO DE MANDO DE FARMACIA SEGÚN LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS ÁREAS DE SALUD EXTREMEÑAS

Área de salud	Seguimiento de cuadro de mando de farmacia	Figuras encargadas del seguimiento	Periodicidad	Implementación de acciones derivadas del seguimiento	Se comparten con los prescriptores	Opinión sobre su acogida entre los profesionales y su efectividad
Badajoz	Sí	Farmacéutico de área (FAP)	Trimestral	Sí	A veces	Efectivas, pero solo para una parte responsabilizada y concienciada
Cáceres	Sí	Farmacéutico de área (FAP)	Semestral	Sí	Habitualmente	Efectivas, pero solo para una parte responsabilizada y concienciada
Mérida	Sí	Farmacéutico de área (FAP)	Mensual	Sí	A veces	Efectivas, pero solo para una parte responsabilizada y concienciada
Don Benito-V.	Sí	Farmacéutico de área (FAP)	Anual	Sí	Habitualmente	Efectivas, pero solo para un pequeño porcentaje
Plasencia	Sí	Farmacéutico de área (FAP)/FAP	Semestral	Sí	A veces	Efectivas, pero solo para una parte responsabilizada y concienciada
Llerena-Zafra	Sí	Farmacéutico de área (FAP)		Sí	Siempre o prácticamente siempre	Efectivas, pero solo para un pequeño porcentaje
Navalmoral	Sí	Farmacéutico de área (FAP)	Trimestral	Sí	Habitualmente	Efectivas, pero solo para una parte responsabilizada y concienciada
Coria	Sí	Farmacéutico de área (FAP)	Semestral	Sí	A veces	Efectivas, pero solo para una parte responsabilizada y concienciada

Fuente: Cuestionario para las direcciones de atención primaria de las áreas de salud.

Nota: Parte de las respuestas hacen referencia a antes de la pandemia.

En las entrevistas del trabajo de campo también se tuvo la ocasión de profundizar en estas cuestiones, especialmente en el trabajo y en las sesiones clínicas con los equipos y profesionales, y se encontraron hallazgos relevantes.

En primer lugar, si bien se lleva a cabo un trabajo de análisis de los cuadros de mando de farmacia a nivel directivo en el área de salud, se observó un margen de mejora importante para realizar labores de seguimiento con los equipos de atención primaria y con los profesionales de estos equipos. Según los profesionales entrevistados, en muchas ocasiones las sesiones que se realizaban, así como la elaboración de rankings o el análisis de desviaciones, se centraba excesivamente en los indicadores de gasto farmacéutico, y se trabaja poco las cuestiones relacionadas con la calidad y la eficiencia de la prescripción, mejor valoradas y acogidas por los facultativos. Estas no se llevan a cabo con la periodicidad o recurrencia suficiente y la participación de los distintos profesionales implicados (dirección de atención primaria, farmacéuticos de área, coordinadores asistenciales y profesionales de los centros de salud, etc.) es desigual, y en muchos casos no se cuenta con la participación de todos los profesionales –por ejemplo, es prácticamente testimonial la participación de los farmacéuticos de los equipos de atención primaria (FEAP)–.

En resumen, aunque se dispone de un sistema de información (Digitalis-Spfar), las limitaciones derivadas de un inadecuado funcionamiento y mantenimiento del sistema, así como el decalaje temporal de la información, limitan su adecuado seguimiento, análisis y utilización para la gestión. Además, los profesionales no lo consultan de forma habitual ni en las áreas de salud el farmacéutico de área (FAP) analiza y lleva a cabo un seguimiento de la información de gasto farmacéutico e indicadores de calidad de prescripción, informando a las direcciones de atención primaria. Las sesiones sobre los resultados de estos indicadores también son heterogéneas y no responden a una línea de acción de la organización, y se han visto además interrumpidas por la pandemia de la COVID-19.

3.3.1. Análisis de resultados de los indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica

Debido al elevado número de indicadores contemplados en la información en el ámbito de atención primaria, se ha construido un indicador sintético de calidad de la prescripción farmacéutica. El indicador sintético se compone de un total de 12 indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica en atención primaria que satisfacen o cumplen estos requisitos.

CUADRO 15. INDICADORES QUE CONFORMAN EL INDICADOR SINTÉTICO DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA Y SU PONDERACIÓN. 2022.

	Indicador	Peso
1	% DDD omeprazol / DDD IBP	14,14 %
2	% DDD metformina + sulfonilurea / DDD antidiabéticos excepto insulinas	35,91 %
3	% DDD antibióticos espectro reducido / DDD antibióticos totales	1,23 %
4	% envases amoxicilina sin clavulánico / Total amoxicilina	1,40 %
5	% DDD macrólidos / DDD antibióticos totales	1,20 %
6	% DDD penicilinas sensibles betalactamasas / DDD antibióticos totales	0,03 %
7	% DDD fluorquinolonas / DDD antibióticos totales	1,24 %
8	% DDD cefalosporinas de 3ª / DDD antibióticos totales	1,51 %
9	% DDD cort. inhalados elección / DDD cort. inhalados + asoc.	5,16 %
10	% DDD antidepresivos elección / DDD antidepresivos	5,47 %
11	% DDD AINES de elección / DDD AINES totales	7,15 %
12	% DDD ARAII / DDD IECA + ARAII	25,54 %

Fuente: AIReF a partir de los datos proporcionados por la Subdirección de Farmacia del SES y Alcántara.

CUADRO 16. RESULTADOS DEL INDICADOR SINTÉTICO DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN EXTREMADURA POR ÁREAS DE SALUD. 2022 (PUNTOS SOBRE 100)

	PL	NV	DB	CO	ME	CC	BA	LL	Total
Indicador sintético	47,5	45,0	43,8	43,1	43,1	42,1	42,0	41,9	43,3
<i>Indicadores individuales:</i>									
% DDD ARAII / DDD IECA + ARAII*	51,5	44,8	40,7	37,1	42,1	35,8	44,7	33,5	40,1
%DDD antidepresivos elección / DDD antidepresivos	32,8	25,5	22,6	18,4	18,6	24,9	28,2	24,2	23,8
%DDD Metformina + sulfonilurea / DDD antidiabéticos excepto insulinas	34,9	34,2	35,4	31,0	27,6	30,8	29,6	32,0	31,9
% DDD Omeprazol / DDD ibp	79,4	76,2	74,5	79,7	74,3	74,8	73,4	78,3	76,7
%DDD cefalosporinas de 3º / DDD antibióticos totales*	96,6	95,6	91,6	91,4	97,3	93,5	96,5	94,4	94,5
%Envases Amoxicilina sin clavulánico / Total Amoxicilina	40,1	31,5	45,7	43,3	41,2	43,9	30,8	32,0	38,6
% DDD AINES de elección / DDD AINES totales	53,1	49,9	47,9	56,2	55,7	49,5	49,5	51,0	51,9
%DDD antibióticos espectro reducido / DDD antibióticos totales	23,1	18,3	24,3	26,0	24,6	24,6	18,4	20,8	22,8
%DDD penicilinas sensibles betalactamasas / DDD antibióticos totales*	99,7	99,9	99,9	99,6	99,6	100,0	99,8	99,2	99,6
%DDD fluorquinolonas / DDD antibióticos totales*	87,8	85,8	87,9	89,1	88,4	89,7	81,4	90,6	88,4
%DDD macrólidos / DDD antibióticos totales*	83,3	85,9	85,5	88,0	86,4	83,0	88,7	86,7	85,9
%DDD cort. inhalados elecc / DDD cort. Inhal. + asoc.	22,9	35,4	29,5	28,8	20,1	33,6	29,2	27,4	27,5

Número de indicadores por encima de la media	9	6	6	7	7	6	6	5
--	---	---	---	---	---	---	---	---

Fuente: AIReF a partir de los datos recibidos de la Subdirección de Farmacia del SES.

(*) Indicadores agregados como su inversa.

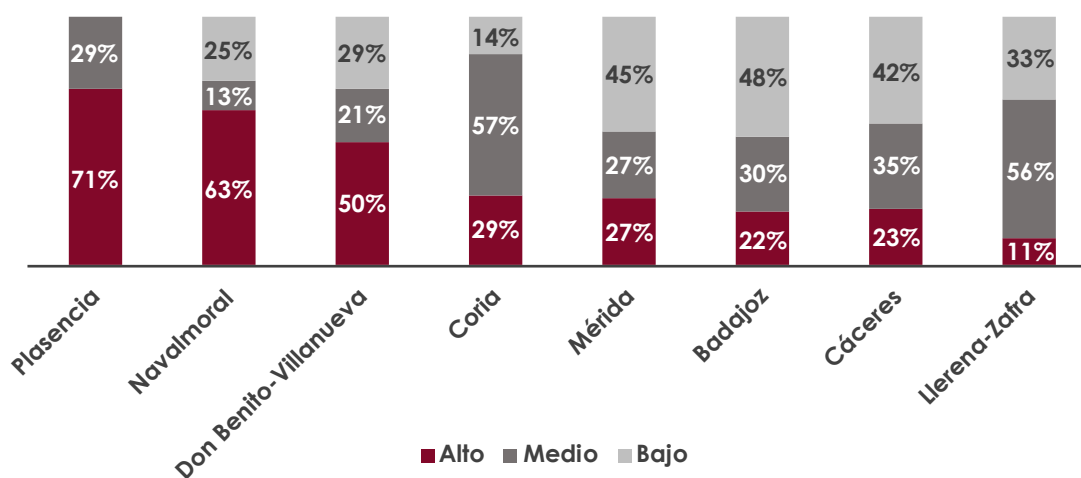
En su conjunto, el SES alcanza un resultado de **43,3 puntos sobre 100, un resultado medio-bajo en el cómputo general. Por áreas de salud, los mejores resultados se alcanzan en Plasencia (47,7 puntos), seguida de Navalmoral de la Mata (44,8 puntos) y Don Benito-Villanueva (43,8 puntos)**, todas ellas por encima del conjunto del SES. En el caso de Plasencia, además, también se encuentra muy por encima de la media del SES si se analizan otros indicadores de calidad como el porcentaje de genéricos prescritos (45,8 %, por encima del 40,8 % del total del SES) o la prescripción por principio activo sobre el total de especialidades (un 54 %, el segundo mejor resultado, solo superado por Badajoz con 54,9 %).

Por el contrario, las principales áreas de salud en términos de población, consumo y gasto farmacéutico, Badajoz y Cáceres, se sitúan por debajo del conjunto del SES.

En aquellos indicadores de calidad de medicamentos de mayor importancia en términos de gasto, los resultados alcanzados de forma global son especialmente bajos (mefforminas, ARAII).

El área de salud de Plasencia concentra la mayor parte de sus equipos de atención primaria (un 71 %) en el tramo de rendimiento alto. Por el contrario, menos del 25 % de los EAP de las áreas de Llerena-Zafra, Badajoz y Cáceres alcanzan un nivel de rendimiento alto. Las áreas de salud donde se registran las evoluciones más negativas de los indicadores en este periodo son Llerena-Zafra, Coria, Mérida y Don Benito-Villanueva de la Serena.

GRÁFICO 41. DISTRIBUCIÓN DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA POR NIVEL DE RENDIMIENTO. 2022.



Fuente: AIReF a partir de los datos facilitados por la Subdirección de Farmacia del SES.

Cuando se analiza la evolución a lo largo de los últimos cinco años se observa que el indicador sintético de calidad de la prescripción farmacéutica ha empeorado en todas las áreas de salud del SES casi en un 20 % (cuadro 17).

CUADRO 17. EVOLUCIÓN DEL INDICADOR SINTÉTICO DE CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN EXTREMADURA POR ÁREAS DE SALUD. 2018-2022 (PUNTOS SOBRE 100)

	2018	2019	2020	2021	2022	Δ 2018-2022
Plasencia	55,60	53,83	48,03	46,56	47,47	-15%
Navalmoral	53,40	50,74	45,03	42,90	44,95	-16%
Don Benito-V.	53,05	49,57	44,75	42,30	43,80	-17%
Coria	53,30	50,08	45,15	44,49	43,12	-19%
Mérida	52,37	51,49	42,60	43,13	43,08	-18%
Cáceres	52,35	48,13	42,31	40,43	42,09	-20%
Badajoz	50,01	49,16	40,83	40,62	42,00	-16%
Llerena-Zafra	49,70	46,65	40,95	41,06	41,92	-16%
Media SES	51,92	49,72	43,08	42,26	43,29	-17%

Fuente: AIR^eF a partir de los datos facilitados por la Subdirección de Farmacia del SES.

A partir de los datos de Alcántara también se ha podido calcular el indicador sintético de calidad de prescripción farmacéutica para el conjunto de las comunidades autónomas, en este caso hasta 2022 y ponderando por el peso relativo en términos del gasto farmacéutico con recetas en oficinas de farmacia para el conjunto de las comunidades autónomas.

En términos comparados, Extremadura ocupa la 13.ª posición según el resultado alcanzado en el indicador sintético de calidad de prescripción, por debajo del total del conjunto nacional y muy lejos de comunidades como Cataluña o Andalucía, por encima de los 50 puntos. De forma similar a lo que sucede en Extremadura, aunque la pandemia del COVID-19 y la paralización de la práctica totalidad de los servicios de salud de actividades y acciones de fomento del URM podría haber afectado a los resultados alcanzados, los datos indican que la tendencia y el empeoramiento se venía registrando desde los años anteriores (2017, 2018).

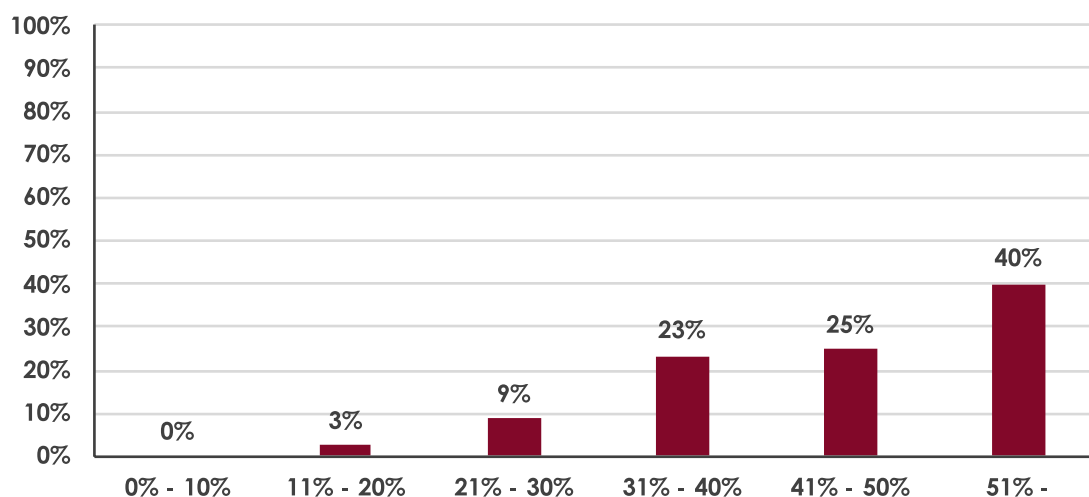
CUADRO 18. RESULTADOS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN EL INDICADOR SINTÉTICO DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN. 2017-2022 (PUNTOS SOBRE 100)

CC. AA.	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ 2017-2022
CAT	66,24	64,91	63,69	61,67	59,97	58,30	-12%
AND	61,67	60,37	58,46	55,66	53,34	51,21	-17%
MAD	56,87	55,40	54,29	52,62	50,75	49,10	-14%
PVA	52,46	51,26	50,13	48,50	47,05	45,83	-13%
BAL	53,33	51,92	50,77	48,73	47,11	45,60	-14%
CLM	50,32	49,12	48,36	46,91	45,88	44,75	-11%
NAV	49,56	48,32	47,33	45,63	44,49	43,71	-12%
CYL	50,33	48,83	47,72	45,89	44,50	43,01	-15%
TOT. NAC.	49,34	48,06	46,98	45,11	43,68	42,45	-14%
CAN	48,88	47,44	45,92	43,72	42,48	41,49	-15%
GAL	46,56	45,72	45,12	43,70	42,35	41,13	-12%
AST	47,06	45,60	44,83	43,55	42,20	40,68	-14%
RIO	44,17	43,80	43,60	42,29	41,29	40,61	-8%
EXT	46,81	45,61	44,62	42,95	41,65	40,45	-14%
ARA	46,05	44,47	43,19	41,18	39,62	38,59	-16%
CNT	46,36	44,69	43,45	41,69	40,17	38,29	-17%
CVA	42,75	41,81	40,99	38,98	37,71	37,05	-13%
MUR	41,34	40,69	39,77	37,71	36,57	35,95	-13%

Fuente: AIR^eF a partir de datos de Alcántara y datos facilitados por la Subdirección de Farmacia del SES.

Volviendo a los datos de Extremadura, otro aspecto relevante cuando se analizan los resultados alcanzados es la elevada variabilidad en la calidad de la prescripción entre profesionales. En términos agregados, un 46 % de los equipos de atención primaria (EAP) presentan unas diferencias entre el profesional con mejor y peor perfil de prescripción de más del 50 % dentro de la misma EAP (gráfico 42). Este resultado puede estar evidenciando las reducidas herramientas existentes para dirigir una prescripción homogénea y eficiente de medicamentos.

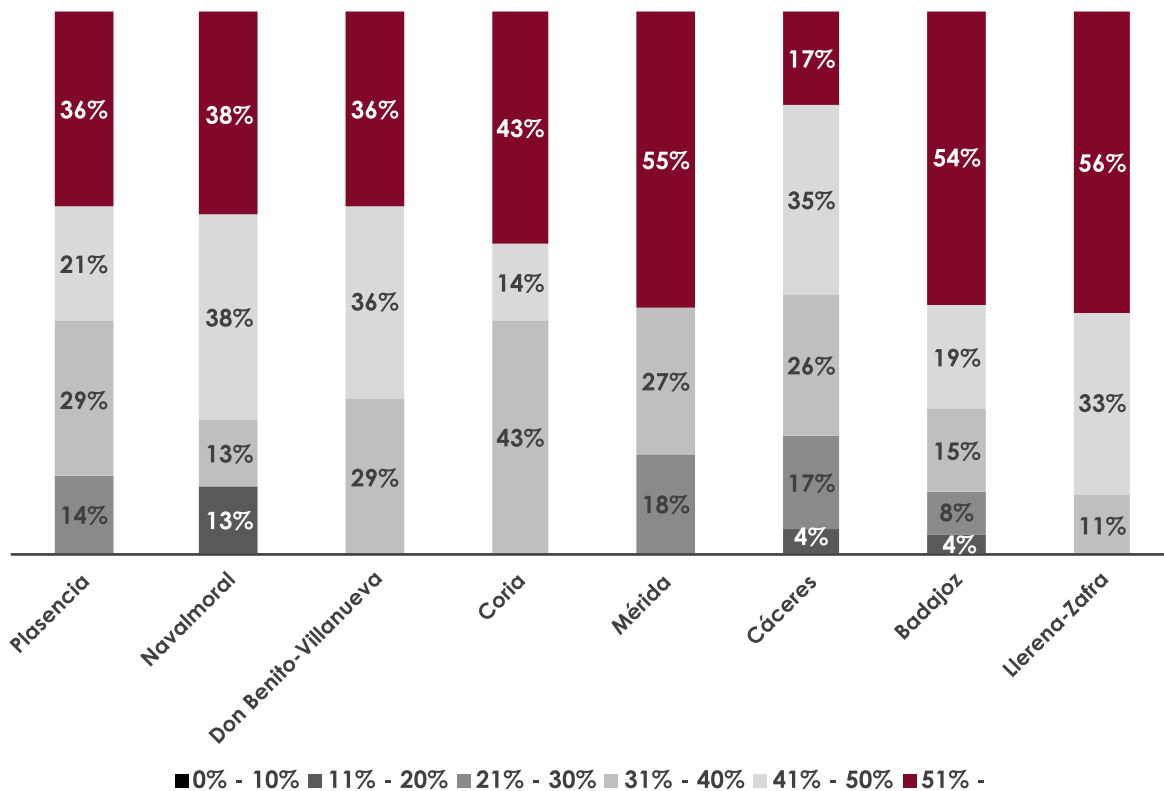
GRÁFICO 42. PORCENTAJE DE EAP SEGÚN EL RANGO DE DIFERENCIAS ENTRE EL PROFESIONAL CON MEJOR Y PEOR PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DENTRO DEL EAP. 2022



Fuente: AIReF a partir de los datos facilitados por la Subdirección de Farmacia del SES.

Por área de salud, destacan especialmente la heterogeneidad en la calidad de la prescripción en las áreas de salud de Llerena-Zafra y de Badajoz, donde el 67 % y el 58 % de los EAP presentan unas diferencias entre el mejor y peor perfil prescriptor de los profesionales de más del 50 %. Estas son las áreas de salud, además, con peor desempeño en el indicador sintético de calidad de prescripción.

GRÁFICO 43. PORCENTAJE DE EAP SEGÚN EL RANGO DE DIFERENCIAS ENTRE EL PROFESIONAL CON MEJOR Y PEOR PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DENTRO DEL EQUIPO, POR ÁREA DE SALUD. 2022



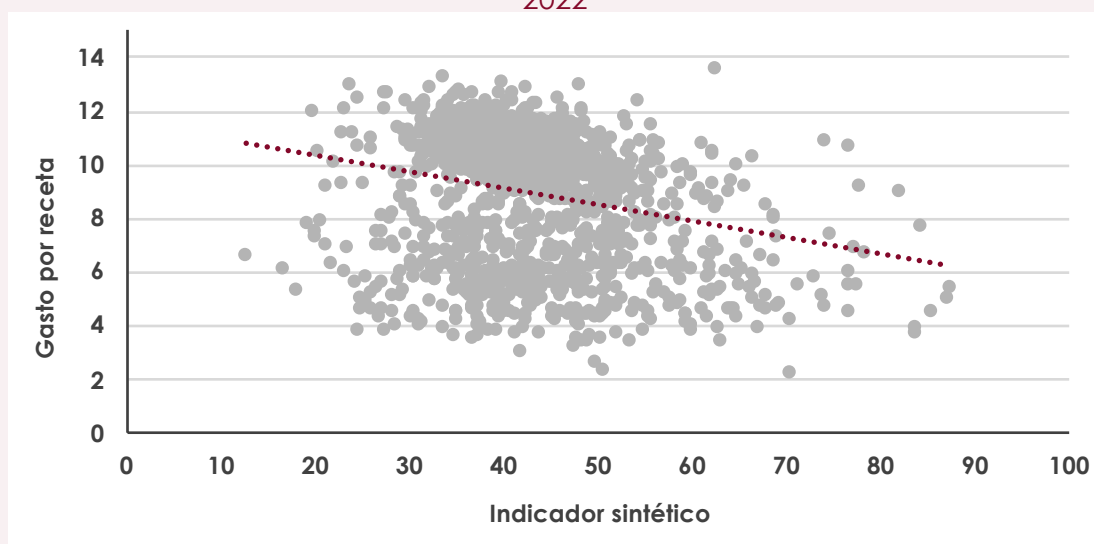
Fuente: AIReF a partir de los datos facilitados por la Subdirección de Farmacia del SES.

RECUADRO 1. CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA Y EFICIENCIA EN EL GASTO FARMACÉUTICO

Con el objetivo de identificar las posibles fuentes de mejora en la eficiencia de la comunidad autónoma, se ha estudiado si existe relación entre la calidad en la prescripción y el gasto farmacéutico. Para ello, se han utilizado dos variables, el índice de calidad en la prescripción farmacéutica y el gasto por receta. Como se ha explicado previamente, el índice sintético de calidad aglutina doce variables que permiten cuantificar el grado de calidad en la prescripción de fármacos por parte de los facultativos. La calidad en la prescripción toma valores comprendidos entre 0 y 100 indicando mayor calidad cuanto mayor sea el valor. Por su parte, el gasto por receta se mide en euros, tomar valores estrictamente positivos.

El ajuste mediante un modelo de regresión lineal permite apreciar la correlación negativa que existe entre el indicador de calidad de la prescripción y el gasto por receta (gráfico re_1.1.). El gráfico re_1.1. muestra la nube de puntos de estas dos variables para el ejercicio 2022 para cada profesional sanitario. Tal y como muestra la línea recta de correlación entre ambas variables los facultativos con mayor indicador sintético muestran, en media, un menor gasto por receta. Esta relación negativa no solo se observa en 2022, sino que se mantiene para cada año desde 2018.

GRÁFICO RE_1.1. RELACIÓN ENTRE EL GASTO EN RECETA Y EL INDICADOR SINTÉTICO DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN POR PROFESIONAL EN EXTREMADURA. 2022



Fuente: AIReF a partir de los datos facilitados por la Subdirección de Farmacia del SES.

Aprovechando toda la información disponible para cada prescriptor a lo largo de tres años (2018, 2019 y 2020), se observa que, en media, un incremento de 10 puntos en el indicador sintético vendría asociado a una disminución del gasto de entre 33 y 57 céntimos por receta (Cuadro re_1.1.). Las primeras cuatro columnas del Cuadro re_1.1. muestran el ajuste de modelos para cada uno de los años 2018, 2019, 2020 por separado, así como los tres años de forma conjunta. Los modelos controlan por el nivel de renta per cápita medio de la sección censal en la que se encuentra ubicado el centro de salud en el que presta servicios el facultativo. La idea que subyace a la inclusión de esta variable de control es que el nivel de renta de los pacientes podría tener poder explicativo del gasto por receta. Dado que el INE no ha publicado hasta la fecha datos de la renta media por sección censal posteriores a 2020, los modelos no incluyen las observaciones correspondientes a los años 2021 y 2022. A nivel teórico, el coeficiente del indicador sintético en estos primeros cuatro modelos podría estar sesgado por la omisión de variables explicativas del gasto por receta que a su vez estén correlacionadas con el propio indicador de calidad en la prescripción. Lo anterior, y dado que se dispone de información de cada prescriptor, motiva la estimación del modelo de la columna 5 mediante metodologías de datos de panel que permiten controlar por todas las variables relevantes a nivel del prescriptor cuyo valor permanezca constante en el tiempo (efectos fijos). Por ejemplo, este modelo permite controlar por las características particulares de cada facultativo que no evolucionen con el paso de los años, pero sí correlacionen con sus resultados en el indicador sintético de calidad de la prescripción. Esta estimación concluye que un aumento de un punto en el índice sintético de calidad disminuye el gasto por receta en 33 céntimos en media. Las variables binarias de año permiten controlar por posibles shocks idiosincráticos en cada ejercicio. Por su parte, la variable renta permite controlar por los posibles cambios de renta que se produzcan a lo largo del periodo en las áreas en las que se encuentran los centros de salud. Finalmente, la columna 6 estima el modelo para los facultativos para los que se dispone de datos completos durante los tres años.

En atención a los resultados anteriores, una mejora de un punto en todos los profesionales en el índice de calidad de la prescripción produciría un ahorro total medio de 850.000 euros por año. El modelo de efectos fijos estimado en la columna 5 del cuadro re_1.1. logra eliminar el sesgo que se produce por todas aquellas variables correlacionadas con el indicador sintético que son inmutables en el tiempo. Nótese que estos valores podrían variar si los coeficientes estimados no fueran consistentes, es decir, si existieran otras variables cambiantes en cada año, explicativas del gasto por receta y correlacionadas con el índice de calidad en la prescripción. Si este fuera el caso, el coeficiente estimado no tendría una interpretación causal por lo que, si bien representa el mejor de los ajustes con los datos disponibles, su valor debe tomarse con cautela y, de forma conservadora, como una correlación estadísticamente significativa a un nivel de significación del 5 %. Dado el volumen anual de recetas, es posible predecir con el modelo el ahorro total medio que produciría por cada punto de aumento

en el índice de calidad de la prescripción. De esta forma, se ha estimado que, si todos los facultativos lograran mejorar el índice de calidad un punto en un año, el ahorro total en el gasto farmacéutico alcanzaría los 850.000 euros. **De forma similar, si todos los prescriptor lograra mejorar el resultado del índice sintético hasta el nivel medio y máximo de su centro de salud, el ahorro total medio anual ascendería a 3,2 y 27,7 millones de euros respectivamente.**

CUADRO RE_1. 1. MODELOS ECONOMETRÍCOS EXPLICATIVOS DEL GASTO POR RECETA

	1	2	3	4	5	6
	2018	2019	2020	Fusionados	Panel	Panel equilibrado
	MCO	MCO	MCO	MCO	Efectos Fijos	Efectos Fijos
Indicador calidad en la prescripción	-0.0914***	-0.127***	-0.0303***	-0.0666***	-0.0339***	-0.0576***
Constante	15.38***	13.57***	12.33***	12.98***	13.62***	14.82***
Observaciones	1.085	1.31	1.338	3.733	3.733	4.54
R-cuadrado	0.148	0.247	0.028	0.087	0.044	0.145
Número de médicos					1.338	908
Nota 1:	P***<0,01 y errores estándar robustos					
Nota 2:	Se incluyen variables de control de renta y año.					

Fuente: AIReF a partir de los datos proporcionados por la Subdirección de Farmacia del SES y Alcántara.

En resumen, los resultados del indicador sintético de calidad de prescripción farmacéutica, así como otros que también se han analizado reflejan que la comunidad obtiene una puntuación media-baja, especialmente si se compara con otros servicios de salud de las comunidades autónomas. En los últimos años, el indicador sintético de calidad de prescripción farmacéutica en Extremadura ha empeorado de forma significativa. Se observan diferencias importantes entre áreas de salud que pueden deberse a la desigual implantación, despliegue y efectividad de las actuaciones de fomento del URM y así como a la desigual presión asistencial o a la falta de tiempo de los profesionales de atención primaria.

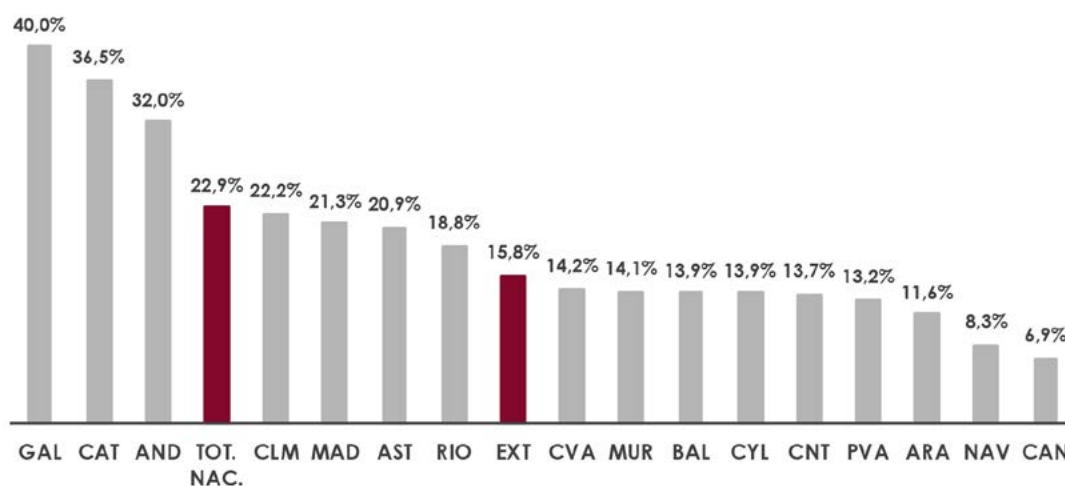
En definitiva, los datos ponen de manifiesto la necesidad de una mayor atención y control en la prescripción de medicamentos en el ámbito de receta y la urgencia de medidas que permitan revertir esta tendencia.

3.4. Medicamentos biosimilares en atención primaria

En España, 5 de los 15 principios activos con presentaciones de biosimilares financiadas en España también son de uso en atención primaria.

En la actualidad, 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 (gráfico 44).

GRÁFICO 44. PENETRACIÓN DE BIOSIMILARES EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EXTREMADURA Y LA MEDIA NACIONAL. 2022 (%)

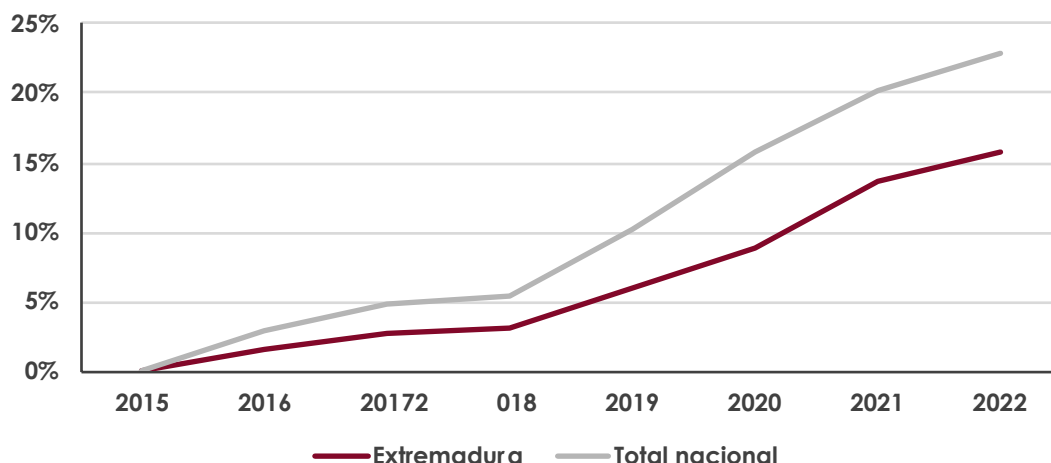


Fuente: AIReF a partir de datos de Alcántara.

Notas: Incluye todos los principios activos excepto trastuzumab, rituximab y bevacizumab.

Según la evolución registrada a lo largo de los cuatro últimos años, en Extremadura la penetración de biosimilares en el ámbito de receta se ha incrementado en 10 puntos porcentuales, 5 puntos menos de lo que ha aumentado en el conjunto nacional (gráfico 45). Esta evolución también ha sido inferior a la registrada en comunidades como Galicia (+26,8 p.p.), Cataluña (+27,5 p.p.), Andalucía (+18,8 p.p.) o Castilla-La Mancha (+16,4 p.p.). Por lo tanto, comparativamente con las otras comunidades autónomas, Extremadura tiene un amplio margen de mejora en lo que a utilización de medicamentos biosimilares en el ámbito de receta se refiere.

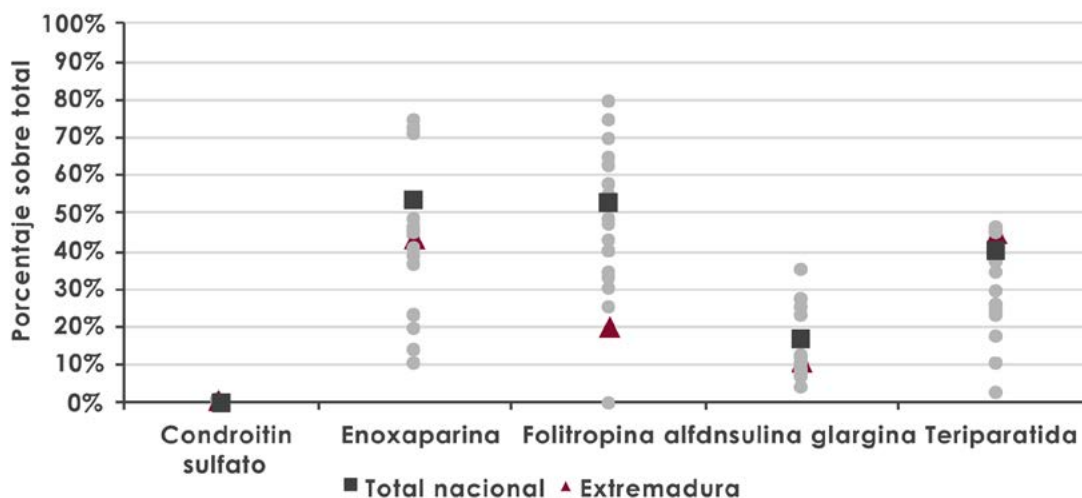
GRÁFICO 45. EVOLUCIÓN DE PENETRACIÓN DE BIOSIMILARES EN OFICINA DE FARMACIA EN EXTREMADURA Y LA MEDIA NACIONAL. 2015-2022 (%)



Fuente: AIReF a partir de datos de Alcántara.

Quando se analiza la penetración por principio activo, se observa que Extremadura se encuentra comparativamente peor en casi todos los principios activos dispensados en receta, como por ejemplo enoxaparina e filotropina alfa y, en menor medida, en insulina glargina. (gráfico 46). En cambio, se sitúa por encima de la media nacional en la utilización de teriparatida.

GRÁFICO 46. PENETRACIÓN DE BIOSIMILARES DEL ÁMBITO DE RECETA POR PRINCIPIO ACTIVO EN EXTREMADURA Y RESTO DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS 2022 (%)



Fuente: AIReF a partir de datos de Alcántara.

Tanto en las entrevistas del trabajo de campo como con los centros directivos, no se ha identificado que desde el SES se estén poniendo en marcha actuaciones para su fomento en el ámbito de atención primaria, ni con carácter específico ni como parte de estrategias más generales. De forma análoga a otras comunidades autónomas, los esfuerzos para el fomento de los biosimilares se circunscriben al ámbito hospitalario, donde hay mayor potencial en términos de eficiencia en el gasto farmacéutico.

En conclusión, aunque el uso de medicamentos biosimilares en atención primaria sigue siendo minoritario cuando se compara con el ámbito hospitalario, en los últimos años han crecido en importancia, pero en Extremadura tiene un margen de mejora amplio.

3.5. Atención farmacéutica. Seguimiento farmacoterapéutico y control de la adherencia terapéutica

3.5.1. Seguimiento farmacoterapéutico

El seguimiento farmacoterapéutico es una práctica orientada a la revisión de tratamientos y pacientes para la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación, de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.

Un área especialmente relevante para la implantación de programas seguimiento farmacoterapéutico son los pacientes polimedcados, frágiles y crónicos complejos.

El SES, de forma análoga a otros servicios de salud de las comunidades autónomas, puso en marcha en 2011 el Programa de Apoyo a Pacientes Polimedcados, que se complementa con el programa de revisión de la medicación en el paciente crónico complejo, y que constituyen la principal actuación de atención farmacéutica en el ámbito de la atención primaria.

Las figuras de los farmacéuticos, tanto del área como del EAP, desempeñan un papel fundamental en la ejecución de los programas de seguimiento farmacoterapéutico. Para llevar a cabo esta labor y monitorizar todo el proceso, los profesionales participantes disponen de una estación clínica en JARA (con funcionalidad "Revisión de tratamientos"). La estación clínica permite realizar revisiones de tratamientos y generar documentos de farmacia, de tal forma que las revisiones se incorporen a la historia clínica electrónica (HCE) del paciente.

En opinión de los profesionales entrevistados, así como según las respuestas recabadas mediante el Cuestionario para la dirección de atención primaria, estas actuaciones de seguimiento farmacoterapéutica y revisión de tratamientos presentan un amplio recorrido de mejora.

En primer lugar, tanto la frecuencia como la profundidad de esta labor de revisión de tratamientos y apoyo a los facultativos está muy condicionada por el tiempo asistencial disponible para dedicar a estas actuaciones, generalmente insuficiente en opinión de los principales profesionales que participan en su ejecución (médicos y FEAP).

En segundo lugar, muchos profesionales destacan la falta de continuidad de estas iniciativas y programas en el tiempo, y son percibidas en muchas ocasiones como acciones puntuales con una duración limitada (cada intervención dura en torno a dos o tres meses), sin que formen parte de una línea de trabajo más amplia.

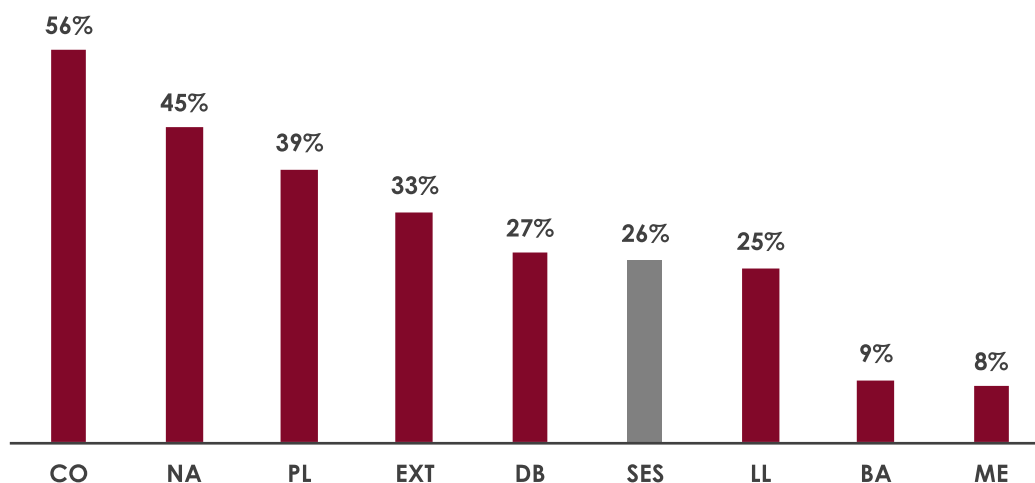
Precisamente relacionado con este punto y para favorecer la continuidad de estas iniciativas, según la información facilitada por la Subdirección de Farmacia del SES, se ha enviado en marzo de 2023 a los FEAP un nuevo listado de pacientes, en esta ocasión con más de 10 principios activos en su tratamiento para su revisión, con un objetivo mínimo de revisión de 10 pacientes por mes.

En tercer lugar, farmacéuticos tanto de área como de los EAP opinan que se podrían hacer muchas más intervenciones y programas en grupos farmacéuticos de gran utilización o en pacientes o grupos de mayor riesgo (antibióticos, benzodiazepinas, estatinas, opiáceos, etc.). De este modo, aunque no es una práctica habitual, en algunas áreas o incluso en algunos equipos, promovidos por los farmacéuticos del EAP, se acometen iniciativas propias de revisión de medicamentos (alertas de seguridad, cambios en ficha técnica, revisiones de determinados grupos farmacológicos y pacientes, etc.).

En términos de resultados, estos son dispares entre áreas de salud (gráfico 47). Durante el 2022 se revisaron en el conjunto del SES 3.034 pacientes, un 26 % del total de pacientes objetivo de revisión (11.512 pacientes).

Por áreas de salud, destaca especialmente Coria (56 %), Navalmoral de la Mata (45 %) y Plasencia (39 %), donde se alcanzan las mayores tasas de revisión. En el extremo opuesto se sitúan Mérida (8 %) y Badajoz (9 %), con menos del 10 % de pacientes diana revisados.

GRÁFICO 47. PORCENTAJE DE PACIENTES REVISADOS SOBRE EL TOTAL DE PACIENTES DIANA. 2022 (%)



Fuente: AIReF a partir de datos proporcionados por la Subdirección de Farmacia del SES.

Con relación a los pacientes no revisados, solo una pequeña parte se debe a imposibilidad de revisión por causas de fuerza mayor, de forma que en una parte muy importante de los pacientes diáneos no se está llevando a cabo la revisión pertinente. Según los mismos datos, en el conjunto del SES el 8 % de los pacientes diáneos no se han podido revisar por causas como el fallecimiento del paciente, cambio de domicilio, etc.

Por EAP, aunque solo se dispone de los datos referidos al área de salud de Cáceres, también se observa una variabilidad notable entre EAP. Así pues, de los 23 EAP del Área, se han revisado pacientes en 19 de ellos: mientras que algunos alcanzan tasas de revisión del 100 % o muy elevadas, en otros no llegan al 60 %.

Por último, si se comparan los tratamientos activos que tenían los pacientes sobre los que se ha realizado la intervención en febrero de 2022 y octubre de 2022, se observa una reducción del 4,7 %, lo que ha supuesto una reducción del 6,0 % de los principios activos prescritos.

En definitiva, el SES tiene implantado un programa de revisión de tratamientos en el ámbito de la atención primaria en el que se ha observado un importante recorrido de mejora, tanto en términos de una mayor continuidad temporal como de una mayor participación, apoyo y difusión entre los médicos y farmacéuticos, así como de mayor alcance y profundidad de las intervenciones realizadas.

3.5.2. Control de la adherencia terapéutica de los pacientes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento de este; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo establecido.

El Programa de Apoyo a Paciente Polimedicado en Extremadura no incorpora la valoración de la adherencia a los tratamientos mediante herramientas como el test de Morisky-Green-Levine, cuyo resultado ayude a la toma de decisiones en cuanto a las intervenciones más apropiadas para cada paciente. Otros programas del paciente polimedicado desarrollados en otras comunidades autónomas sí incorporan este tipo de herramientas³⁴.

En las entrevistas del trabajo de campo se puso de manifiesto que, en algunas ocasiones, se realizan ciertas actuaciones o acciones de control de adherencia terapéutica pero no responden o forman parte de ningún programa o actuación sistemática. Más concretamente, según las respuestas obtenidas en el *Cuestionario para la dirección de atención primaria*, en todas las áreas, a excepción de Coria, se llevan a cabo acciones o actuaciones para mejorar la adherencia a los tratamientos. En dos áreas (el área de salud de Llerena-Zafra y el área de salud de Don Benito-Villanueva de la Serena) los profesionales señalan que estas actuaciones se llevan a cabo de forma sistemática con determinados grupos de pacientes, mientras que en las cinco restantes se llevan a cabo de forma puntual para determinados grupos de pacientes.

Según el citado cuestionario, en general en todos ellos estas actuaciones las lleva a cabo el personal de farmacia de área de los centros de atención primaria. En alguna ocasión, como es el caso del área de salud de Navalmoral de la Mata, también cuentan con la participación de los miembros del equipo de atención primaria mediante el Programa de Apoyo al Paciente Polimedicado.

La medición del impacto de las acciones de control de la adherencia, en términos clínicos como económicos, no se lleva a cabo en ningún área de salud, según las respuestas indicadas en el citado cuestionario.

Finalmente, y de forma análoga a lo que sucede en las acciones de seguimiento farmacoterapéutico y de revisión de los tratamientos, todas las direcciones de atención primaria coinciden en que las acciones de control de la adherencia a los tratamientos se tratan de una práctica con un amplio margen de mejora.

Por otro lado, relacionado con el registro en los sistemas corporativos de las actuaciones de control de la adherencia a los tratamientos, todas las áreas de salud que llevan a

³⁴ Para mayor detalle véase *Evaluación del gasto farmacéutico público en Aragón*, publicado por la AIReF.

cabo este tipo de actuaciones afirman que registran las acciones y actuaciones realizadas. No obstante, no lo realizan a partir de la historia clínica, sino que lo llevan a cabo con otros sistemas (papel, hojas de cálculo o sistemas de información locales).

También cabe destacar que, según las entrevistas del trabajo de campo realizadas, en Extremadura no se dispone actualmente de un marco colaborativo con las oficinas de farmacia a través del cual estas participen en actuaciones de control de la adherencia a los tratamientos. No obstante, y tal y como se puso de manifiesto en el *SR 1: gasto de receta*, la capilaridad y cercanía del farmacéutico comunitario pueden ser elementos de gran importancia a la hora desplegar actuaciones de control de adherencia en distinto tipo de pacientes y patologías y garantizar un buen uso de los fármacos.

En conclusión, si bien es cierto que en el ámbito de la atención primaria en Extremadura se realizan ciertas actuaciones o acciones de control de adherencia terapéutica, estas no responden o no forman parte de ningún programa o actuación sistemática.

4.

EVALUACIÓN DEL GASTO EN MEDICAMENTOS DISPENSADOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS

4.1. Introducción

4.1.1. Normativa

El marco regulatorio de referencia para la atención y prestación farmacoterapéutica en los centros sociosanitarios es el Real Decreto-ley 16/2012. Esta norma estatal establece, en su artículo 6, la obligatoriedad de que aquellos centros sociales con 100 camas o más en régimen de asistidos dispongan de un servicio de farmacia hospitalaria propio. Por su parte, en los centros sociosanitarios de menos de 100 camas en régimen de asistidos se exige un depósito de medicamentos vinculado a un SFH del área sanitaria bajo la responsabilidad del jefe del servicio, en el caso de centros sociosanitarios públicos; y a una oficina de farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria, en el supuesto de que se trate de un centro sociosanitario privado.

En Extremadura, a la fecha de realización de este informe, la normativa de referencia que ordena la atención farmacéutica en los centros sociosanitarios de la región es la Ley 6/2006 de Farmacia de Extremadura.

En la actualidad la comunidad se encuentra desarrollando un proyecto de decreto de la prestación farmacéutica en los centros residenciales³⁵. Según los términos en los que se plantea este proyecto de decreto, cuyos aspectos más relevantes se describen en el apartado 4.8, el modelo de prestación farmacéutica se configurará en función del número de camas de estos centros, en línea con lo dispuesto en la normativa estatal, y se detallará el modelo de atención farmacéutica a desarrollar en unos y otros centros.

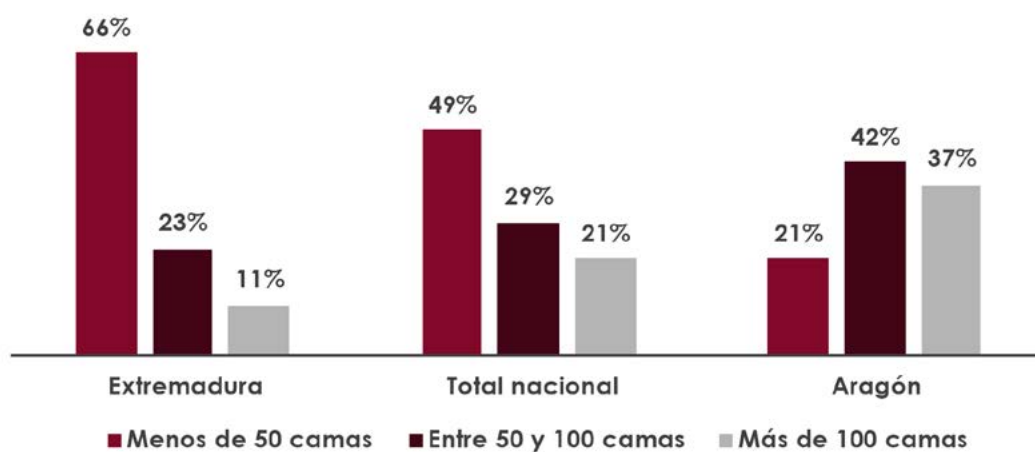
³⁵ A la fecha de realización de este informe, el proyecto de decreto para la prestación farmacéutica en centros residenciales se encuentra en borrador y en fase de revisión por parte de la asesoría jurídica.

4.1.2. Caracterización de los centros sociosanitarios de Extremadura

Según la base de datos de centros sociosanitarios de Extremadura, en la actualidad³⁶ existen en la comunidad un total de 308 centros, con características diversas.

Atendiendo a su tamaño, uno de los principales rasgos característicos de los centros sociosanitarios de Extremadura es su menor tamaño medio en comparación con otras regiones (gráfico 48).

GRÁFICO 48. DISTRIBUCIÓN DE LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS SEGÚN EL TAMAÑO (NÚMERO CAMAS) (%)

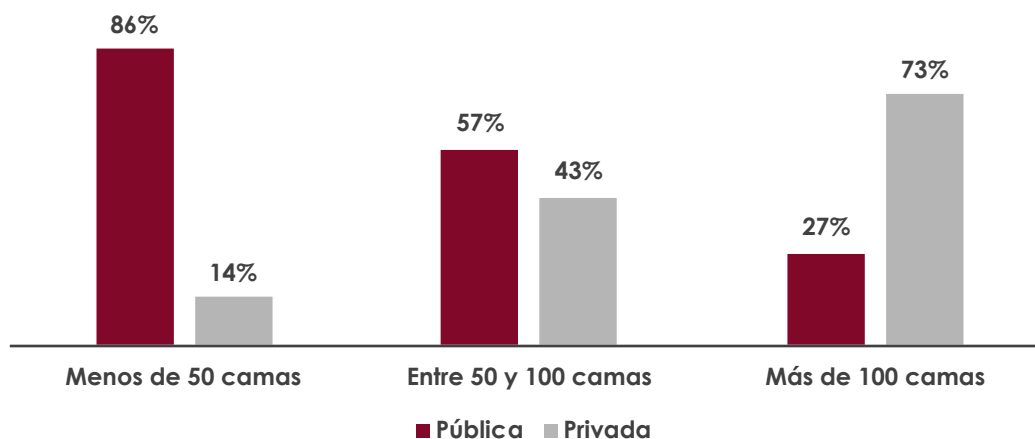


Fuente: AIReF a partir de la base de datos de centros sociosanitarios de Extremadura y Aragón, así como de los distintos registros y bases de datos de las otras comunidades autónomas.

Por lo que respecta a su titularidad, en Extremadura la mayor parte de los centros sociosanitarios son de titularidad pública. (gráfico 49).

³⁶ Información a fecha de septiembre de 2022.

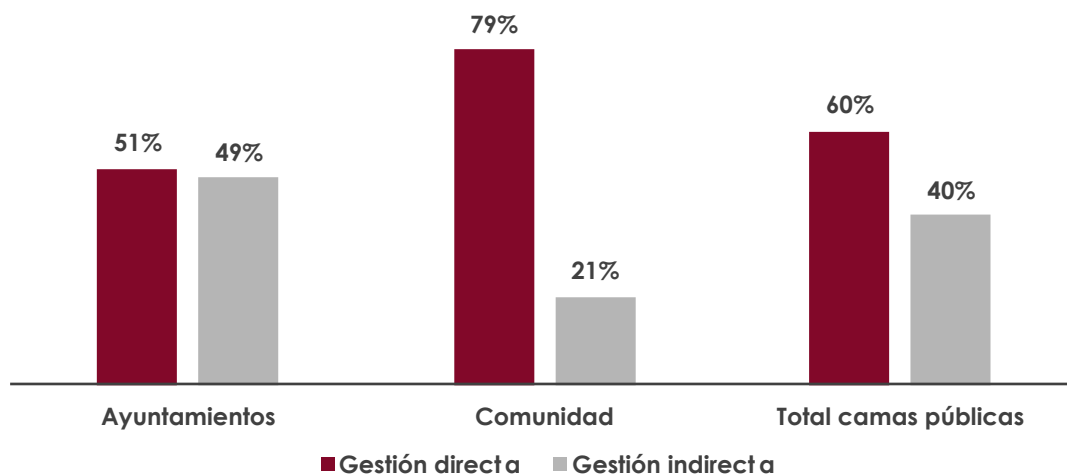
GRÁFICO 49. DISTRIBUCIÓN DE LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS SEGÚN SU TITULARIDAD Y TAMAÑO (%)



Fuente: AIReF a partir de la base de datos de centros socio sanitarios de Extremadura.

Atendiendo a su gestión, predomina la gestión directa de los centros públicos (en el 60 % de las camas públicas), aunque se observan importantes diferencias según el organismo titular del centro socio sanitario.

GRÁFICO 50. DISTRIBUCIÓN DE CAMAS PÚBLICAS SEGÚN EL TIPO DE GESTIÓN (%)



Fuente: AIReF a partir de la base de datos de centros socio sanitarios de Extremadura.

Nota: Se entiende por gestión directa la gestión por el propio organismo público titular del centro.

Teniendo en cuenta el tipo de asistencia prestada, el 66 % de las camas de los centros socio sanitarios están destinadas a personas dependientes, mientras que el 37 % restante son destinadas a personas autónomas.

Por lo que respecta a la caracterización de los centros sociosanitarios de Extremadura según la vinculación de la prestación farmacéutica (es decir, según si se realiza desde las oficinas de farmacia o desde los servicios de farmacia de los hospitales –o de atención primaria–) no se dispone de esta información en la base de datos de centros sociosanitarios de Extremadura.

Por último, desde el SES tampoco se dispone de datos de gasto y consumo de medicamentos en los centros sociosanitarios, por lo que no resulta posible realizar un análisis descriptivo del gasto en farmacia en los centros sociosanitarios de la comunidad autónoma.

4.2. Coordinación de la atención sociosanitaria y continuidad asistencial

4.2.1. Modelo de gobernanza para la integración y coordinación de la atención sociosanitaria

En Extremadura, a pesar de los esfuerzos para integrar la atención social y sanitaria y crear formalmente espacios y estructuras compartidas, su nivel de desarrollo hasta la fecha ha sido escaso e insuficiente³⁷. El 95,4 % de los centros cuando son preguntados acerca de si existe alguna comisión o grupo de trabajo para mejorar la coordinación entre los niveles asistenciales que participan en la atención al residente, responden que no la hay o que lo desconocen.

En las entrevistas con profesionales y directivos se ha puesto de manifiesto que no hay una relación fluida y continua entre el ámbito social y el sanitario y que no existen espacios y estructuras de comunicación y coordinación que tengan un funcionamiento continuado.

En los centros residenciales del SEPAD, las entrevistas realizadas pusieron de manifiesto que, a pesar de que el SES y el SEPAD se integren en la misma Consejería, no existen grupos de trabajo ni espacios comunes en los que se haga partícipes a estos centros.

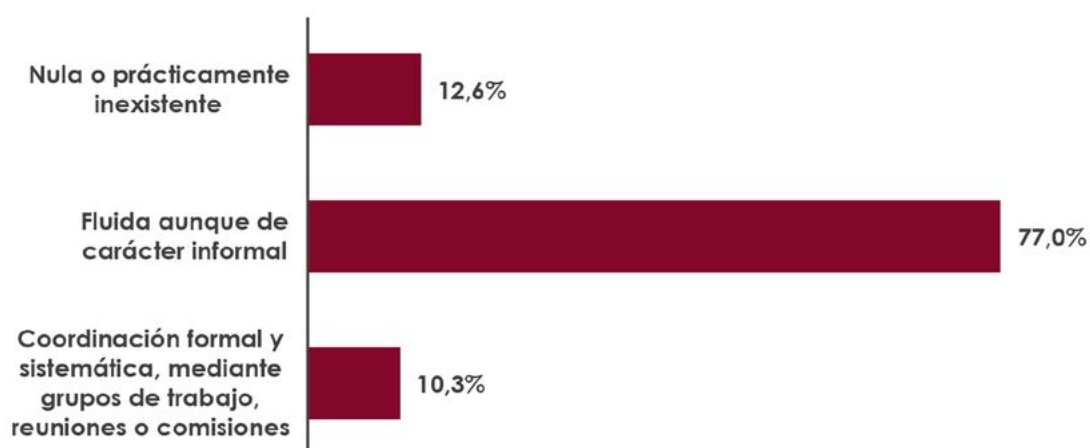
Esta falta de integración y coordinación entre los ámbitos sanitario y social cobra especial importancia a la vista de la alta atomización de los centros sociosanitarios en Extremadura.

³⁷ Así se recoge en algunos estudios y publicaciones: Simón M. (2017). *Avances en Políticas Sociosanitarias en Extremadura*. Fundación Caser.

4.2.2. Coordinación e integración efectiva en el plano asistencial

Según el *Cuestionario para los centros sociosanitarios*, en el 77 % de los centros sociosanitarios la comunicación y coordinación con la atención primaria para la asistencia sanitaria y la prestación farmacoterapéutica a los residentes es fluida, aunque de carácter informal.

GRÁFICO 51. PORCENTAJE DE CENTROS SEGÚN EL ESQUEMA DE COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA Y LA PRESTACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LOS RESIDENTES (%)



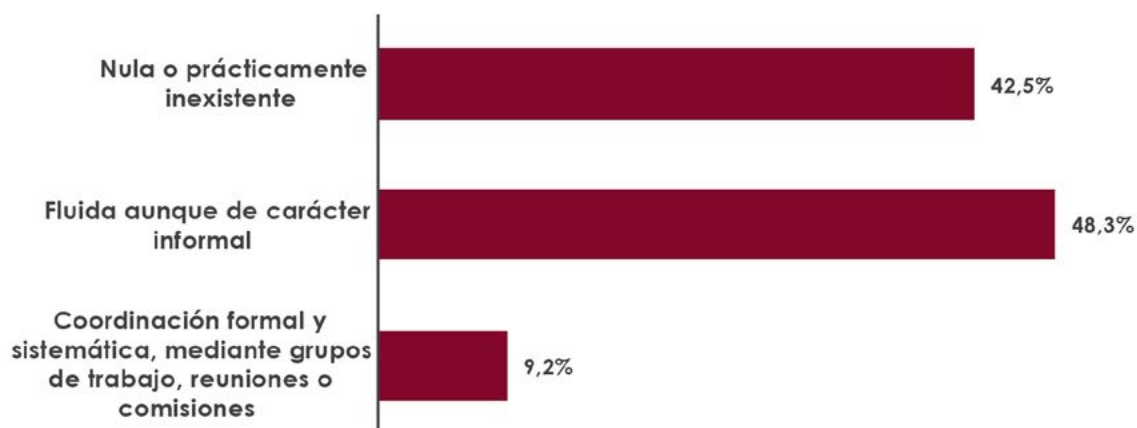
Fuente: AIReF a partir del *Cuestionario para los centros sociosanitarios de Extremadura*.
N= 87 centros.

Los centros con personal médico propio recurren a figuras de enlace, puesto que la falta de acceso a los sistemas de información y la ausencia de estructuras o espacios comunes de coordinación con el sistema sanitario las hace imprescindibles para la adecuada atención a los residentes.

En los centros que no disponen de personal médico propio la atención a los residentes recae en exclusiva en los médicos de los equipos de atención primaria.

Más de un 40 % de los centros sociosanitarios afirman que la comunicación con el ámbito hospitalario es nula o prácticamente inexistente. (gráfico 52).

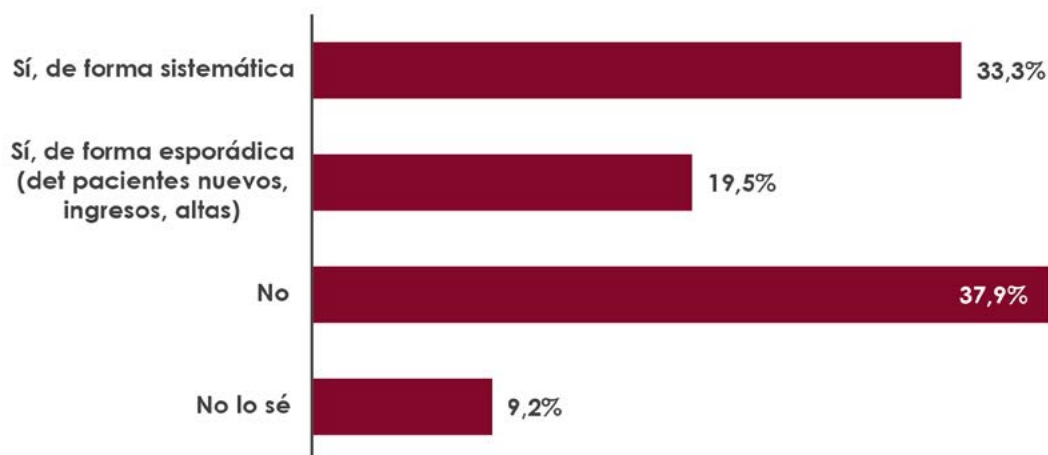
GRÁFICO 52. PORCENTAJE DE CENTROS SEGÚN EL ESQUEMA DE COORDINACIÓN CON ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA Y LA PRESTACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LOS RESIDENTES (%)



Fuente: AIReF a partir del *Cuestionario para los centros sociosanitarios de Extremadura*.
N= 87 centros.

Además, solo en un tercio de los centros se llevan a cabo de forma sistemática acciones de forma conjunta con atención primaria u hospitalaria para fomentar la continuidad asistencial del paciente, la revisión de los tratamientos y la conciliación de la medicación (gráfico 53).

GRÁFICO 53. PORCENTAJE DE CENTROS SOCIO SANITARIOS EN LOS QUE SE LLEVAN A CABO ACCIONES CON ATENCIÓN PRIMARIA U HOSPITALARIA PARA TRABAJAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL



Fuente: AIReF a partir del *Cuestionario para los centros sociosanitarios de Extremadura*.
N= 87 centros.

En opinión de los profesionales entrevistados, la coordinación y la transferencia de información entre niveles asistenciales es especialmente crítica en las transiciones asistenciales, como es el caso de nuevos ingresos o de altas de los residentes que hayan sido hospitalizados, con la consecuente pérdida de control y seguimiento del paciente, así como las implicaciones que esto genera tanto en la seguridad como en la calidad de la atención prestada.

GRÁFICO 54. PORCENTAJE DE CENTROS SEGÚN EL ESQUEMA PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CLÍNICA Y FARMACOTERAPÉUTICA DEL RESIDENTE ANTE TRANSICIONES ASISTENCIALES (ALTAS HOSPITALARIAS Y NUEVOS INGRESOS)



Fuente: AIReF a partir del Cuestionario para los centros sociosanitarios de Extremadura.

N= 87 centros.

Nota: Pregunta de respuesta múltiple.

4.2.3. Integración y acceso a los sistemas de información sociosanitaria

Durante las entrevistas del trabajo de campo en los centros sociosanitarios y con los equipos directivos, se ha puesto de manifiesto que en Extremadura no existe un sistema de información común y unificado que integre la información social y sanitaria, que dé soporte a la coordinación y continuidad asistencial. Entre las razones de la falta de una historia social y sanitaria unificada están el bajo nivel de desarrollo de los sistemas de información, tanto en el ámbito social como sanitario (los sistemas de información no permiten distinguir o identificar a los pacientes que residen en centros sociosanitarios) y la escasa o prácticamente nula integración entre ellos.

A diferencia de otras comunidades autónomas, como Aragón, tampoco se ha puesto en marcha o se ha desarrollado algún sistema de información bidireccional o plataforma conjunta para compartir información entre el ámbito social (centros

sociosanitarios) y el ámbito sanitario, de forma que desde ambos ámbitos se pueda registrar y acceder a la información.

La falta de un sistema de información único e integrado y la falta de acceso a los sistemas de información sanitaria y sociosanitaria existentes por unos y otros profesionales genera importantes asimetrías entre niveles asistenciales, discontinuidades de la información y múltiples debilidades funcionales y operativas. Todo ello se termina traduciendo en una pérdida de la calidad asistencial para los residentes de los centros sociosanitarios.

4.3. Guía farmacoterapéutica de centros sociosanitarios y plan terapéutico del paciente

Según se ha puesto de manifiesto en las entrevistas del trabajo de campo en los centros sociosanitarios, en los centros vinculados a un servicio de farmacia hospitalaria se dispone de una guía farmacoterapéutica (GFT) o petitorio del centro, de acuerdo con el catálogo de medicamentos del hospital de referencia o del servicio de farmacia correspondiente. No obstante, los medicamentos y, especialmente, sus presentaciones no siempre están adaptadas a las particularidades y necesidades de los residentes, por lo que en algunos casos se adaptan o se utilizan otras como referencia.

En aquellos centros en los que no hay un suministro directo de medicamentos por parte del hospital de referencia o del servicio de farmacia correspondiente y donde la prescripción se realiza por parte de los médicos de atención primaria, estos disponen de la guía farmacoterapéutica de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) integrada en JARA, como herramienta de ayuda a la prescripción de todos los pacientes, con independencia de su residencia.

A ello hay que añadir, además, las limitaciones de los sistemas de información ya apuntadas, que no permiten distinguir si un paciente reside en un centro sociosanitario, lo que a su vez dificulta la implantación de una guía farmacoterapéutica específica y homogénea para todos los pacientes de centros sociosanitarios en los sistemas de prescripción. Cabe destacar que, según las entrevistas con algunos centros directivos, desde el SES se ha desarrollado y configurado una guía farmacoterapéutica para los centros sociosanitarios, pero esta no se encuentra implementada e integrada en los sistemas de prescripción electrónica, accesible a todos los profesionales.

A su vez, tampoco se dispone de un plan terapéutico único del paciente de centro sociosanitario, integrado e implementado en los sistemas y accesible a todos los profesionales de todos los niveles asistenciales y sociales.

En resumen, no se dispone de una guía farmacoterapéutica para los pacientes de los centros sociosanitarios, única, homogénea e integrada en JARA como herramienta

de ayuda a la prescripción y accesible a todos los profesionales. Tampoco se dispone de un plan terapéutico único del paciente sociosanitario, con inclusión de la prescripción hospitalaria y la de receta, e instrumentalizado con una guía farmacoterapéutica única e integrada en los sistemas de información. Esto genera una importante variabilidad clínica y dificulta el adecuado control y seguimiento de los tratamientos de estos pacientes.

4.4. Modelo de prescripción farmacéutica

De forma general, el titular responsable de la prescripción a los residentes de los centros sociosanitarios, así como de su atención clínica y de su seguimiento, es el facultativo de atención primaria del centro de salud de referencia del centro sociosanitario, puesto que se trata de pacientes incluidos en el cupo de estos facultativos.

No obstante, el modelo de prescripción farmacéutica y las herramientas utilizadas difieren entre centros sociosanitarios según su tipología y del modelo de prestación farmacéutica, con distintas situaciones:

- **En los centros sociosanitarios que disponen de un médico autorizado para prescribir en el sistema público de prescripción oficial (JARA), la mayoría centros del SEPAD, este se trata de un profesional del SES con acceso y puesto de trabajo en el sistema de información JARA.** No obstante, el resto de los profesionales sanitarios que trabajan en estos centros no dispone de acceso a JARA (personal de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, etc.). Esta falta de acceso a JARA genera importantes problemas de coordinación y continuidad asistencial.

El hecho de que en algunos de estos centros coexistan diferentes programas o sistemas para la prescripción (es el caso de CITRIX), a pesar de tener acceso a JARA, no contribuye a una buena continuidad de los procesos asistenciales y de cuidados.

La insuficiente formación para una correcta utilización del sistema de información JARA y de las distintas herramientas de ayuda a la prescripción hace que en algunas ocasiones todavía se prescriban de forma manual en las recetas oficiales, sin utilizar el sistema JARA.

- **En los centros sociosanitarios que disponen de personal médico, pero no está autorizado a prescribir en el sistema público oficial (médicos privados contratados por el propio centro sociosanitario), se suelen emitir propuestas de prescripción, normalmente de procesos agudos, que posteriormente se remiten a los facultativos de atención primaria para su revisión, validación, y registro en el sistema de receta electrónica.**
- **En los centros sociosanitarios que no disponen de personal médico (ni médicos privados ni médicos autorizados para prescribir en el sistema público oficial),**

son los facultativos de los equipos de atención primaria los encargados de la prescripción farmacéutica a los residentes, tanto aguda como crónica.

Con relación a los centros que disponen de médico propio, en las entrevistas del trabajo de campo también se ha puesto de manifiesto que los facultativos de atención primaria podrían hacer una revisión más exhaustiva de las propuestas de prescripción efectuadas por estos profesionales y los tratamientos de estos residentes, lo que tiene implicaciones relevantes en términos de calidad de la prescripción y la atención sanitaria prestada. Además, aun cuando se revisan, no parece habitual que se produzcan muchos cambios o ajustes.

Es especialmente relevante resaltar que los profesionales médicos de los centros sociosanitarios, contratados o no por el SES, no están sujetos a una evaluación de su perfil y actividad prescriptora ni del nivel de resultado de los indicadores de calidad y de control y eficiencia del gasto farmacéutico establecidos de forma general por el SES, ni reciben formación e información relacionada con el uso racional del medicamento.

En definitiva, en los centros sociosanitarios de Extremadura no hay un modelo de prescripción farmacéutica único, homogéneo e integrado en los sistemas de información oficiales del SES, sino que conviven diferentes modalidades y herramientas para llevar a cabo la prescripción a los residentes.

4.5. Dispensación de medicamentos a los centros sociosanitarios

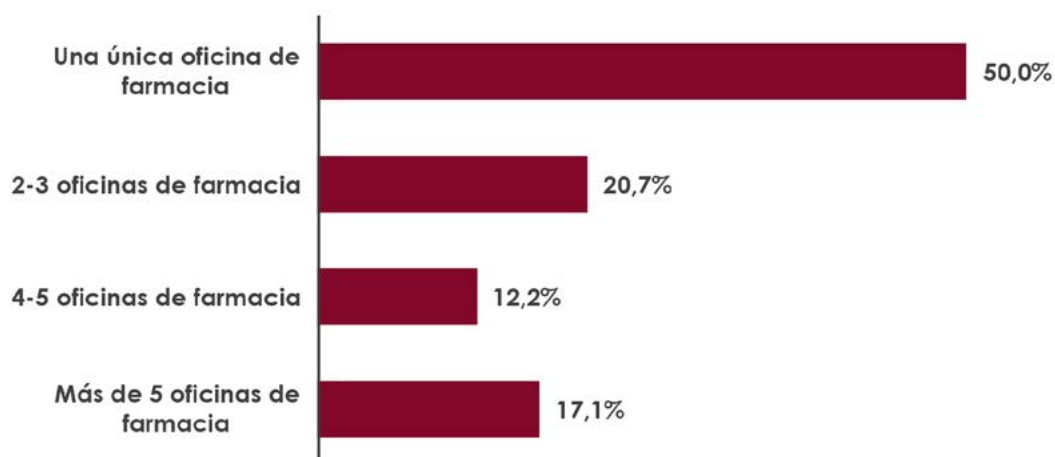
En los centros sociosanitarios de Extremadura, la dispensación de medicamentos a los residentes se efectúa, de forma general, con el siguiente esquema:

- **En los centros sociosanitarios de más de 100 camas el suministro de la mayoría de los medicamentos se lleva a cabo de forma directa desde los servicios de farmacia de los centros asistenciales.** En la mayoría de los centros estos centros la medicación la dispensan los servicios de farmacia de los hospitales de referencia, aunque en tres centros del área de salud de Cáceres la dispensación la realiza el servicio de farmacia de atención primaria del área. Los medicamentos no disponibles en la guía farmacoterapéutica del hospital se adquieren a una (o varias) oficinas de farmacia.
- **En los centros sociosanitarios de menos de 100 camas (mayoritarios en Extremadura) el suministro de medicamentos se lleva a cabo de forma directa desde una o varias oficinas de farmacia.** En la mayoría de los centros sociosanitarios de estas características, la medicación la dispensan las oficinas de farmacia, o son los propios residentes o sus familiares quienes recogen la medicación en la oficina de farmacia.

4.5.1. Número de oficinas de farmacia que suministran a los centros sociosanitarios y criterios para su elección

En Extremadura los principales criterios de elección de las oficinas de farmacia son, en su mayoría, la proximidad al centro y el sistema de preparación de la medicación que ofrecen y el grado de vinculación con una sola farmacia es elevado (gráfico 55). Algunos centros, principalmente de titularidad privada o gestionados por grupos privados, exigen la dispensación de medicamentos con sistemas automatizados para la preparación de unidosis.

GRÁFICO 55. PORCENTAJE DE CENTROS SEGÚN EL NÚMERO DE OFICINAS DE FARMACIA QUE DISPENSAN MEDICACIÓN



Fuente: AIReF a partir del *Cuestionario para los centros sociosanitarios de Extremadura*.

Nota: N= 82 centros. En el caso de los centros que reportan más de cinco oficinas de farmacia, los valores observados son bastante elevados y podrían considerarse valores atípicos.

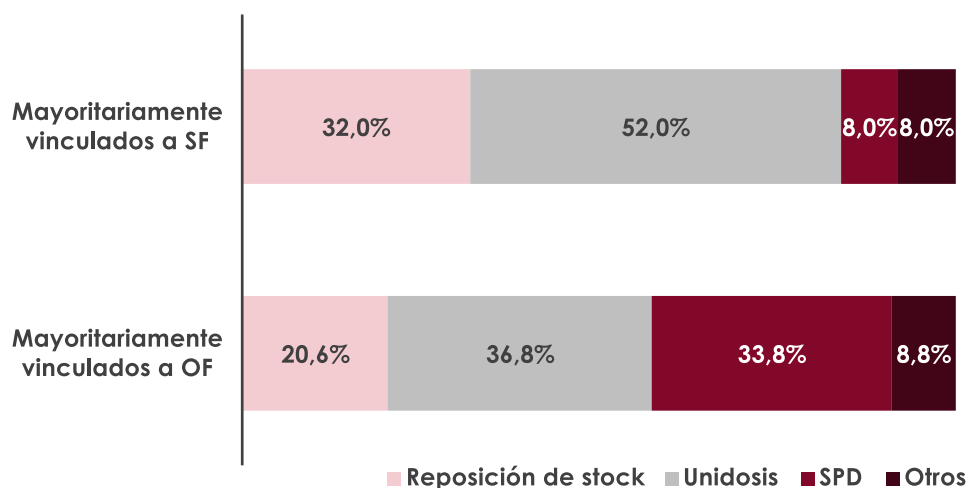
También se ha evidenciado que, por lo general, la vinculación de las oficinas de farmacia a los centros sociosanitarios para la dispensación de medicamentos no se realiza mediante procedimientos públicos y reglados.

4.5.2. Modalidad de dispensación de medicamentos a los centros sociosanitarios

- En los centros de más de 100 camas, en los que la dispensación de la mayor parte de los medicamentos la efectúa un servicio de farmacia del hospital o de atención primaria, la fórmula más habitual de **dispensación con la reposición por stock o en unidosis**.

- En el resto de los centros, en los que la dispensación de medicamentos la realizan una o varias oficinas de farmacia, hay varios modelos.

GRÁFICO 56 .MODALIDADES DE DISPENSACIÓN MÁS HABITUALES SEGÚN EL SUMINISTRO PRINCIPAL DE LOS CENTROS



Fuente: AIReF a partir del *Cuestionario para los centros sociosanitarios de Extremadura*. N= 87 centros.

El sistema de dispensación mejor valorado por los profesionales entrevistados es el sistema personalizado de dispensación, en los que la medicación prescrita se envasa en recipientes cerrados herméticamente, de forma que se dispone de dosis unitarias individualizadas en diferentes compartimentos por día, diferenciando las distintas tomas (desayuno, comida, merienda, cena) y los días de la semana. Este tipo de sistemas presenta grandes ventajas en términos de seguridad, al evitar problemas de manipulación y conservación de los medicamentos. Por otro lado, son más eficientes, ya que evitan que el personal de enfermería de los centros dedique una parte importante de su tiempo asistencial a la preparación de la medicación, de forma que pueden destinar este tiempo a otras actividades de mayor valor añadido. Por último, este sistema permite un control exhaustivo de la medicación del paciente, facilitando la detección de problemas relacionados con la medicación.

En relación con la modalidad del suministro de la medicación, la dispensación de medicamentos con sistemas personalizados de dispensación es el sistema más seguro y eficaz, ya que permite una mayor trazabilidad y control y reduce los errores asociados a la preparación y dispensación de medicamentos. No obstante, su uso, aunque creciente, no está implantado en todos los centros, y no se utiliza en aquellos centros o medicamentos suministrados directamente por un servicio de farmacia.

Además, de acuerdo con las entrevistas en los centros sociosanitarios este tipo de dispensación individualizada no supone un coste adicional ni para los centros ni para

los usuarios. Así lo afirman también la totalidad de los centros encuestados en los que todo o parte del suministro de medicamentos se efectúa con sistemas personalizados de dispensación.

La periodicidad del suministro de los medicamentos, en la mayor parte de los centros (un 57 %), la modalidad más habitualmente empleada para la dispensación de la medicación ordinaria es mediante entregas de periodicidad semanal (este porcentaje se eleva hasta el 67 % en los centros vinculados a una o varias oficinas de farmacia, y al 36 % en los centros suministrados mayoritariamente por un servicio de farmacia). Ante la necesidad de medicación de urgencia o aguda en los centros, en la práctica totalidad, la adquieren directamente a las oficinas de farmacia (la de referencia para el centro u otra).

Las limitaciones de los sistemas de información en los procesos de dispensación de los medicamentos desde las oficinas de farmacia a los centros sociosanitarios producen ineficiencias operativas fruto de que la única información que visualizan las oficinas de farmacia es la hoja de los tratamientos activos del paciente cargados en la tarjeta electrónica, sin tener acceso a más información de los residentes. Lo más habitual es que desde la oficina de farmacia se le comuniqué al centro y desde este, a su vez, a los médicos de atención primaria, para su revisión, modificación o ajuste en la receta electrónica del residente.

4.6. Atención farmacéutica: seguimiento farmacoterapéutico y control de la adherencia a los tratamientos

En los centros sociosanitarios de Extremadura las acciones de revisión y conciliación de la medicación, de seguimiento farmacoterapéutico y de control de la adherencia terapéutica son insuficientes. Cabe destacar el Programa de Apoyo al Paciente Polimedocado del SES que incluye, por definición, a los residentes de los centros sociosanitarios, al no diferenciar entre pacientes que residen en centros sociosanitarios del resto de pacientes.

La falta de integración y multiplicidad de los sistemas de información y la imposibilidad de acceso de diferentes profesionales dificulta el desarrollo de este tipo de actuaciones haciendo que el proceso sea poco ágil.

Se ha puesto de manifiesto la necesidad de mejorar la participación de los farmacéuticos en las labores de seguimiento, conciliación, revisión y control de la adherencia a los tratamientos de los residentes. Se trataría de que pudieran profundizar en la revisión de la medicación, el estudio de tratamientos y la conciliación de la medicación en todos los centros sociosanitarios, con independencia de su naturaleza o vinculación. Los problemas de continuidad asistencial y de la información de los residentes genera que sean muchas las duplicidades potenciales, los tratamientos

desactualizados o las posibles interacciones entre medicamentos. Se identifica por parte de los profesionales un mayor potencial de mejora en este ámbito respecto de grupos de pacientes y de fármacos específicos.

En el caso específico de los profesionales de las oficinas de farmacia, en el trabajo de campo se ha observado que en aquellos centros en los que se efectúa una dispensación individualizada de medicamentos, especialmente robotizada, la participación de estos profesionales en actuaciones farmacéuticas de revisión y conciliación de la medicación es mayor, ya que se efectúan este tipo de actuaciones en el momento de preparación de la medicación para cada residente. No obstante, por las discontinuidades de la información y la falta de continuidad asistencial, en ocasiones en los sistemas de información públicos oficiales no se registran este tipo de intervenciones farmacéuticas.

Las limitaciones de las herramientas informáticas de historia clínica y de prescripción electrónica dificultan que este tipo de actuaciones se lleven a cabo con una mayor sistemática y en mayor profundidad. Casi el 80% de los centros encuestados manifiestan que los sistemas de información no dan acceso a los datos que permitirían realizar estas actuaciones.

La medición de los resultados de la revisión de tratamientos y conciliación de la medicación, tanto de un punto de vista clínico como económico, es prácticamente testimonial (solo dos centros sociosanitarios afirman que la realizan).

Respecto de iniciativas o actuaciones de control de la adherencia terapéutica, y de forma análoga al seguimiento farmacoterapéutico (SFT), estas no se realizan en todos los centros de forma sistemática. En la práctica totalidad son iniciativas específicas y locales, desarrolladas a nivel de centro, sin formar parte de un programa o actuación de mayor alcance impulsada por el SES. Además, esta labor suele desempeñarla el personal propio del centro, fundamentalmente el personal de enfermería; la participación de los farmacéuticos -independientemente del ámbito - es prácticamente testimonial.

En no todos los centros se registran las incidencias y problemas de adherencia detectados en los residentes, y allí donde se registran, este registro se realiza en los sistemas de información locales de los propios centros (fichas de los residentes), de forma que esta información no queda reflejada en el historial clínico y farmacoterapéutico oficial del paciente sino se comparte de forma expresa con el facultativo responsable de la atención del residente.

En resumen, las acciones de revisión y conciliación de la medicación, de SFT y de control de la adherencia terapéutica son una práctica poco generalizada en los centros sociosanitarios extremeños e insuficientes en opinión de los profesionales entrevistados, existiendo un importante recorrido de mejora. Desde el ámbito de la atención primaria, bien desde las unidades de farmacia de las áreas o por parte de

algunos FEAP, se llevan a cabo ciertas actuaciones de revisión y conciliación de la medicación. No obstante, estas no se realizan de forma generalizada en todos los centros. Adicionalmente, 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 no todos los profesionales involucrados en la atención farmacoterapéutica tienen acceso a los mismos sistemas y a la misma información del residente, necesaria para efectuar estas actuaciones.

4.7. Estrategias de uso racional del medicamento y control del gasto farmacéutico

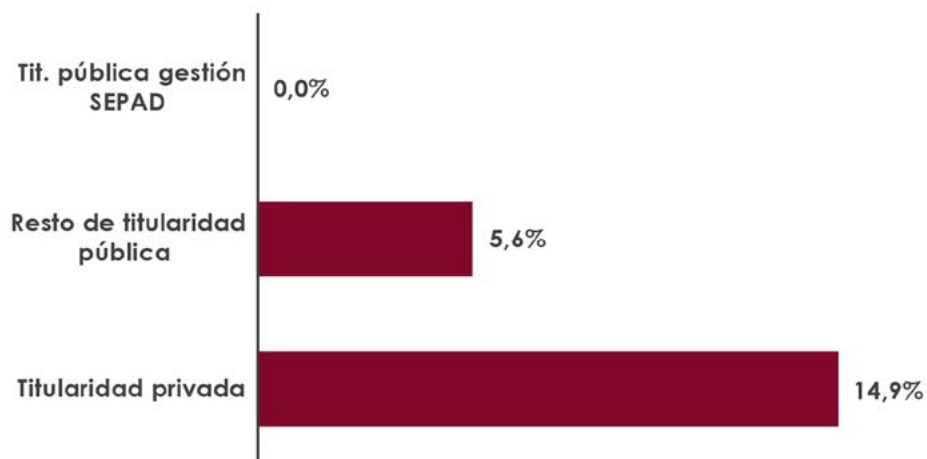
En los centros sociosanitarios de Extremadura se ha evidenciado una ausencia de estrategias y programas de atención farmacéutica y la articulación de mecanismos y actuaciones de fomento del uso racional del medicamento. Un 48,3 % de los centros desarrolla o dispone de programas o estrategias de uso racional del medicamento y de control del gasto farmacéutico, frente a un 39,1 % que responde que no y un 12,6 % que lo desconoce. En los centros que desarrollan estos programas, casi un 40% realiza acciones que son impulsadas por el servicio de salud, un 7 % de los centros realizan acciones impulsadas por el servicio de farmacia del hospital público al que están vinculados y en un 24 % de los centros las actuaciones son impulsadas por la oficina de farmacia que les suministra la medicación.

El alcance y contenido de estas actuaciones es variable entre los centros sociosanitarios. En muchos de ellos, y especialmente cuando la dispensación de fármacos no se realiza en sistemas personalizados de dispensación, se llevan a cabo revisiones del *stock* de medicamentos en los almacenes de medicación, de las caducidades y de la medicación activa del residente para optimizar el uso de medicamentos. En otros, y muy especialmente cuando la dispensación se realiza con sistemas personalizados de dispensación, es más frecuente que se lleven a cabo revisiones de la medicación activa de los residentes, especialmente de los polimedicados, para optimizar tratamientos y favorecer su uso racional. Ninguno de los centros encuestados afirma llevar a cabo estudios de medición de resultados de estas iniciativas, ni en términos clínicos ni económicos.

En cuanto a la disponibilidad y la utilización de objetivos e indicadores relacionados con el uso racional de los medicamentos y el control del gasto farmacéutico en los centros sociosanitarios se puede llegar a las siguientes conclusiones:

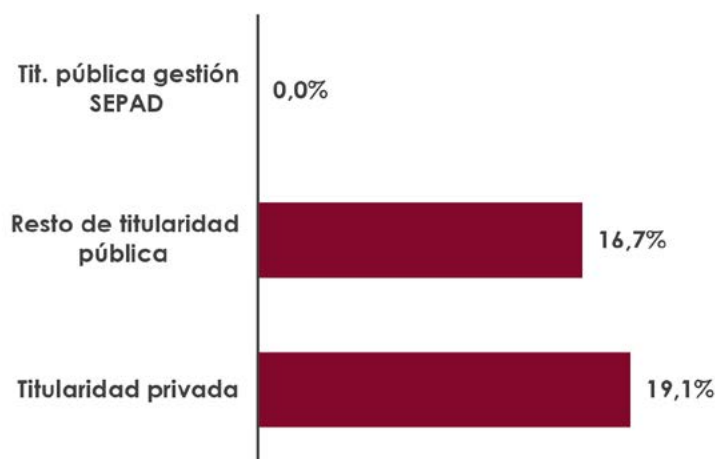
- **No existen objetivos e indicadores relacionados con el uso racional del medicamento, así como con el consumo de fármacos o el gasto farmacéutico, específicos o propios para el ámbito sociosanitario, ni incentivos a los profesionales en función de que fomenten su consecución.**

GRÁFICO 57. PORCENTAJE DE CENTROS QUE DISPONEN DE OBJETIVOS E INDICADORES DE URM SEGÚN LA TITULARIDAD DEL CENTRO



Fuente: AIReF a partir del *Cuestionario para los centros sociosanitarios de Extremadura*.
N= 87 centros.

GRÁFICO 58. PORCENTAJE DE CENTROS QUE DISPONEN DE OBJETIVOS E INDICADORES DE GASTO FARMACÉUTICO SEGÚN LA TITULARIDAD DEL CENTRO



Fuente: AIReF a partir del *Cuestionario para los centros sociosanitarios de Extremadura*.
N= 87 centros.

- No es habitual que se lleven a cabo acciones de monitorización, control y seguimiento del consumo de medicamentos y del gasto farmacéutico del ámbito sociosanitario como parte del seguimiento farmacéutico que realizan las direcciones de las áreas de salud.

- De forma generalizada en los centros sociosanitarios de Extremadura no hay mecanismos efectivos de promoción del uso racional de los medicamentos, ni tampoco se lleva a cabo una labor de seguimiento y control del consumo de medicamentos y del gasto farmacéutico, a pesar de la tipología de pacientes y patologías de este ámbito.

4.8. Modelo de atención farmacéutica según el borrador del decreto que regula la prestación farmacéutica en centros sociosanitarios de Extremadura

4.8.1. Guía farmacoterapéutica de centros sociosanitarios, plan terapéutico del paciente y herramientas de prescripción

Uno de los elementos troncales del modelo de atención farmacéutica que se configurará a partir del nuevo marco normativo es la disponibilidad e integración en los sistemas de prescripción electrónica de una guía farmacoterapéutica de centros sociosanitarios, única y homogénea para todo el SES. Se pretende que esta guía se configure como el catálogo propio de medicamentos de los centros sociosanitarios, y que sirva como base para disponer de un plan terapéutico único del paciente sociosanitario. Para su diseño y configuración se ha constituido un grupo técnico de trabajo de carácter multidisciplinar, compuesto por geriatras, personal médico de los centros sociosanitarios, personal médico de atención primaria, personal de enfermería y farmacéuticos.

Una de las principales barreras en la actualidad para la implantación de una guía farmacoterapéutica en los sistemas de prescripción oficiales es la imposibilidad que ofrecen estos para identificar que el paciente se encuentra institucionalizado en un centro. Para ello se está desarrollando un modelo que permita esta identificación del paciente sociosanitario. A través del desarrollo y la implementación del censo de personas residentes de la comunidad.

Se pretende que el modelo de prescripción sea único y homogéneo, con independencia de si la prescripción se realiza por parte de un médico del centro sociosanitario o de un médico de atención primaria. Está previsto un historial farmacoterapéutico y una historia clínica electrónica común y compartida, permanentemente actualizada, que permita superar las limitaciones actuales (la información real y actualizada del residente rara vez está en JARA, sino que es información generalmente propia de los centros sociosanitarios y de sus unidades de enfermería).

Existen elementos del modelo que deberán concretarse. Si el sistema de prescripción electrónica que adopten los centros es el sistema oficial de prescripción del SES (JARA) o, si se abre la posibilidad a la convivencia de varios sistemas de prescripción

electrónica, y cuál será el grado de comunicación e integración entre ellos según la naturaleza del centro. Tampoco se conoce cuál será la evolución de los sistemas de información auxiliares preexistentes, como es el caso de CITRIX, o si todos los profesionales implicados (por ejemplo, personal de enfermería) contará con acceso a los sistemas de prescripción y al HFT e HCE del residente.

Por lo tanto, el modelo que se configura a partir del borrador del decreto, con un plan terapéutico y un catálogo único de medicamentos mejorará la situación actual de los centros sociosanitarios, reducirá la variabilidad existente, permitirá una identificación del paciente sociosanitario y homogeneizará la prescripción farmacéutica y el plan terapéutico de los residentes, garantizando el acceso a todos los profesionales que participan en la atención de los residentes a través de la historia clínica de la persona residente. Esta unificación de los sistemas de prescripción y la implantación de una guía farmacoterapéutica única posibilitará la validación de órdenes de tratamiento, la conciliación de la medicación y la revisión de tratamientos en colaboración con los médicos de los centros y el resto de los profesionales involucrados en la atención a los residentes. No obstante, es necesario garantizar que el sistema de prescripción sea único o que en el caso de convivir varios modelos estén interconectados e integrados para asegurar que todos los centros utilizan la guía farmacoterapéutica única y estandarizada de centros sociosanitarios. También se deberá garantizar que todos los profesionales implicados, como es el caso del personal de enfermería de los centros sociosanitarios, tengan acceso al sistema de prescripción farmacéutica.

4.8.2. Dispensación de la medicación a los centros sociosanitarios

El borrador del decreto establece que:

- **Los centros sociosanitarios de titularidad pública o privada de 100 o más camas, deberán disponer de un servicio de farmacia propio.** No obstante, **serán eximidos de esta obligación** y podrán disponer de un depósito de medicamentos, **siempre que quede vinculado a un servicio de farmacia hospitalario de titularidad pública** de la red de referencia en la zona de influencia.
- **Los centros sociosanitarios de titularidad pública de menos de 100 camas dispondrán de un depósito de medicamentos vinculado a un servicio de farmacia hospitalario** de la red pública de referencia en la zona de influencia.
- **Los centros sociosanitarios de titularidad privada de menos de 100 camas dispondrán de un depósito de medicamentos vinculado a una oficina de farmacia de la zona de salud** donde esté ubicado el centro.

Según el régimen general previsto para los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en el borrador del decreto (artículo 5), la dispensación deberá:

- Garantizar la disponibilidad de medicamentos durante las 24 horas del día, con dotación suficiente y adecuada a las necesidades de la población residente.
- Estar dotados de procedimientos normalizados de trabajo para el suministro, almacenamiento, distribución y administración de medicamentos y productos sanitarios.
- Establecer sistemas de dispensación individualizada de medicamentos para las personas residentes eficaces y seguros, y medidas que garanticen la distribución interna adecuada y su correcta administración.

El borrador establece que la dispensación de medicamentos se llevará a cabo con sistemas de dispensación individualizada, lo que supondrá una mejora respecto de los sistemas actuales de reposición por stock implantados en **muchos centros en la actualidad**.

Puede ocurrir, por lo tanto, que centros sociosanitarios que en la actualidad estén siendo suministrados mediante sistemas personalizados de dispensación automatizados pasen a ser dispensados en dosis unitarias o unidosis, con la consecuente pérdida de calidad, eficiencia y seguridad en el proceso de dispensación. No obstante, la redacción del borrador de decreto deja abierta la posibilidad de que la dispensación se produzca mediante *sistemas de dispensación en dosis unitarias individualizadas o mediante sistemas personalizados de dosificación*. Puede ocurrir, por lo tanto, que centros sociosanitarios que en la actualidad estén siendo suministrados mediante sistemas personalizados de dispensación automatizados pasen a ser dispensados en dosis unitarias o unidosis, con la consecuente pérdida de calidad, eficiencia y seguridad en el proceso de dispensación. Otro caso es el de los centros que sean suministrados de un servicio de farmacia hospitalario. En la actualidad, estos servicios no efectúan una dispensación en sistemas personalizados de dispensación, y en las entrevistas del trabajo de campo los profesionales del ámbito hospitalario han manifestado ciertas dudas acerca de las posibilidades de asumir la dispensación de los centros sociosanitarios bajo esta modalidad.

Según la información proporcionada por la Subdirección de Farmacia del SES está prevista para finales de 2023 la creación de un centro logístico, ubicado en Mérida, desde el que se efectuará la dispensación de la medicación a los centros que queden bajo su responsabilidad.

4.8.3. Proceso y criterios de selección de las oficinas de farmacia

Tal y como se describe en el apartado anterior, y a pesar de la menor presencia en el territorio de este tipo de centros, los depósitos de medicamentos de los centros privados de menos de 100 camas quedarán vinculados a la oficina de farmacia con mayor proximidad o cercanía al centro.

La fijación de criterios exclusiva o fundamentalmente geográficos, tal y como se puso de manifiesto en la Evaluación del gasto farmacéutico público en Aragón, sin contemplar otros vinculados a la calidad del servicio o la modalidad de dispensación pueden contribuir a que se produzca un reparto geográfico del mercado, que puede impactar sobre la competencia efectiva y limitar la concurrencia, lo que a su vez puede tener implicaciones negativas en la eficacia y calidad del servicio prestado. La eficiencia del gasto y la calidad en la dispensación la normativa no debería limitar la competencia y concurrencia efectivas mediante un sistema de reparto geográfico del mercado.

4.8.4. Atención farmacéutica a los residentes

Según el borrador del decreto, la gestión de la prestación farmacéutica se formalizará mediante un acuerdo entre el centro sociosanitario y la dirección o gerencia del hospital o del centro en el que se ubique el servicio de farmacia o, en su caso, por la persona titular de la oficina de farmacia.

En términos de atención farmacéutica a los residentes, no está lo suficientemente claro cuál va a ser el modelo o esquema de trabajo ni si este será común para todos los centros, tanto en los centros dispensados por un servicio de farmacia como por las oficinas de farmacia. Tampoco parece claro qué rol van a tener los distintos profesionales involucrados en la atención farmacéutica a los residentes, en particular los farmacéuticos de atención primaria, en las actividades clínicas y asistenciales vinculadas a la cadena terapéutica y dando soporte a la prescripción y a la optimización de la farmacoterapia.

Resulta imprescindible que en la atención farmacéutica de los residentes se garantice la homogeneidad y la correspondencia entre las actuaciones farmacéuticas desarrolladas desde los distintos ámbitos, para garantizar que independientemente del centro en el que residan, todos los pacientes institucionalizados reciben la misma atención farmacéutica.

No está claramente definido cómo se va a garantizar la disponibilidad de los medios técnicos y recursos de personal suficientes. En este sentido, sí se ha procedido a la contratación de ocho profesionales, uno por área de salud, para la revisión y unificación de los tratamientos de los pacientes en el sistema de prescripción electrónica JARA para la efectiva implantación del nuevo modelo.

Por último, se desconoce si se llevarán a cabo planes específicos de atención farmacéutica en pacientes de centros sociosanitarios, como planes del paciente polimedcado o planes del paciente crónico complejo, o si se prevén actuaciones específicas enmarcadas en actuaciones de carácter general para todos los pacientes.

5.

EVALUACIÓN DEL GASTO DE INVERSIÓN EN EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA

5.1. Análisis descriptivo del gasto en alta tecnología

5.1.1. Perímetro de análisis

Siguiendo la definición utilizada en el SR2: *gasto hospitalario*, a efectos de la presente evaluación se utiliza la expresión *alta tecnología sanitaria* o *equipos de alta tecnología* para referirnos a **aquella tecnología que es compleja, de un alto coste, con exigencia de mantenimiento y bajo el control de un especialista sanitario.**

Del mismo modo que en el SR2: *gasto hospitalario*, los equipos que se consideran en esta definición y, por lo tanto, dentro del perímetro de análisis son los siguientes (cuadro 19)³⁸:

³⁸ Para más detalle véase SR 2: *gasto hospitalario*.

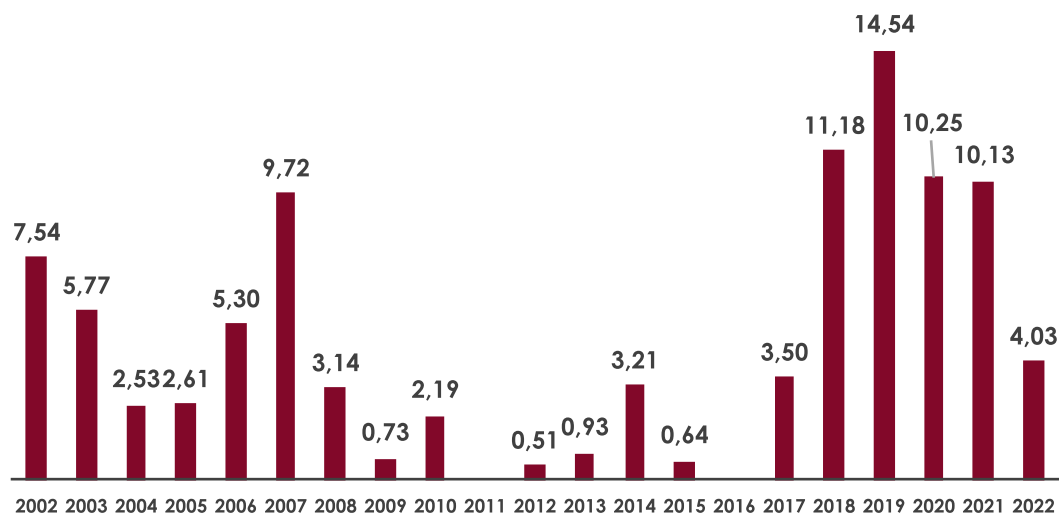
CUADRO 19. PERÍMETRO DE EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA

Abreviatura	Nombre completo		Abreviatura	Nombre completo
ALI	Aceleradores lineales de partículas		DO	Densiómetros óseos
ASD	Angiógrafos	ASD vascular	RCO Radiología convencional	Equipos portátiles
		ASD Neurorradiología		
GAM	Gamma cámaras			Equipos radioquirúrgicos
HEM	Equipos de hemodinámica			Equipos radiología general o convencional
ELECT	Equipos de electrofisiología			Equipos telemando
LIT	Litrotricia extracorpórea por ondas de choque			Equipos ortopantomógrafos
Mamógrafos	Mamógrafo (MAMO)			Equipos intraorales
	Mamógrafo tridimensional (MAMO BDT)		DIAL	Equipos de hemodiálisis
TAC	Tomografía axial computarizada		SVI	Soporte vital (SVI): Incubadoras y respiradores
RM	Resonancia magnética		SDPC	Sistemas digitales de perfusión de medios de contraste
PET	Tomografía por emisión de positrones	PET	BQD	Equipos de braquiterapia digital
		PET/CT o PET/TAC	TPS	Sistema de planificación oncológica
SPECT	Tomografía por emisión de positrones	SPECT	IOS	Sistema de red de información oncológica
		SPECT/CT o SPECT/TAC	QH	Quirófanos híbridos

Fuente: AIReF a partir de los datos proporcionados por la Subdirección de Farmacia del SES.

De acuerdo con los datos facilitados por la Subdirección de Obras, Instalaciones y Equipamiento del SES, el gasto de inversión en alta tecnología sanitaria en Extremadura alcanzó los 4 millones de euros en el ejercicio de 2022, con un gasto medio anual entre 2002 y 2022 de 4,7 millones de euros (gráfico 59). En conjunto, en los últimos 20 años, el gasto total de inversión en equipos de alta tecnología ha sido de 98,4 millones de euros.

GRÁFICO 59. GASTO TOTAL ANUAL DE ADQUISICIÓN DE EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA. 2002-2022 (M€)



Fuente: AIReF a partir de la información facilitada por el SES.

Notas: (1) Se han tenido en cuenta los equipos adquiridos por el capítulo 6 de inversiones, con arrendamientos (capítulo 2) y con otras partidas presupuestarias. (2) Desde la Subdirección de Obras, Instalaciones y Equipamiento del SES se informó de gastos de respiradores por valor de 694.540 euros, adquiridos mediante compra centralizada, equipos de los que se desconoce el área de destino y no están, por lo tanto, asignados a ningún área en concreto.

Destaca especialmente la inversión que se produce en los últimos cinco años, cuando confluyen dos hitos especialmente relevantes en términos de la adquisición de equipos de alta tecnología. Por un lado, las donaciones realizadas por la Fundación Amancio Ortega, gracias a las cuales se adquirieron varios TAC, un equipo de radioterapia intraquirúrgica y cuatro aceleradores lineales; y, por otro, la renovación y adquisición de equipos en el marco de Plan INVEAT, con una dotación total para la comunidad de 17,8 millones de euros.

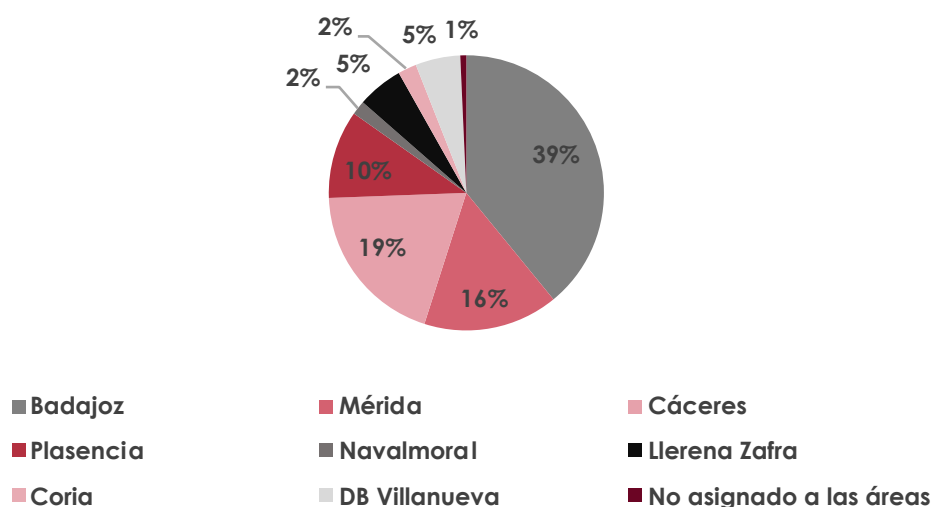
Estos dos hitos ponen de manifiesto la importancia que ha tenido la disponibilidad de financiación externa en la inversión y adquisición de equipos de alta tecnología, junto con el esfuerzo inversor de la comunidad autónoma con sus propios medios presupuestarios.

Adicionalmente, aunque menos relevante que los dos anteriores, otro fenómeno que ha caracterizado el gasto en equipamiento sanitario es la pandemia de la COVID-19, que exigió la inversión de importantes recursos en la adquisición de determinado equipamiento, como los equipos de soporte vital (respiradores), entre 2020 y 2021.

Por su condición de centros de referencia en Extremadura y, por tanto, por disponer de una cartera de servicios más amplia que el resto de los hospitales, la mayor parte del

gasto de adquisición de equipos de alta tecnología en los últimos 20 años, un 59 %, se ha concentrado en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz y Cáceres (gráfico 60). En estas áreas se encuentran la mayor parte de los equipos instalados en la comunidad y también de los equipos de mayor complejidad y, por lo tanto, de mayor coste.

GRÁFICO 60. GASTO DE ADQUISICIÓN DE EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA POR ÁREA DE SALUD. 2002-2022 (%)

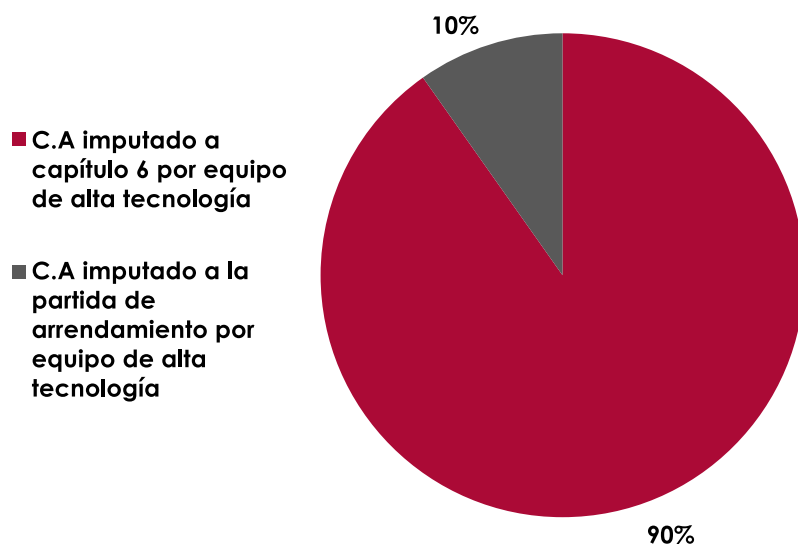


Fuente: AIReF a partir de los datos del Cuestionarios de equipos de alta tecnología para el Servicio Extremeño de Salud.

Notas: (1) Se han tenido en cuenta los equipos adquiridos por el capítulo 6 de inversiones, con arrendamientos (capítulo 2) y con otras partidas presupuestarias. (2) Desde la Subdirección de Obras, Instalaciones y Equipamiento del SES se informó de gastos de respiradores por valor de 694.540 euros, adquiridos mediante compra centralizada, equipos de los que se desconoce el área de destino y no están, por lo tanto, asignados a ningún área en concreto.

Atendiendo a su financiación, la mayor parte del gasto de inversión en equipos de alta tecnología se ha financiado mediante el capítulo de inversiones (gráfico 61), algo que también sucede en la práctica totalidad de servicios de salud del resto de las comunidades autónomas. En todo caso, para mayor detalle acerca de la modalidad de financiación de las adquisiciones de alta tecnología sanitaria véase el apartado 5.6.

GRÁFICO 61. GASTO TOTAL ACUMULADO DE EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA EN EXTREMADURA DIVIDIDO POR PARTIDA PRESUPUESTARIA. 2002-2022 (%)



Fuente: AIReF a partir de la información facilitada por el SES.

Notas: (1) Se han tenido en cuenta los equipos adquiridos por el capítulo 6 de inversiones, con arrendamientos (capítulo 2) y con otras partidas presupuestarias. (2) Desde la Subdirección de Obras, Instalaciones y Equipamiento del SES se informó de gastos de respiradores por valor de 694.540 euros, adquiridos mediante compra centralizada, equipos de los que se desconoce el área de destino y no están, por lo tanto, asignados a ningún área en concreto.

No obstante, es necesario puntualizar una limitación relevante, relacionada con la imposibilidad de conciliar y confirmar estos datos, a fecha de realización del informe (mayo-junio de 2023), con la Subdirección de Obras, Instalaciones y Equipamiento del SES. Durante el transcurso de la evaluación, se han identificado discrepancias entre distintas fuentes de información a las que se ha tenido acceso relacionadas con los datos del gasto de inversión en alta tecnología sanitaria en la comunidad autónoma, que no se han podido contrastar.

5.2. Modelo de gobernanza para la toma de decisiones de inversión en equipos de alta tecnología

5.2.1. Planificación estratégica de las decisiones de inversión en equipos de alta tecnología

Durante las entrevistas del trabajo y en las entrevistas con los centros directivos del ámbito de alta tecnología, se ha puesto de manifiesto que en Extremadura, de forma análoga a otras comunidades autónomas, no se dispone de un marco regulatorio o normativo que regule o contemple la planificación estratégica de las decisiones de

inversión en equipos de alta tecnología, en términos de atribución de competencias, contenido, periodicidad y horizonte temporal, metodología (tanto para acometer el proceso de planificación como para la toma de decisiones) o criterios de evaluación, entre otros elementos.

No obstante, a pesar de que no existe un marco formal que regule la planificación de la alta tecnología sanitaria, en las entrevistas se puso de manifiesto que **el SES, a través de la Subdirección de Obras, Infraestructuras y Equipamiento lleva a cabo un ejercicio de planificación de las necesidades de renovación y adquisición tecnológica en la comunidad a medio plazo.**

Esta planificación de las necesidades de renovación tecnológica es, fundamentalmente, un ejercicio de periodificación, que se lleva a cabo con el objetivo de distribuir a lo largo de los años las necesidades de renovación y ampliación identificadas, de forma que permitan la sustitución o adquisición de equipos de forma progresiva.

La ausencia de una gestión presupuestaria plurianual limita la capacidad de planificación a largo plazo, lo que puede resultar en decisiones en el corto plazo que no son estratégicas o no se ajustan a las necesidades a largo plazo.

Hay una elevada dependencia o relación entre la toma de decisiones de inversión y la disponibilidad de financiación mediante el capítulo 6 de los presupuestos sanitarios.

El SES, en el proceso de planificación y periodificación de la renovación y adquisición tecnológica, tienen en cuenta distintos criterios: obsolescencia, avería, justificación de la necesidad por parte del centro hospitalario, necesidades asistenciales y el aumento de la actividad.

No obstante, no queda lo suficientemente claro de qué forma se incorporan estos criterios en el proceso de planificación y, por lo tanto, en la toma de decisiones, ni si se incorporan otros elementos, como pueden ser las recomendaciones o estándares de sociedades científicas o profesionales acerca de la vida útil de los equipos, las actualizaciones o las bandas tecnológicas.

En esta misma línea, otras comunidades autónomas definen sus planes de renovación tecnológica teniendo en cuenta, de una forma más o menos exhaustiva, las recomendaciones de sociedades científicas o técnicas. Este es el caso del Plan de Renovación Tecnológica del SESCAM, en el cual se describen los criterios que se han tenido en cuenta para valorar el grado de obsolescencia de los equipos y, en consecuencia, la planificación de su renovación o sustitución. En este caso concreto, se basan, por un lado, en las recomendaciones del *Royal College of Radiologists*, así como en la *Canadian Association of Radiologists*. Para valorar las dosis de radiación, un elemento que también se tiene en cuenta a la hora de plantear la renovación de

determinados equipos, se han seguido las indicaciones ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*), el criterio general que marca la Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP).

El resultado de este proceso de planificación y periodificación de las adquisiciones y renovación tecnológica no se materializa en un documento (un plan de inversiones o un plan estratégico para la adquisición y renovación de equipos), integrado y coherente con las estrategias planteadas en el Plan de Salud del SES que hagan transparentes las decisiones de inversión para la organización, los responsables directivos y los profesionales.

En resumen, de forma centralizada, en el SES se lleva a cabo un ejercicio de planificación de las necesidades de renovación y adquisición de alta tecnología en los hospitales extremeños en el medio plazo. Aunque se tienen en cuenta ciertos criterios relacionados con la obsolescencia o el estado funcional de los equipos, no se transparentan todos los criterios y su ponderación. La ausencia de una gestión presupuestaria plurianual limita la capacidad de planificación a largo plazo.

5.2.2. Procedimiento para la toma de decisiones de equipos de alta tecnología

El modelo de toma de decisiones relacionadas con la adquisición o renovación de equipos de alta tecnología en Extremadura es marcadamente centralizado, especialmente en los equipos de mayor importe. Este modelo parte de una identificación de necesidades por parte de los servicios, que a su vez priorizan las direcciones de los centros y de las áreas de salud.

No obstante, no hay un modelo estándar predefinido para la trasladar las necesidades identificadas que agilice y sistematice el proceso, y que ayude a los profesionales y responsables asistenciales acerca de cómo, con qué datos y qué información es necesario justificar en cada caso.

Para la priorización y toma de decisiones, si bien es cierto que se tienen en cuenta ciertos criterios para establecer prioridades que ayuden a la toma de decisiones, principalmente la obsolescencia del equipo, estos no forman parte de un modelo sistemático de toma de decisiones que sirva como herramienta dentro del proceso, ni está lo suficientemente claro cuál es el peso relativo de estos criterios a la hora de priorizar.

Además, en opinión de los profesionales entrevistados, tampoco se dispone de un comité, comisión o grupo de trabajo específico, con representación de todos los agentes involucrados, para una toma de decisiones comprensiva, y algunos profesionales apuntan a que el proceso es poco transparente y claro.

Por último, no es habitual llevar a cabo una evaluación *ex ante* y *ex post* de las decisiones tomadas, **que ayude a la toma de decisiones informadas de adquisición considerando las diferentes perspectivas económicas, técnicas y clínicas (ex ante) y que favorezca una cultura de medición de resultados, transparencia y rendición de cuentas (ex post).**

5.2.3. El Plan de Inversión en Equipos de Alta Tecnología

Una de las principales conclusiones del SR2: gasto hospitalario fue la elevada antigüedad que, de forma generalizada, presentaba el parque tecnológico instalado en los hospitales españoles, y que lo situaba lejos de los umbrales y entornos de obsolescencia y densidad marcados por los estándares internacionales.

En 2021 se puso en marcha el Plan de Inversiones en Equipos de Alta Tecnología en el SNS (Plan INVEAT), una de las inversiones contempladas en el componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (Renovación y ampliación de las capacidades del SNS), aprobado por el Gobierno de España para la gestión de los fondos procedentes de los instrumentos comunitarios de financiación Next Generation EU.

Los objetivos específicos de Plan INVEAT son:

- **Reducir la obsolescencia del parque tecnológico público de equipos de alta tecnología del SNS,** garantizando la renovación del 100% de los equipos con 12 o más años, y adicionalmente, de los aceleradores lineales y TAC de 10-11 años, en línea con las recomendaciones de las sociedades científicas.
- **Elevar como mínimo un 15 %, la tasa media de densidad de equipos de alta tecnología por 100.000 habitantes,** con objeto de mejorar la equidad en el acceso en todo el territorio nacional, acercar el servicio a los/las pacientes y situar al SNS, de forma progresiva, en la media europea.

Ambos objetivos persiguen aumentar las capacidades diagnósticas de los centros del SNS mediante la mejora de las características técnicas que presentan los nuevos equipos respecto a los que se renuevan, permitiendo así la adecuación de la banda tecnológica a las prestaciones actuales y futuras de los centros sanitarios.

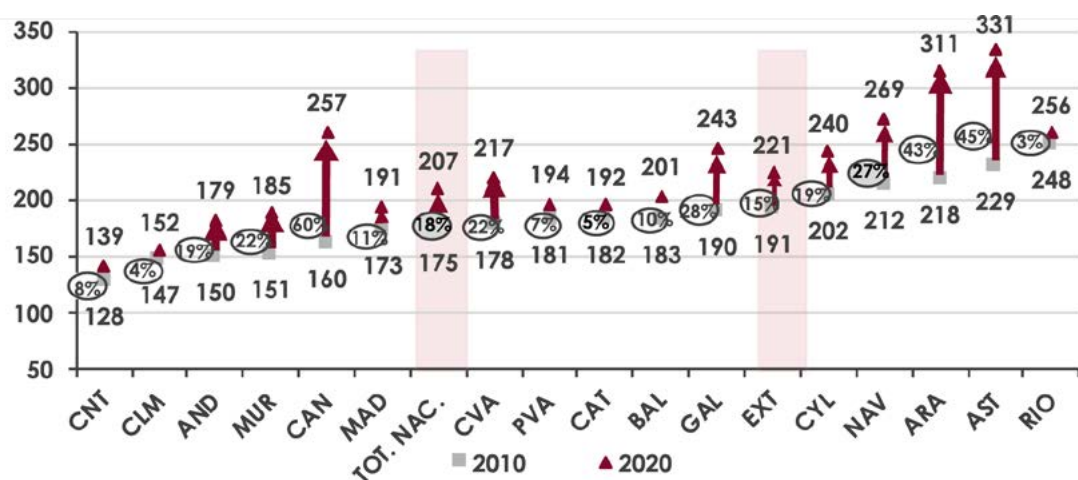
Según los resultados del Plan INVEAT para Extremadura, según las entrevistas del trabajo de campo con los centros directivos, la percepción general de la tramitación administrativa y el proceso de adquisición de los equipos y ejecución del plan es adecuada, así como su procedimiento y coordinación. No obstante, en opinión de los directivos entrevistados, la falta de recursos de personal en los servicios centrales ha supuesto ciertas dificultades en algunas fases del proceso, como la elaboración y preparación de las memorias.

Pero en cambio, según han manifestado los profesionales entrevistados, en Extremadura, hasta el momento, no se ha establecido ni planificado una estrategia clara para gestionar esta renovación, 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 fórmulas contractuales o de adquisición pueden ser más oportunas, etc.). Dada la falta de capacidad y las limitaciones en materia de planificación estratégica, es posible que se presenten dificultades para llevar a cabo este ejercicio.

5.3. Dotación de equipos de alta tecnología

La dotación de equipos de alta tecnología por millón de habitantes en la comunidad extremeña ha pasado de los 191 equipos por millón de habitantes en 2010 a los 221 en 2020, por encima de la media española (gráfico 62), lo que en términos porcentuales supone un crecimiento de aproximadamente el 16 % con respecto a 2010.

GRÁFICO 62. EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA POR MILLÓN DE HABITANTES EN HOSPITALES PÚBLICOS. 2010-2020



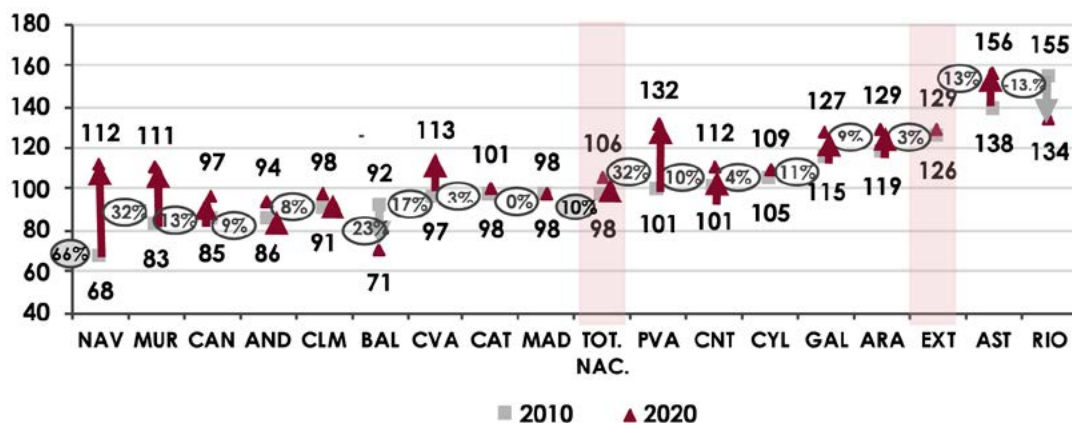
Fuente: AIReF a partir de los datos de SIAE e INE.

Nota: Último dato disponible en SIAE 2020. En el análisis hemos considerado las siguientes modalidades de equipos: ALI, DO, ASD, DIAL, TAC, PET, HEM, GAM, MAMO, LIT, RM, SPECT y Salas RX.

N= 8.061 equipos en 2010 y N= 9.653 equipos en 2020.

Si no se tienen en cuenta los equipos de hemodiálisis (gráfico 63), la tasa de densidad de equipos de alta tecnología en Extremadura ha pasado de 126 equipos por millón de habitantes en 2010 a los 129 en 2020. Este ritmo de crecimiento se encuentra ligeramente por debajo de la media nacional (un 16 % frente a un 19 %). Así pues, Extremadura es una de las comunidades con mayor densidad de equipos de alta tecnología sanitaria.

GRÁFICO 63. EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA POR MILLÓN DE HABITANTES EN HOSPITALES PÚBLICOS (SIN DIÁLISIS). 2010-2020



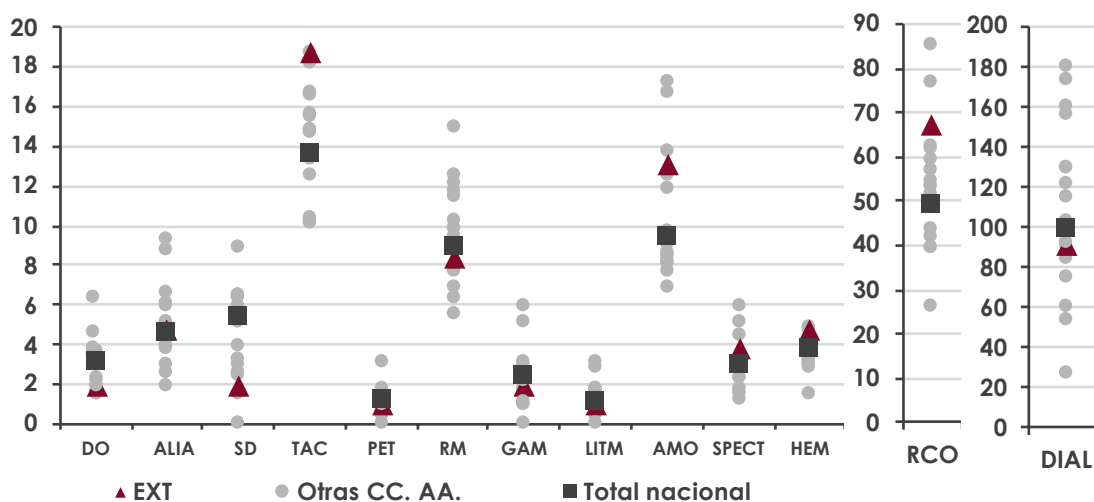
Fuente: AIReF a partir de los datos de SIAE e INE.

Notas: En el análisis hemos considerado las siguientes modalidades de equipos: ALI, DO, ASD, TAC, PET, HEM, GAM, MAMO, LIT, RM, SPECT y Salas RX.

N= 4.518 equipos en 2010 y N= 4.958 equipos en 2020.

Por modalidades, la dotación y la situación comparativa de Extremadura en relación con el resto de las comunidades autónomas es variable.

GRÁFICO 64. EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA EN HOSPITALES PÚBLICOS POR MILLÓN DE HABITANTES. 2020



Fuente: AIReF a partir de los datos de SIAE e INE.

Notas: Datos de 2020, último año disponible en SIAE. En el análisis hemos considerado las siguientes modalidades de equipos: ALI, DO, ASD, DIAL, TAC, PET, HEM, GAM, MAMO, LIT, RM, SPECT y Salas RX. N= 9.653 equipos en 2020.

Extremadura cuenta con una dotación de TAC, mamógrafos y equipos de radiología superior a la media nacional. Esta diferencia en la modalidad de radiología es de 19

equipos por millón de habitantes, en TAC de 9 equipos por millón de habitantes y en mamógrafos de 4 equipos por millón de habitantes.

Por el contrario, Extremadura cuenta con una dotación notablemente inferior en las modalidades PET, densitómetros óseos y angiógrafos. Así, en la modalidad de densitómetros óseos Extremadura contaba en 2020 con 1,9 equipos por millón de habitantes (frente a los más de 3 equipos de media nacional), en angiógrafos 1,9 equipos por millón de habitantes (frente a los más de 5 equipos de media nacional), y 1,5 salas de hemodinámica por millón de habitantes (frente a 3,8 en el conjunto nacional).

Los datos más recientes para el año 2023 facilitados por la Subdirección General de Obras, Equipamiento e Infraestructuras y las áreas de salud, muestran cómo el parque de equipos de alta tecnología en Extremadura en 2023 es de casi 250 equipos por millón de habitantes.

Atendiendo a su localización, **el 75 % del parque instalado de alta tecnología sanitaria se encuentra en los hospitales de las áreas de Badajoz (37,5 %), Cáceres (26,5 %) y Mérida (11,7 %)**, las de mayor tamaño de la región (cuadro 20).

CUADRO 20. EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA EN EXTREMADURA POR ÁREA DE SALUD. 2023 (EQUIPOS POR MILLÓN DE HABITANTES)

Equipos	Badajoz	Mérida	Cáceres	Resto de áreas	Total Extremadura
ALI*	2,9	1,0	0,0	1,0	4,8
ASD*	2,9	0,0	1,9	0,0	4,8
GAM*	1,9	0,0	1,9	0,0	3,8
HEM*	2,9	1,9	1,9	0,0	6,7
MAMO y MAMO BDT	1,9	2,9	2,9	5,7	13,3
TAC*	9,5	7,6	7,6	9,5	34,2
RM*	4,8	1,9	2,9	2,9	12,4
PET y PET/TC*	1,9	0,0	1,0	0,0	2,9
SPECT	1,9	0,0	1,9	0,0	3,8
SDPC	0,0	0,0	5,7	0,0	5,7
DO	1,0	1,0	0,0	0,0	1,9
RCO	56,1	14,3	33,3	41,8	145,5
ELECT	0,0	0,0	5,7	0,0	5,7
LIT	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0
DIAL	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
BQD*	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0
TPS	3,8	0,0	0,0	0,0	3,8
IOS	1,9	0,0	0,0	0,0	1,9
QH	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0
Total	94,1	31,4	67,5	60,9	253,9

Fuente: AIReF a partir de datos de detalle del parque de equipos instalados facilitados por la Subdirección General de Obras, Equipamiento e Infraestructuras y las áreas de salud.

Nota: No se incluyen DIAL ni SVI ya que no se solicitaba la información de detalle de estas modalidades por su gran volumen.

Los equipos marcados en (*) hacen referencia a las modalidades contempladas en el Plan INVEAT.

En definitiva, la evolución registrada en los últimos años en Extremadura, aunque ha sido más moderada que en el conjunto de España, ha situado a la comunidad como una de las regiones con mayor tasa de densidad de equipos de alta tecnología por millón de habitantes del conjunto del SNS.

5.4. Estado actual del equipamiento de alta tecnología

5.4.1. Antigüedad del parque instalado

De forma análoga al SR2: *gasto hospitalario*, a continuación, se analiza la antigüedad del parque instalado Extremadura. Para efectuar los análisis comparativos, se vuelven a utilizar como referencia los criterios de renovación de COCIR, también conocidos como la “regla de oro” de COCIR, que establece que:

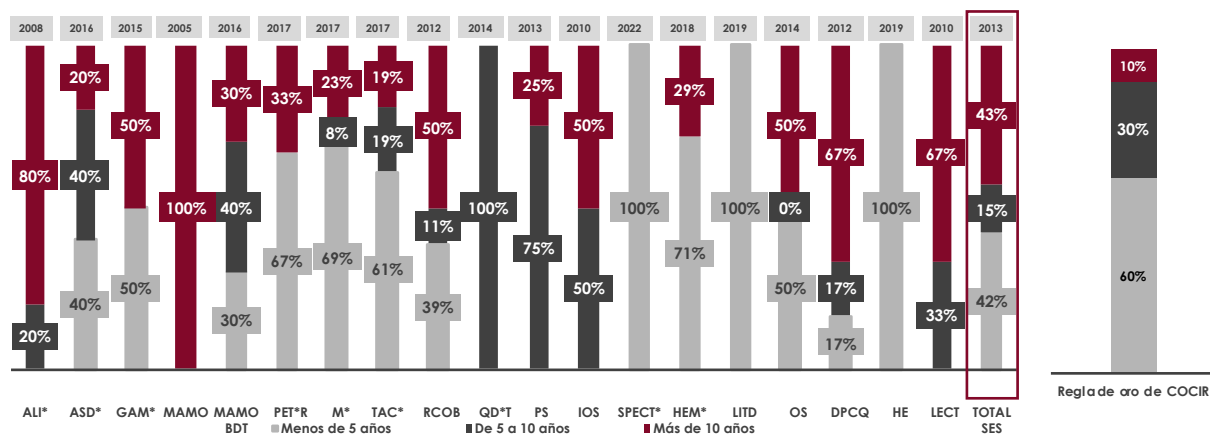
- Al menos el 60 % de los equipos instalados en un centro sanitario deben de tener menos de cinco años.
- Como máximo, el 30 % de los equipos deberán tener entre seis y diez años.
- Se limitará a un máximo del 10 % de la tecnología disponible con edad superior a diez años.

Como paso previo al análisis de antigüedad del parque de equipos extremeño, cabe mencionar expresamente el Plan INVEAT. **Según el Plan INVEAT, el número de equipos de alta tecnología elegibles para su renovación en Extremadura fueron un total de 20 equipos, de las siguientes modalidades:** ALI (1 equipo), TAC (7 equipos), RM (4 equipos), PET/TC (1 equipo), GAM (3 equipos), ASD (1 equipo) y HEM (3 equipos).

Por otro lado, cabe destacar que la fecha límite para acometer esta renovación y mejora del parque tecnológico se fijó en septiembre de 2023, por lo que los análisis realizados pueden no contemplar, en algunas modalidades, la totalidad del impacto del plan, al haber equipos pendientes de instalación.

Teniendo en cuenta todas las modalidades del perímetro definido, la antigüedad del parque en Extremadura sigue siendo elevada en su conjunto (gráfico 65). El 43 % de los equipos instalados en 2023 (a marzo) en la comunidad tienen más de 10 años, muy por encima del 10 % recomendado por COCIR. **La antigüedad media del parque en marzo de 2023 es de 10 años, es decir, en media el año de instalación es 2013.**

GRÁFICO 65. ANTIGÜEDAD DE LOS EQUIPOS INSTALADOS EN EXTREMADURA. PORCENTAJE SOBRE TOTAL Y AÑO MEDIO DE PUESTA EN FUNCIONAMIENTO. 2023



Fuente: AIReF a partir de datos de detalle del parque de equipos instalados facilitados por la Subdirección General de Obras, Equipamiento e Infraestructuras y las áreas de salud.

Nota: Los equipos marcados en (*) hacen referencia a las modalidades contempladas en el Plan INVEAT.

El equipo con una mayor antigüedad del parque tecnológico del SES es un arco quirúrgico (Siremobil Compact), instalado en 1999 en Llerena-Zafra.

Por modalidades, destaca la elevada antigüedad de los equipos de electrofisiología y los sistemas digitales de perfusión de medios de contraste (SDPC), ya que un 67 % tiene 10 o más años. De los equipos de electrofisiología, instalados en el área de salud de Cáceres, uno de ellos del año 2002. Por su parte, en los equipos de SDPC el año de instalación medio es 2011.

También destaca la elevada antigüedad de los equipos de radiología convencional (RCO), ya que aproximadamente la mitad fueron instalados hace diez años o más. Especialmente destacable es la antigüedad de los sistemas radio-quirúrgicos analógicos en Badajoz y tres arcos quirúrgicos en el área de salud de Llerena-Zafra, equipos puestos en marcha en el año 2000, o incluso alguno con anterioridad (es decir, más de 23 años de antigüedad). Esta modalidad es especialmente relevante, ya que representa un porcentaje muy significativo del total de los equipos, además de ser una tipología de equipos con una intensidad de uso relativamente alta con respecto al resto (como se verá más adelante). La elevada antigüedad de estos equipos puede tener efectos tanto en términos de capacidad diagnóstica de los equipos como de seguridad del paciente.

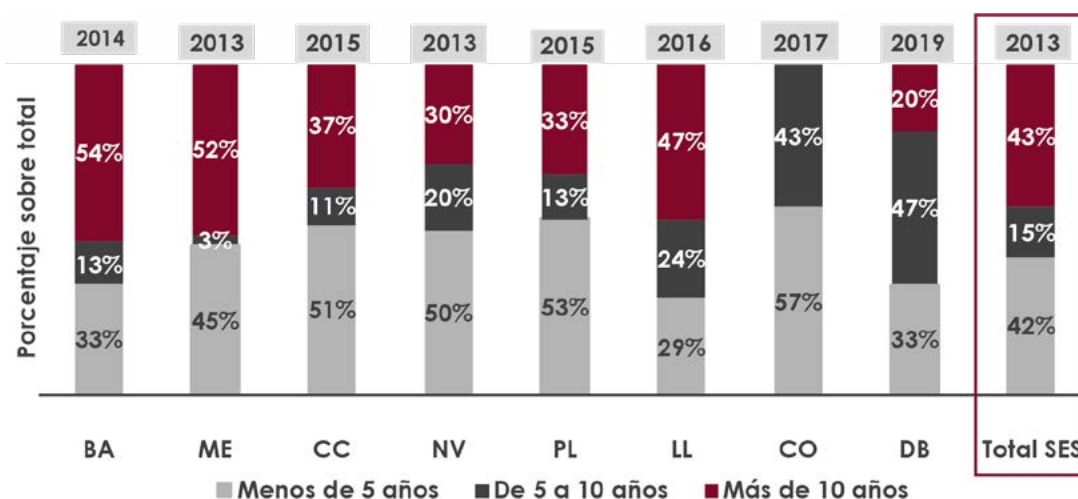
Los mamógrafos, especialmente los convencionales que aún no han sido sustituidos por equipos digitales 3D con tomosíntesis, también tienen una antigüedad notable.

Adicionalmente, el gráfico muestra una elevada antigüedad de los aceleradores lineales. No obstante, esto se debe a que los tres aceleradores lineales del Plan INVEAT previstos para renovación en Extremadura todavía no han sido instalados a la fecha de realización de este análisis. Cuando se instalen, la antigüedad media de estos equipos en la comunidad se reducirá notablemente.

Los datos disponibles para Extremadura reflejan que la comunidad ya ha acometido gran parte de las renovaciones previstas, no obstante, en algunas modalidades recogidas en Plan INVEAT todavía están pendientes de instalarse los equipos, por lo que el perfil de antigüedad, a fecha de realización del estudio, es todavía más elevado del objetivo contemplado en el plan (limitar al 10 % la antigüedad de las modalidades previstas). Este es el caso de la resonancia magnética, con previsión de sustitución de dos instaladas en Mérida y Badajoz, respectivamente, en junio y septiembre de 2023.

Por área de salud, la antigüedad de los equipos del área de salud de Badajoz es ligeramente superior (gráfico 66). Así en esta área, el 54 % de los equipos tienen 10 años o más, mientras que solo un 13 % de los equipos tiene una antigüedad inferior a los 5 años. Con relación a las otras áreas de mayor tamaño, Cáceres y Mérida, el año medio de puesta en funcionamiento de los equipos es 2013 y 2015 (10 y ocho años de antigüedad media, respectivamente). Por el contrario, áreas como Don Benito-Villanueva de la Serena o Coria, presentan un perfil de edad del parque más reciente.

GRÁFICO 66. ANTIGÜEDAD DE LOS EQUIPOS INSTALADOS EN EXTREMADURA POR ÁREA Y AÑO MEDIO DE PUESTA EN FUNCIONAMIENTO. 2023



Fuente: AIReF a partir de datos de detalle del parque de equipos instalados facilitados por la Subdirección General de Obras, Equipamiento e Infraestructuras y las áreas de salud.

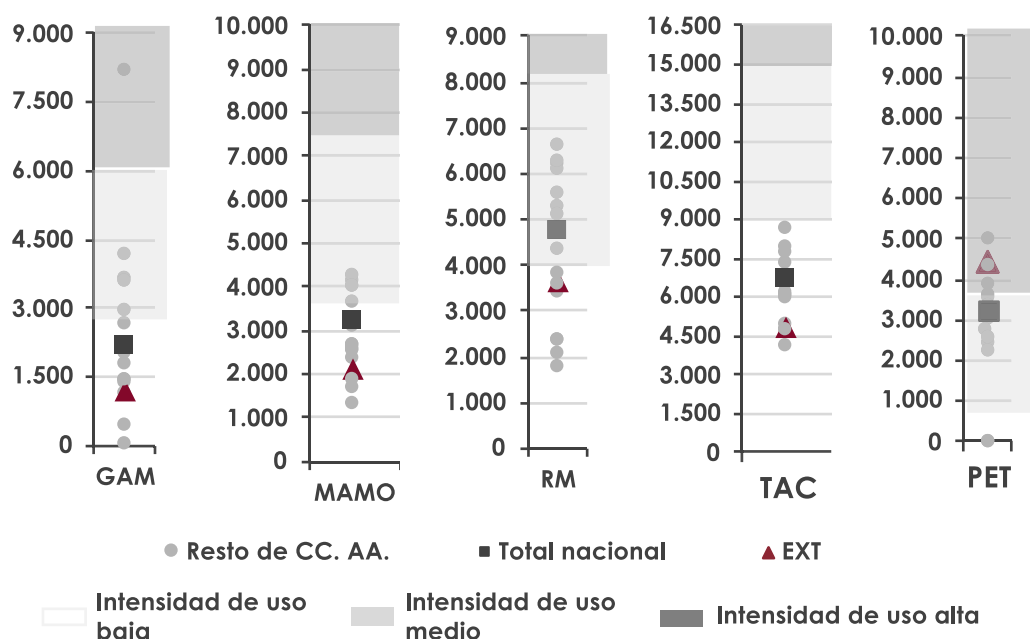
En definitiva, los resultados ponen de manifiesto que, a pesar de la renovación del parque que se viene haciendo durante el último año y se realizará durante los próximos

meses de 2023 en ejecución del Plan INVEAT, la antigüedad sigue siendo elevada. Aunque aún no se ha desplegado de forma completa el INVEAT, el 43 % de los equipos instalados a marzo de 2023 tiene más de 10 años, muy por encima del 10 % recomendado por COCIR. **La elevada antigüedad de los equipos es especialmente alta en aquellas modalidades no incluidas en el Plan INVEAT, y es muy alta en equipos tan relevantes para poder realizar un adecuado diagnóstico como los mamógrafos o los equipos de radiología.** En esta última modalidad, el 50 % del parque tiene más de diez años.

5.4.2. Intensidad de uso de los equipos de alta tecnología

La intensidad de uso en los hospitales extremeños, para todas las modalidades contempladas excepto el PET, es inferior al conjunto nacional (gráfico 67). Tan solo en el caso del PET, Extremadura es una de las regiones de mayor intensidad de uso de esta modalidad, con la que se sitúa en el tramo de uso alto. Además, excepto en el PET, en el resto de las modalidades contempladas el nivel de uso se corresponde con el tramo bajo.

GRÁFICO 67. INTENSIDAD DE USO DE LAS MODALIDADES MAMO, GAM, RM, TAC Y PET (DIAGNÓSTICOS POR EQUIPO) EN HOSPITALES PÚBLICOS. 2020

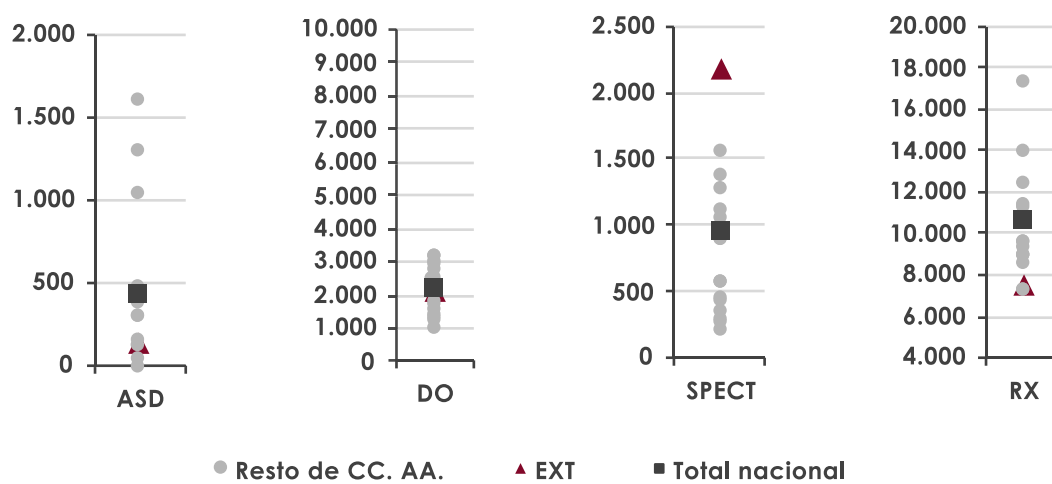


Fuente: AIReF a partir de los datos de SIAE y la Asociación Canadiense de Radiólogos.

En el caso de aquellas modalidades para las que se dispone de datos en SIAE, pero para las que no se dispone de umbrales o niveles de utilización estándar, la situación comparativa de Extremadura varía según el equipo (gráfico 68).

Extremadura se sitúa por debajo de la media nacional en los angiogramas y en las pruebas realizadas en las salas de Rayos X. Por el contrario, el nivel de utilización del SPECT está muy por encima del conjunto nacional, pues es la comunidad con un mayor nivel de utilización de esta modalidad.

GRÁFICO 68. INTENSIDAD DE USO DE LAS MODALIDADES SIN UMBRALES DE USO ESTÁNDARES EN HOSPITALES PÚBLICOS. 2020



Fuente: AIReF a partir de la información recibida por el SES.

En términos evolutivos, los datos muestran, en términos generales, una reducción de la productividad de los equipos. Una parte se explica por el incremento en la densidad de equipos en Extremadura que se describía en el apartado 5.4, lo que se ha traducido en una reducción de la presión asistencial de los equipos de alta tecnología.

Por áreas de salud, y analizando en primer lugar aquellas modalidades con umbrales de utilización definidos, por lo general la mayoría de estos equipos están en un tramo de uso bajo en todas las áreas de salud. Las excepciones son los mamógrafos, en los cuales la intensidad de uso de Cáceres y Badajoz es alta y media, respectivamente; los TAC, en los cuales Don Benito-Villanueva de la Serena se sitúa en un umbral de uso medio; y el PET, donde Badajoz se sitúa en el tramo de uso medio.

CUADRO 21. INTENSIDAD DE USO DE LOS EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA CON UMBRALES DE INTENSIDAD DE USO (BAJO, MEDIO O ALTO) POR ÁREA DE SALUD. 2021 (ACTIVIDAD POR EQUIPO)

	BA	ME	CC	LL	NV	PL	CO	DB	Total SES
GAM	967	-	766	-	-	-	-	-	867
MAMO	5.142	1.297	10.012	-	-	-	-	-	6.993
TAC	2.172	2.549	1.675	3.102	4.342	1.723	3.241	4.350	2.347
RM	2.852	2.566	2.518	3.106	-	2.980	-	3.542	2.813
PET	2.268	-	-	-	-	-	-	-	2.268

Fuente: AIReF a partir de la información recibida por el SES.

Nota: En rosa claro están identificadas las modalidades en cuya intensidad se sitúa en el tramo de uso medio, y en rosa oscuro están destacadas aquellas de tramo de uso alto. Sin color están las de tramo de uso bajo.

En el caso de las modalidades para las que no se dispone de umbrales definidos, los resultados muestran diferencias entre áreas de salud. En el caso de la intensidad de uso de los equipos de radiología, mientras que en algunas áreas los niveles de utilización son bastante elevados, por encima de las 2.000 pruebas/equipo (Plasencia, Don Benito-Villanueva, Mérida o Coria), en otras como Badajoz o Llerena-Zafra no se alcanzan las 1.500 pruebas por equipo.

CUADRO 22. INTENSIDAD DE USO DE LOS EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA SIN UMBRALES POR ÁREA DE SALUD. 2021 (ACTIVIDAD POR EQUIPO)

	BA	ME	CC	LL	NV	PL	CO	DB	Total SES
ASD	222	-	150	-	-	-	-	-	193
HEM	548	837	982	-	-	-	-	-	755
DO	3.483	2.840	-	-	-	-	-	-	3.163
RCO	1.083	2.740	1.429	1.948	1.725	4.054	2.050	2.532	1.717

Fuente: AIReF a partir de la información recibida por el SES.

Nota: Solo se han incluido las modalidades para las que se han tenido datos de más de un área de salud y en las que no se encontraron inconsistencias o incoherencias en la información.

Por último, los datos de intensidad de uso también permiten obtener la vida útil de los equipos instalados en los hospitales extremeños, y obtener así una visión más ajustada del parque.

Cuando se ajusta por el grado de intensidad de uso, la antigüedad del parque de equipos alta tecnología del SES es inferior (cuadro 23)³⁹.

CUADRO 23. OBSOLESCENCIA DE LOS EQUIPOS INSTALADOS EN EXTREMADURA AJUSTADA POR LA INTENSIDAD DE USO

Equipo	Años esperados de vida			Tramos de intensidad de uso			Antigüedad EXT	Intensidad de uso EXT	Antigüedad ajustada por intensidad de uso
MAMO BDT	8	9	10	>7.000	3.500-7.000	<3.500	7	n.d.	n.d.
MAMO	8	9	10	>7.000	3.500-7.000	<3.500	18	6.993	↑ 19
ASD*	8	10	12	>4.000	2.000-4.000	<2.000	7	193	↓ 5
RM*	8	10	12	>8.000	4.000-8.000	<4.000	6	2.813	↓ 4
TAC*	8	10	12	>15.000	7.500-15.000	<7.500	5	2.347	↓ 3
PET*	8	10	12	>6.000	3.000-6.000	<3.000	9	2.268	↓ 7
PET/CT*	8	10	12	>4.000	2.000-4.000	<2.000	0	n.d.	n.d.
DO	8	10	12	>10.000	5.000-10.000	<5.000	9	3.163	↓ 7
GAM*	8	10	12	>6.000	3.000-6.000	<3.000	8	867	↓ 6
RCO	10	12	14	>20.000	10.000-20.000	<10.000	11	1.717	↓ 9
LIT	8	10	12	>3.000	2.000-3.000	<2.000	11	n.d.	n.d.

Fuente: AIReF a partir de datos de detalle del parque de equipos instalados facilitados por la Subdirección General de Obras, Equipamiento e Infraestructuras, las áreas de salud y la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES (en este caso los datos de actividad asistencial realizada con los equipos); y del SR2: *gasto hospitalario*.

Nota: Los equipos marcados en (*) hacen referencia a las modalidades contempladas en el Plan INVEAT.

En resumen, la intensidad de uso en los hospitales extremeños, para la práctica totalidad de modalidades para las que se ha podido efectuar el análisis es inferior al total del conjunto nacional. En términos evolutivos, los datos muestran, en líneas generales, una reducción de la productividad de los equipos de alta tecnología. Una parte se explica por el incremento en la densidad de equipos en Extremadura que se describía en el apartado 5.4, lo que se ha traducido en una reducción de la presión asistencial de los equipos de alta tecnología. **Cuando se ajusta por el grado de intensidad de uso, se observa que la antigüedad del parque de equipos alta tecnología extremeños es inferior.**

³⁹ Véase metodología en SR2: *gasto hospitalario*

5.5. Modelos de contratación para la incorporación y mantenimiento de equipos de alta tecnología

El procedimiento de contratación para la adquisición de alta tecnología en Extremadura 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.

Para dar asesoramiento al órgano de contratación y realizar la evaluación técnica y económica se dispone de un grupo de trabajo que ejerce las funciones de una comisión de compras, integrado por distintos perfiles, tanto técnicos como sanitarios.

La participación de profesionales asistenciales y técnicos en la elaboración de los pliegos y en los procedimientos de contratación es limitada y mejorable.

Además, 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.

El principal vehículo para la incorporación de equipos son los contratos de suministros (capítulo 6 de inversiones), y mediante contratos de servicios (capítulo 2) para su mantenimiento. En cambio, otras fórmulas alternativas o complementarias (*renting, leasing*, contratos de disponibilidad, socio tecnológico, contratos mixtos) están todavía poco exploradas, a pesar de sus ventajas. En la actualidad, hay una gran cantidad de contratos de mantenimiento en vigor, con una cobertura y una situación desigual.

Por último, es evidente que no existen 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.

5.6. Uso racional del equipamiento de alta tecnología

Los profesionales de hospitales entrevistados disponen de mecanismos de control, gestión y valoración de las solicitudes de pruebas. En el caso del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, los servicios (radiología, medicina nuclear) valoran y evalúan las peticiones, cotejando la HCE de los pacientes, y consultan o hacen sugerencias a los profesionales médicos solicitantes a través del correo electrónico. En el caso del Hospital de Don Benito-Villanueva de la Serena, por su parte, desde el servicio de radiología se efectúa un control sobre ciertas peticiones y se comunica al profesional

médico solicitante de qué pruebas o estudios son los más indicados, si fuera necesario ajustar la petición. En caso de recibir nuevas solicitudes que se consideren inadecuadas de forma recurrente, y tras haber realizado los avisos correspondientes, se procede a su modificación, con la autorización previa del jefe de servicio correspondiente. De esta manera, se garantiza una adecuada gestión y utilización racional de los recursos y se asegura la prestación de una atención sanitaria de calidad y eficiente. Estas son acciones que se desarrollan y ponen en marcha en el ámbito de los centros, sin que respondan necesariamente a una línea de acción común.

Por otro lado, relacionado con el uso de los equipos de alta tecnología y su productividad, otro aspecto relevante es potencial el efecto que el **absentismo del paciente** en las citas programadas (incomparecencias) en las pruebas diagnósticas y terapéuticas puede representar, tanto en términos organizativos como económicos. **Y, sin embargo, no hay líneas o elementos de acción común, de aplicación a todos los centros.**

6.

ASPECTOS TRANSVERSALES A LOS EJES EVALUADOS

6.1. Modelo de objetivos e incentivos a los profesionales: contratos de gestión

En Extremadura, tras varios años en los que no se han elaborado contratos de gestión en las áreas de salud, se retomaron en 2022 con su firma y aplicación para el ejercicio de 2023.

No obstante, tras la revisión y análisis de los contratos de gestión de 2023 no queda lo suficientemente claro el peso específico que tienen los objetivos de farmacia sobre el conjunto del contrato, ni cómo se van a traducir, adaptar y trasladar estos objetivos hacia los servicios hospitalarios y los equipos de atención primaria, respectivamente.

Para dar seguimiento de los objetivos de farmacia del contrato de gestión se establecen como indicadores prioritarios los siguientes:

- Porcentaje de prescripción por principio activo.
- Porcentaje de prescripción de biosimilares para medicamentos biológicos con biosimilares comercializados.
- Porcentaje de pacientes con interacciones graves en su tratamiento farmacológico.
- Porcentaje de pacientes con duplicidades medicamentosas.
- Número de pacientes sobre los que se hayan realizado revisiones de tratamientos y número de intervenciones derivadas de los programas PRONOSEM, siempre que existan alertas de seguridad (trimestralmente).

También se monitorizarán los indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica ya establecidos en años anteriores (véase apartado 3.3), en base a los objetivos marcados (porcentaje de prescripción electrónica, porcentaje de prescripción por principio activo, porcentaje de DDD de antibióticos de espectro reducido, porcentaje

de estatinas de elección, porcentaje de envases de amoxicilina sin clavulánico, porcentaje de antibióticos de espectro reducido, etc.), orientados fundamentalmente a mejorar el uso de los fármacos mediante la correcta indicación y selección de los tratamientos.

En opinión de los profesionales entrevistados durante el trabajo de campo, no obstante, el contrato de gestión vigente no se ajusta lo suficiente a las distintas realidades de los centros hospitalarios en los objetivos de farmacia y el uso racional del medicamento. Según la percepción de los profesionales entrevistados, se otorga una especial atención y peso relativo a objetivos asistenciales y quirúrgicos, mientras que hay margen de mejora para las cuestiones vinculadas a uso racional del medicamento y farmacia. Además, en opinión de estos profesionales, los indicadores de farmacia no se adaptan ni se ajustan adecuadamente a la realidad de los hospitales al no recoger la realidad en cuanto a calidad de prescripción y la incidencia sobre el gasto de la mayor parte de los servicios que concentran una gran parte del volumen de gasto farmacéutico hospitalario y de los medicamentos de alto impacto económico (como es el caso, por ejemplo, de oncología, hematología, dermatología, etc.).

Los profesionales de la atención primaria opinan que cabría actualizar y mejorar los indicadores de farmacia y el uso racional del medicamento recogidos en los contratos de gestión. No obstante, las limitaciones de los sistemas de información dificultan su actualización y la definición de indicadores nuevos o adicionales.

Los indicadores de prescripción utilizados son aquellos que están disponibles en los sistemas de información corporativos (Digitalis-Spfar), con las debilidades que se detallan en el apartado 3.3. Además, por lo que respecta al ámbito hospitalario, la falta de una integración y de un sistema corporativo de la herramienta Farmatools® o la ausencia de prescripción electrónica asistida intrahospitalaria en la práctica totalidad de los centros, entre otras, limita y dificulta que se puedan definir indicadores más adecuados y que estos se incorporen en los contratos de gestión.

Por último, los modelos de dirección por objetivos suelen llevar asociados mecanismos de incentivación económicos y/o no económicos para incentivar a sus profesionales sanitarios y conseguir que sus actuaciones estén alineadas con los objetivos y las líneas estratégicas marcadas.

En la actualidad en Extremadura no se dispone de mecanismos de incentivos, económicos o no económicos, vinculados al grado de consecución de los distintos objetivos marcados en el contrato de gestión.

Al ser preguntados por su percepción y por la efectividad de este modelo, se observó una cierta disparidad de opiniones en los profesionales entrevistados. Mientras que algunos profesionales los percibían como útiles, la mayoría de los profesionales

destacan que estos incentivos económicos estaban excesivamente vinculados al gasto farmacéutico, por lo que los esfuerzos se dirigían exclusivamente a la reducción del gasto con criterios economicistas en lugar de a la calidad de la prescripción y calidad asistencial. Estos profesionales estaban de acuerdo con mecanismos de incentivación y políticas de uso racional del medicamento siempre que se basen en evidencias científicas y en criterios de eficiencia transparentes. Por otro lado, otros profesionales destacaron que los incentivos económicos, por sí solos, eran insuficientes para incentivar a los profesionales, por no combinarse o incluirse otros de carácter no económico como posibilidades de formación o de carrera profesional, percibidos en muchas ocasiones como más eficaces.

Finalmente, se ha llevado a cabo un análisis de los equipos de alta tecnología similar al realizado en farmacia y se ha constatado que la alta tecnología tiene un peso mucho más reducido que la farmacia en los contratos de gestión, una conclusión ya observada durante el SR2: *gasto hospitalario*.

En Extremadura, de acuerdo con los contratos de gestión actuales, y en línea con la mayoría de las comunidades, no se incluyen objetivos o indicadores relacionados con la alta tecnología, su gestión económica, su adquisición o mantenimiento, ni con la adecuación de las indicaciones o un uso racional de estos equipos.

En resumen, y tras varios años sin contratos de gestión entre el SES y las áreas de salud, estos se han retomado en la actualidad. No obstante, tras la revisión y análisis de los contratos de gestión vigentes, hay aspectos que no están lo suficientemente claros, como el peso específico que tienen los objetivos de farmacia 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, estos son comunes para la atención hospitalaria y la atención primaria, y no se ajustan, adaptan o reflejan las particularidades y distintas realidades de los centros y servicios hospitalarios. Además, la consecución de los objetivos de farmacia y el uso racional del medicamento establecidos no está vinculada a mecanismos de incentivación, económica o no económica, de los profesionales. Por lo que respecta a la alta tecnología, de acuerdo con los contratos de gestión actuales, y en línea con la mayoría de las comunidades, no se incluyen objetivos relacionados con la alta tecnología.

6.2. Sistemas de información

El SES dispone de un sistema de información integral e integrado, JARA, que constituye la principal herramienta de información clínica y de gestión en todos los niveles de la atención sanitaria.

Más concretamente, en JARA se integran la historia clínica electrónica y única por paciente, accesible por todos los profesionales del SES; el sistema para la gestión y administración de pacientes (agendas, interconsultas, prescripción, etc.), el sistema de gestión económica y financiera y el sistema para la gestión de recursos humanos, entre otros datos.

6.2.1. Sistemas de información de farmacia

En las entrevistas con los profesionales de los distintos niveles asistenciales, así como con los centros directivos, se ha puesto de manifiesto que en Extremadura los sistemas de información de farmacia presentan importantes debilidades y posibilidades de mejora. Además, en ocasiones estas debilidades limitan la ejecución e implementación de estrategias de uso racional del medicamento y su adecuado control, monitorización y seguimiento.

En el ámbito hospitalario, una de las principales debilidades es la falta de adecuación de los sistemas de información y los indicadores de gasto, consumo y calidad de la prescripción a la realidad hospitalaria, lo que dificulta poder llevar a cabo de forma ágil y efectiva acciones de control y seguimiento de indicadores relevantes, así como el necesario *feedback* de información con los distintos servicios y profesionales, estableciendo comparaciones objetivas y homogéneas entre profesionales, servicios y centros.

Otra de las principales limitaciones de los sistemas de información en este ámbito es la falta de implementación de la prescripción electrónica asistida intrahospitalaria en la totalidad de centros e integrada en JARA. Este hecho, además de dotar de inseguridad al acto de prescripción médica en los hospitales, tiene importantes implicaciones. Por un lado, imposibilita la incorporación de herramientas adecuadas de ayuda a la prescripción y protocolos consensuados de utilización de medicamentos y estrategias farmacéuticas de forma eficiente. Por otro lado, también dificulta la implementación y generalización de sistemas automatizados de dispensación de medicamentos, que garanticen no solo una mayor eficiencia en el acto de dispensación, sino también que la administración coincida con la prescripción. Además, la falta de implantación de la prescripción electrónica asistida limita el llevar a cabo un control exhaustivo de las prescripciones y perfiles farmacoterapéuticos en ámbitos tan relevantes como pacientes externos y ambulantes. Finalmente, también dificulta que en determinados ámbitos se trabaje mayor medida con protocolos validados por la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica u otras, de forma que se monitorice la adherencia de los profesionales a las decisiones tomadas en el seno de estas comisiones.

La falta de integración y de disponibilidad de un sistema Farmatools único y común para todos los centros dificulta que se pueda controlar y monitorizar de forma ágil, sistematizada y precisa cuestiones relacionadas con las compras y la gestión de

farmacia, así como obtener información homogénea que permita realizar comparaciones entre centros y áreas de salud. También cabe destacar la ausencia de un sistema automático e integrado en los sistemas de información que recoja y traslade de forma automática los resultados de los precios de los medicamentos y condiciones negociadas de forma centralizada con los laboratorios farmacéuticos.

En el ámbito de receta (atención primaria), una de las principales limitaciones o debilidades de los sistemas de información es la imposibilidad de vincular la prescripción con el diagnóstico médico. Esto limita que se puedan monitorizar los indicadores más adecuados de calidad de prescripción y de calidad asistencial. Por otro lado, el inadecuado funcionamiento y mantenimiento de Digitalis-Spfa, así como el elevado decalaje temporal con el que está actualmente disponible la información, limitan la disponibilidad de cuadros de mando de farmacia útiles para la gestión, su seguimiento y su análisis.

Otra limitación importante del módulo de prescripción es la falta de herramientas y funcionalidades avanzadas de apoyo a la prescripción: inclusión de conciliación de la medicación, actualización del módulo de interacciones, alertas automáticas de duplicidades o que, por defecto, se identifique la prescripción como aguda en vez de crónica, de forma que se eviten prescripciones prolongadas de manera innecesaria.

En el ámbito sociosanitario, una de las principales limitaciones es que los sistemas de información actuales no permiten identificar, de forma automática, si un paciente es residente de un centro sociosanitario, lo que dificulta el desarrollo, despliegue e implementación de muchas de las actuaciones de control y seguimiento de la prescripción y su adecuación, así como el control y seguimiento específico de indicadores en este ámbito.

Adicionalmente, no se dispone de una guía farmacoterapéutica para pacientes sociosanitarios, única, homogénea e integrada en JARA como herramienta de ayuda a la prescripción y accesible a todos los profesionales, sobre la que se vertebrar un plan terapéutico único del paciente sociosanitario con inclusión de la prescripción hospitalaria y la de receta.

En los centros sociosanitarios no hay sistemas de información unificada y compartida y no todos los centros disponen de acceso a la historia clínica electrónica y al historial farmacoterapéutico de los residentes. En los centros del SEPAD, el facultativo tiene acceso a JARA y al módulo de prescripción electrónica oficial, pero no así el personal de enfermería u otros profesionales. Aunque los facultativos médicos tienen acceso, en la práctica coexisten otros programas y sistemas de información (CITRIX), desactualizados y no integrados en Jara, y muchos de estos profesionales no prescriben en el sistema oficial. En el resto de los centros, prácticamente todos disponen de sistemas de registro propios o fichas por residente, pero esta información no se comparte ni integra con los sistemas oficiales.

Tampoco existen, como ocurre en otras comunidades autónomas, como Aragón, sistemas bidireccionales entre los centros sociosanitarios y el ámbito sanitario que permitan compartir y tener acceso a información relevante del residente.

Esta falta de un sistema único de información del paciente, así como de sistemas bidireccionales compartidos o sistemas integrados de información 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.

En el ámbito de la alta tecnología, los sistemas de información presentan debilidades y áreas de mejora importantes. En particular, se ha identificado una elevada dispersión de la información, así como la falta de un inventario único del SES, común y actualizado, con información relacionada tanto con el estado funcional y las características del equipamiento como de su actividad asistencial, integrado en JARA.

6.3. Formación sobre el uso racional del medicamento y el uso racional de equipos de alta tecnología a los profesionales

La formación continuada de los profesionales sanitarios resulta fundamental en un sector que, por encima de otros, está inmerso en continuos y rápidos cambios científicos y tecnológicos. Por ello resulta crucial que los profesionales mantengan actualizadas sus competencias y capacitaciones.

En el ámbito de esta evaluación, resulta crucial, la formación continua en uso racional del medicamento, así como el trabajo continuado con los profesionales que participan en la farmacoterapia de los pacientes en este aspecto. Disponer y poder utilizar la mejor información útil sobre los medicamentos, su efectividad, adecuación, seguridad y eficiencia repercute en una mejor atención a los pacientes y en una mejor calidad de la atención prestada.

En Extremadura, la formación continuada de los profesionales sanitarios y los programas de actividades docentes se instrumentalizan y desarrollan con FundeSalud, en coordinación con la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social en Extremadura (ECSAS).

Según los datos facilitados por el Cuestionario para la dirección de los centros hospitalarios, el Programa de Formación ECSAS para el conjunto de Extremadura en 2021 fue de 275.169 euros, y con Fundesalud se invirtieron en formación e investigación para toda la comunidad autónoma 65.124 euros.

Además de este vehículo, las áreas de salud pueden dedicar recursos a implementar actividades formativas y, específicamente, actividades formativas relacionadas con

el uso racional del medicamento. **Según los datos recopilados por el Cuestionario para la dirección de atención primaria y del Cuestionario para la dirección de los centros hospitalarios, el presupuesto del que disponen para la formación de sus profesionales es reducido.** Además, salvo algunas excepciones, se desconoce o no hay presupuesto específico para uso racional del medicamento.

CUADRO 24. PRESUPUESTO DE LAS ÁREAS DE SALUD DESTINADO A FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS FACULTATIVOS. 2021 (EUROS)

Área de salud	Presupuesto formación - hospital	Presupuesto formación URM - hospital	Presupuesto formación AP	Presupuesto formación URM - AP
Badajoz	-	-	21.856€ ¹	0
Cáceres	32.000€	32.000€	12.000€	0
Mérida	11.000€	0	23.000€	0
Don Benito-Villanueva	0	-	-	-
Plasencia	0	-	5.057€	450€
Llerena-Zafra	0	-	-	-
Navalmoral	0	-	6.000	0
Coria	0	-	4.000	0

Fuente: AIReF a partir del Cuestionario para las direcciones de atención primaria de los áreas de salud y del Cuestionario para la dirección de los centros hospitalarios.

Nota: ¹Según las respuestas recibidas, la formación continuada del área de Badajoz fue de 21.856,10 euros.

No obstante, en las entrevistas del trabajo de campo con los centros sanitarios y con los responsables directivos se ha puesto de manifiesto que la formación no es obligatoria para los profesionales, y que se detecta que muchos cursos formativos se quedan vacantes, debido a que ningún profesional tiene interés en realizarlos.

Tampoco es habitual que como parte de las actividades formativas del uso racional del medicamento se incluyan a los profesionales médicos de los centros sociosanitarios, a pesar de su importante participación en la prescripción y la atención farmacéutica del residente.

Las entrevistas del trabajo de campo pusieron de manifiesto que la formación para el uso de los equipos, en términos generales, es adecuada. El modelo más habitual es que se siguen en los centros para la formación de los equipos y profesionales para la utilización y manejo de los equipos es a través de la casa comercial o fabricante, de forma que el personal técnico se encarga de formar a los profesionales cuando este se instala. Adicionalmente, los centros suelen pedir formación a las casas comerciales

y fabricantes con cierta regularidad, de forma que los profesionales reciban formación continuada para el adecuado manejo y utilización de los equipos.

No obstante, en el trabajo de campo se evidenció que **en los centros no se suelen desarrollar acciones formativas para trabajar cuestiones relacionadas con la adecuación de las peticiones de solicitudes y pruebas diagnósticas o el uso racional de los equipos.**

7.

PROPUESTAS

En la presente sección se recopilan, describen y detallan las propuestas como resultado de los análisis y la evaluación efectuada a lo largo de las secciones previas.

Impacto de las propuestas

Cuando para algunas propuestas es posible cuantificar o estimar el orden de magnitud del impacto en términos de ahorro o inversión para el sistema, se proporcionan los resultados del impacto en términos económicos derivados de su implementación.

7.1. Propuestas en el ámbito del gasto de farmacia hospitalaria

Evaluación y acceso a los medicamentos. La red de uso racional del medicamento en atención hospitalaria

7.1.1. Fortalecimiento de la estructura y composición de las comisiones centralizadas de farmacia

- **Definir formalmente los perfiles o el conjunto de requisitos al que los profesionales deban ajustarse para formar parte de las comisiones, y establecer un proceso claro para su selección** de forma que sean seleccionados basándose en su experiencia y competencias en la materia, así como en su motivación e interés por la actividad evaluadora.
- **Definir objetivos, indicadores e incentivos específicos para estos profesionales en su rol como miembros de las comisiones**, alineados con la estrategia del SES y los hitos o actuaciones que se pretenden conseguir.
- **Garantizar que la evaluación de los nuevos medicamentos la llevan a cabo expertos clínicos de cada especialidad**, especialmente los de áreas en las que se tiende hacia un mayor nivel de especialización (p. ej. oncología).
- **Incorporar perfiles especialistas y otros perfiles específicos economistas de la salud, analistas o representantes de pacientes**, de forma similar a otras comisiones centralizadas de evaluación de medicamentos en otros servicios de salud.

- **Proporcionar el soporte técnico, de gestión y administrativo necesario a la actividad evaluadora para el adecuado funcionamiento de las distintas comisiones**, mediante recursos técnicos (bibliografía, gestión documental, etc.), como de personal y tecnológicos.
- **Reforzar la formación y actualización de los profesionales evaluadores** en las últimas evidencias científicas y protocolos y guías de práctica clínica.

7.1.2. Avance en la protocolización de indicaciones y tratamientos evaluados y en ampliar las funciones de las comisiones centralizadas

- **Avanzar en una mayor protocolización de las indicaciones y/o tratamientos evaluados por parte de las comisiones** (Comisión Central de Farmacia y Terapéutica, Comité de Tumores, Comisión de Uso Compasivo de Medicamentos del SES), estableciendo los criterios, indicaciones, dosis, duración y seguimiento de los tratamientos farmacológicos en diferentes patologías y pacientes. **Estos protocolos deben basarse en la mejor evidencia científica disponible y actualizarse periódicamente** para adaptarse a los avances en la práctica clínica, así como compartirse con los profesionales y clínicos.
- **Además de esta línea de trabajo, sería deseable ampliar las funciones y líneas de trabajo desarrolladas**, en especial las de la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica, incluyendo algunas otras como proponer y evaluar indicadores y criterios de seguimiento de valoración de resultados en salud o proponer objetivos de calidad de la prestación farmacéutica en el ámbito hospitalario, etc.), en línea con otras comisiones de farmacia y terapéutica regionales de otros servicios de salud de las comunidades autónomas.

7.1.3. Revisión sistemática de las condiciones de uso de los medicamentos evaluados y del grado de adherencia de los profesionales

- **Establecer objetivos y resultados en salud esperados y los parámetros para su medición**, de forma que se lleve a cabo una revisión sistemática de los resultados de los tratamientos aprobados.
- **Establecer criterios de retirada o suspensión del tratamiento** si no se logran los objetivos previstos, especialmente en los fármacos de mayor impacto.
- **Monitorizar sistemáticamente las condiciones de uso de los fármacos evaluados** y el grado de adherencia en la práctica clínica a las decisiones tomadas, con indicadores y métricas que permitan llevar a cabo este seguimiento.
- **Evolucionar y desarrollar los programas de historia clínica y de los módulos informáticos de prescripción intrahospitalaria**, de forma que se facilite y agilice el análisis y seguimiento y se garantice la trazabilidad total de todo el proceso.

Control y seguimiento de indicadores económicos y de calidad de la prescripción farmacéutica

7.1.4. Completar la implantación de la prescripción electrónica asistida en todos los ámbitos y servicios asistenciales de todos los hospitales del SES

- **Establecer como estratégico y prioritario en este ámbito el objetivo de la implantación efectiva de la prescripción electrónica asistida en los hospitales del SES.** Incorporando, en los contratos programa con las direcciones de las áreas de salud y en los acuerdos de gestión con las unidades y servicios asistenciales que corresponda, objetivos e indicadores de seguimiento para su consecución.

7.1.5. Definición, desarrollo y monitorización de indicadores específicos del ámbito hospitalario

- **Definir, desarrollar e incluir en los sistemas de información y los cuadros de mando de farmacia indicadores específicos de calidad y adecuación de la prescripción y utilización de medicamentos en el ámbito hospitalario adicionales a los actuales.** Se recomienda el desarrollo de indicadores específicos de patologías y de tratamientos de alto impacto. Por ejemplo, utilización de biosimilares, prescripción de medicamentos oncohematológicos de acuerdo con las pautas clínicas, prescripción de medicamentos de alto riesgo a pacientes oncohematológicos, entre algunos ejemplos.
- **Incorporar estos indicadores a los contratos de gestión firmados entre el SES y los centros hospitalarios, así como entre los centros y los servicios y unidades,** con metas y objetivos, e incentivos a su consecución.
- **Actualizar de forma periódica los indicadores utilizados, especialmente los de calidad y de adecuación,** según las actualizaciones de las guías de práctica clínica y los estándares de las principales sociedades médicas y científicas.
- **Para la construcción y alimentación de los indicadores, utilizar otras fuentes de información adicionales,** y que pueden incluir registros de prescripción, historias clínicas, registros de dispensación, registros de pacientes, entre otras.
- **Desarrollar y mejorar las debilidades de los sistemas de información** (propuesta específica).

7.1.6. Implantación de acciones sistemáticas y periódicas de control y seguimiento de la calidad de la prescripción farmacéutica y del gasto en farmacia hospitalaria y de medidas para la corrección en caso de desviaciones

- **Llevar a cabo reuniones periódicas y de forma sistemática con los principales servicios o unidades asistenciales,** en las que se compartan estos indicadores

y analicen los resultados obtenidos. Para ello, es necesario que se disponga de cuadros de mandos con indicadores económicos y de actividad (por patologías, por grupos de pacientes, por grupos de medicamentos, etc.), especialmente en los servicios de mayor gasto e impacto económico.

- **Incorporar en estos seguimientos ejercicios comparativos y de benchmarking** (a nivel de profesionales, centros, área de salud y SES).
- **Desarrollar dinámicas de trabajo similares entre los centros con los servicios centrales del SES**, con reuniones de trabajo periódicas y seguimiento de los distintos indicadores y los resultados alcanzados.

Medicamentos biosimilares

7.1.7. Fomento en la utilización de biosimilares en el marco de una estrategia o plan a nivel del Servicio Extremeño de Salud (SES)

- Por un lado, con relación a los principios activos con biosimilar disponible actualmente, continuar fomentando la utilización de los biosimilares, especialmente en aquellos centros y servicios o en aquellas moléculas en los que existe mayor recorrido en Extremadura y son de mayor impacto económico. Por ejemplo, en centros como el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz o el Hospital de Don Benito-Villanueva de la Serena; en moléculas como adalimumab e infliximab, de alto impacto económico; y en servicios como gastroenterología (digestivo), reumatología, dermatología u oncología.

El fomento de estos fármacos debe seguir consistiendo en que todos los pacientes nuevos inicien, salvo excepciones, su tratamiento con biosimilar, y que los pacientes ya tratados con biológicos de referencia se cambien al biosimilar.

- **Por otro lado, desarrollar estrategias y actuaciones que puedan ayudar a anticipar la entrada de nuevos biosimilares en el mercado en los próximos años, que reduzcan al mínimo el tiempo para su incorporación efectiva y permitan la mayor eficiencia.** Identificar y analizar específicamente qué moléculas, en qué patologías o servicios, cuáles son las principales áreas de interés y evaluar las oportunidades de eficiencia potenciales. La comisión de biológicos podría desempeñar un papel fundamental y un rol activo en este aspecto.

En ambos casos, se propone un conjunto de medidas que deben ser puestas en marcha de forma complementaria y coordinada:

- **Elaboración y aprobación de un plan o estrategia para el fomento de los biosimilares en el SES, con objetivos y metas específicas**, y en el que se integren y tengan cabida las distintas acciones y actuaciones que se proponen a continuación. Esta

estrategia debe coordinarse entre atención hospitalaria y atención primaria.

- **Seguir dotando de seguridad jurídica y respaldo a los profesionales, especialmente en las decisiones de intercambio, a través del desarrollo de guías de tratamiento y documentos de posicionamiento de los biosimilares.** Tratando las evaluaciones y decisiones en la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica o la comisión de biológicos, así como grupos de trabajo específicos según la evidencia científica disponible y haciendo transparentes los criterios y las decisiones tomadas, dando al prescriptor el suficiente respaldo, confort y seguridad para efectuar estos cambios de tratamiento.

Para ello, se recomienda avanzar en instrucciones centralizadas y en efectuar una planificación estratégica y una identificación de los tratamientos o pacientes más apropiados para el cambio a biosimilar, priorizándolas frente al resto.

Por ejemplo, podrían priorizarse tratamientos que no generen un efecto desplazamiento hacia otras moléculas de síntesis biológica, así como tratamientos en los que el paciente pueda mostrar una menor aversión al cambio condicionada por el formato de administración, el tipo de envase o la denominación comercial del fármaco.

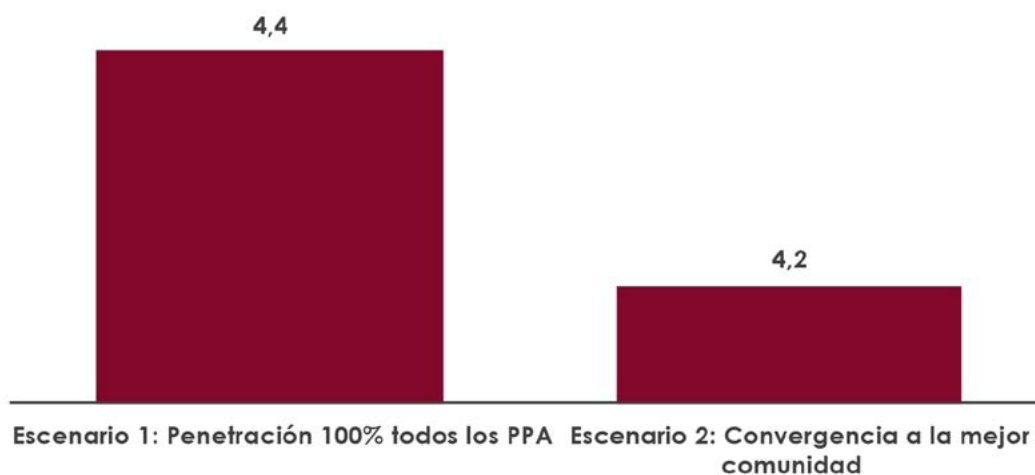
De forma análoga, y aunque el *switch* debe basarse en las características individuales de cada paciente, podrían priorizarse pacientes que hayan estado recibiendo tratamiento con un medicamento biológico de referencia durante un período prolongado de tiempo y hayan respondido bien al tratamiento, pacientes que no tengan una enfermedad en la que se haya demostrado una alta variabilidad interindividual en la respuesta al tratamiento, pacientes que no tengan comorbilidades o condiciones médicas que pudieran verse afectadas ante cambios de tratamiento, entre algunos ejemplos.

- **Desarrollar el modelo de ganancias compartidas**, prestando especial atención a los aspectos más relevantes y que permitan maximizar los potenciales beneficios derivados de la implantación de este tipo de esquemas:
 - **Identificar los centros, servicios y medicamentos biológicos más adecuados para la puesta en marcha del modelo, y los criterios para su elección.** Es importante seleccionar aquellos con mayor potencial o posibilidades de éxito en términos de resultados y de eficiencias potenciales, lo que implica, a su vez, un análisis riguroso tanto de la evidencia científica como de la situación actual de los distintos servicios y centros en Extremadura en relación con los principales elementos del modelo.
 - Definición clara de los objetivos y metas a alcanzar por profesional/equipo/servicio, así como del esquema de incentivos del modelo. **Este esquema de incentivos ha de guardar, además, coherencia interna con el modelo de objetivos e incentivos definido por la organización, alineando a todas partes de la organización.**

- **Diseñar los incentivos teniendo en cuenta cómo será la estrategia de seguimiento y evaluación de los resultados.** Los incentivos deben estar bien diseñados, prefijados, consensuados, transparentes y claros para todos los profesionales implicados.
- **Incluir en los contratos de gestión o en acuerdos específicos los compromisos derivados del modelo,** para dotar de robustez y transparencia al sistema.
- **Fomentar el liderazgo personal e identificar líderes clínicos en los hospitales y servicios,** que estén dispuestos a liderar y apoyar la implantación del modelo, así como a motivar a otros profesionales.
- **Reforzar la formación e información** en el uso de biosimilares y en el conocimiento de costes y ahorros.
- **Fomentar la creación de estructuras organizativas basadas en unidades de gestión clínica,** así como equipos multidisciplinares en los que participen y se involucren a todos los profesionales implicados.
- Definir e implementar el modelo para monitorizar y evaluar los resultados, para asegurar que se están logrando los objetivos y metas establecidos.
- **Informar y formar a los facultativos** con sesiones impartidas por líderes clínicos sobre las oportunidades de ahorro y las posibilidades de liberación de recursos y, especialmente, **anticipando la entrada de nuevos biosimilares que se prevé en los próximos años.**
- **Implementar campañas y acciones de divulgación, formación e información a los pacientes,** elaborando guías, trípticos e infografías con conceptos básicos de los medicamentos biosimilares, utilizando formatos, contenidos y terminologías comprensibles.
- **Trabajar con líderes clínicos y facultativos en la medición de resultados en salud** y aportación de evidencia clínica que avalen la calidad y la eficiencia de estos medicamentos.

Se estima un ahorro potencial para Extremadura si se consigue fomentar el uso de los biosimilares de entre 4,4 millones de euros (escenario 1: penetración del 100 % en todos los principios activos) **y 3,8 millones de euros anuales** (escenario 2: convergencia a la situación de la mejor comunidad autónoma), lo que supone un 3 % y un 2 % del gasto farmacéutico hospitalario, respectivamente.

GRÁFICO 69. AHORRO POTENCIAL DERIVADO DEL FOMENTO DE BIOSIMILARES EN EXTREMADURA (MILLONES DE EUROS)



Fuente: AIReF a partir de información facilitada por la Subdirección de Farmacia del SES y Sistema de Información de Consumo Hospitalario.

Por último, cabe señalar que este ahorro potencial es bruto, es decir, no tiene en cuenta el coste de las acciones que se plantean en esta medida (por ejemplo, derivados de la implantación del modelo de ganancias compartidas).

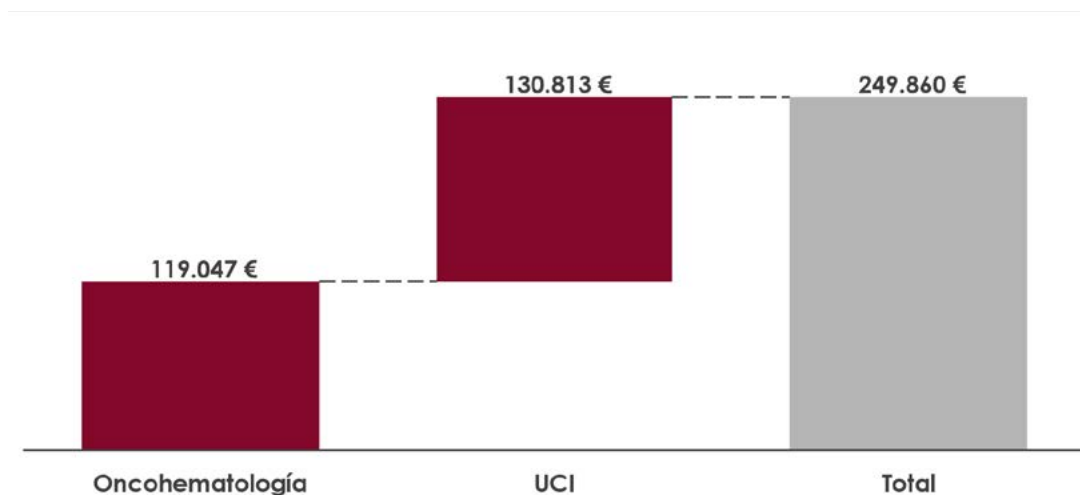
Atención farmacéutica en los servicios de atención hospitalaria

7.1.8. Avance en la integración de farmacéuticos en servicios y equipos asistenciales multidisciplinares

- **Avanzar en una mayor integración de los farmacéuticos en los servicios asistenciales y unidades clínicas trabajando de manera integrada en el equipo médico**, especialmente en áreas como oncohematología o UCI, y progresivo avance hacia otras como urgencias o pediatría.
- **Reforzar los recursos de personal de los servicios de farmacia, así como liberar de mayor tiempo de las actividades del farmacéutico especialista** para poder dedicarse a acciones de atención farmacéutica, de mayor valor añadido.
- **Medir el impacto y los resultados generados** antes y después de su integración, tanto en términos clínicos (reducción de problemas relacionados con la medicación, intervenciones farmacéuticas, ajustes o conciliaciones de medicación, etc.) como económicos.

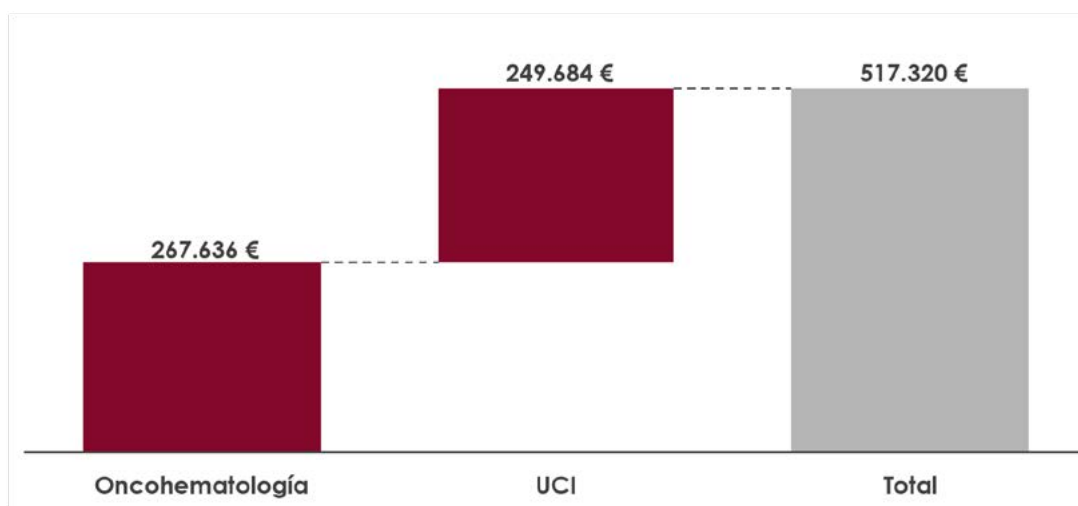
En cómputo total, los ahorros para los hospitales oscilarían entre los casi 250.000 euros y los 500.000 euros anuales, según los distintos escenarios y supuestos de integración de farmacéuticos, un 0,13 % y un 0,3 % del gasto farmacéutico hospitalario.

GRÁFICO 70. CUANTIFICACIÓN DE LOS AHORROS ANUALES DE LA INTEGRACIÓN DE FARMACÉUTICOS ESPECIALISTAS EN ONCOHEMATOLOGÍA Y UCI EN EXTREMADURA BAJO EL SUPUESTO DE LA NECESIDAD DE CONTRATACIÓN DE FARMACÉUTICOS ADICIONALES



Fuente: AIReF a partir del *Cuestionario de farmacia para el servicio de farmacia hospitalaria*, directorios y memorias de los hospitales, CNH (2022), SIAE (2020), tabla de retribuciones del SES (2022) y los datos de ahorros unitarios conseguidos en los estudios.

GRÁFICO 71. CUANTIFICACIÓN DE LOS AHORROS ANUALES DE LA INTEGRACIÓN DE FARMACÉUTICOS ESPECIALISTAS EN ONCOHEMATOLOGÍA Y UCI EN EXTREMADURA BAJO EL SUPUESTO DE QUE SE LLEVEN A CABO CON LOS RECURSOS DISPONIBLES



Fuente: AIReF a partir del *Cuestionario de farmacia para el servicio de farmacia hospitalaria*, directorios y memorias de los hospitales, CNH (2022), SIAE (2020)) y los datos de ahorros unitarios conseguidos en los estudios arriba mencionados.

Contratación pública y compra de medicamentos

Contratación pública

7.1.9. Definición de una estrategia de contratación pública del SES. Reordenación y refuerzo de las estructuras y órganos de contratación administrativa

- **Reforzar las estructuras y los órganos centralizados de contratación administrativa, dotándolos de más medios, recursos y personal**, para avanzar en la contratación normalizada y en la agregación de las compras de medicamentos.
- **Asegurar la colaboración y coordinación con otras áreas de la organización y con otras estructuras centralizadas** para garantizar que se compartan conocimientos y recursos y se eviten duplicidades innecesarias.
- **Reforzar la formación de los profesionales** para contar con un equipo especializado en contratación y compras de medicamentos.
- **Incorporar objetivos e indicadores de contratación pública específicamente para el suministro de medicamentos**, en los contratos de gestión con los centros sanitarios y en los acuerdos de gestión clínica con los servicios asistenciales y servicios de farmacia hospitalaria.

7.1.10. Desarrollo a nivel autonómico de la Ley de Contratos del Sector Público para agilizar la contratación de medicamentos con protección de patente

Desarrollar a nivel autonómico la normativa sobre contratación y adquisición de medicamentos, en línea con lo propuesto en el SR2: *farmacia hospitalaria* y en la *Evaluación del Gasto farmacéutico público en Aragón*, así como con la modificación aprobada por la Comunidad Foral de Navarra⁴⁰ o Illes Balears⁴¹, de forma que posibilite la incorporación de fórmulas de contratación que tengan en consideración la resolución administrativa que supone la decisión favorable de financiación de la CIMP en los medicamentos con patente.

Es decir, que los medicamentos innovadores con patente, una vez determinado el precio público por la CIMP, puedan ser adquiridos directamente por el SES tomando como referencia ese precio (que operaría como un precio máximo a partir del cual se podrían establecer precios inferiores en licitaciones y negociaciones posteriores –de forma centralizada o a nivel de centro–).

⁴⁰ Ley Foral 17/2021, de 21 de octubre, por la que se modifica la Ley Foral 2/2018, de 13 de abril, de Contratos Públicos.

⁴¹ Ley 2/2020, de 15 de octubre, de medidas urgentes y extraordinarias para el impulso de la actividad económica y la simplificación administrativas.

7.1.11. Fomento de la utilización de mecanismos de agregación o centralización de la contratación y compra de medicamentos

- Continuar fomentando y consolidando la estrategia de contratación medicamentos con mecanismos de agregación o centralización, como los expedientes o acuerdos marco tramitados por el SES o la adhesión a los expedientes de contratación de INGESA.
- Incorporar nuevos medicamentos o principios activos a estos mecanismos centralizados, priorizando especialmente los de mayor impacto económico. Para ello se recomienda efectuar un ejercicio de anticipación y planificación estratégica de la contratación de medicamentos a nivel del SES, así como fomentar la participación de la comunidad en los procesos de planificación y definición de los expedientes de contratación de INGESA, para asegurar que las necesidades de la comunidad estén siendo consideradas.
- **Fomentar la competencia entre laboratorios a través de la licitación por alternativas terapéuticas equivalentes.** Es decir, la elaboración de lotes en vez de por principio activo, por aplicaciones terapéuticas o indicaciones, de forma que los medicamentos que integren cada uno de los lotes estén dirigidos a una misma patología y, por tanto, incluidos en el mismo subgrupo terapéutico de la clasificación ATC. Para la configuración de los lotes por alternativas terapéuticas equivalentes de estos expedientes se entiende necesaria la participación de los profesionales y servicios clínicos responsables de los tratamientos para las indicaciones que se incluyan.

7.1.12. Avance en la contratación normalizada de forma específica en las áreas de salud, con la participación de todos los niveles de la organización

Mayor esfuerzo por parte de todas las áreas para incrementar los expedientes tramitados de forma individual y aumentar los porcentajes de contratación normalizada. Dados los bajos niveles de contratación normalizada en todas las áreas, se recomienda que en todas ellas se lleven a cabo estas acciones.

Para ello es necesario conseguir involucrar y alinear a todos los profesionales, tanto facultativos, enfermería y personal de gestión y servicios, con la estrategia de fomento de la contratación de medicamentos bajo LCSP, para lo que se proponen las siguientes actuaciones:

- **Incorporar objetivos de contratación de medicamentos** bajo LCSP en los contratos de gestión con las direcciones de las áreas de salud, así como con los servicios asistenciales –incluidos los servicios de farmacia–, en línea con alguna otra comunidad como Asturias.

- **Fomentar el liderazgo y el compromiso de todos los servicios**, designando en cada servicio a personas responsables de la contratación y la tramitación de expedientes (en línea con la estrategia seguida, por ejemplo, en el Hospital 12 de Octubre, de Madrid⁴²).
- **Involucrar a todos los profesionales en el proceso de contratación de medicamentos**, desde la participación en la elaboración de los pliegos técnicos hasta la valoración de las ofertas en el proceso de adjudicación.
- **Mejorar la formación del personal** en cuestiones relacionadas con la contratación administrativa para poder participar y llevar a cabo las acciones anteriores, así como reforzar y dotar de más personal a los órganos de contratación.

7.1.13. Utilización de cláusulas y mecanismos de dinámica competitiva en los procedimientos de contratación, aprovechando los sistemas electrónicos

Incorporar cláusulas o mecanismos de dinámica competitiva y todas las técnicas de racionalización previstas en la LCSP (p. ej., sistemas dinámicos de adquisición aprovechando los sistemas electrónicos de contratación) que permitan el ajuste automático de los expedientes ante cambios en las condiciones de mercado (p.ej., si baja el precio de los medicamentos licitados) y que asegure un mayor control y eficiencia del proceso de adquisición.

Esto es especialmente interesante y útil para medicamentos para los que haya una volatilidad o variabilidad de precios relevante.

Compra de medicamentos

7.1.14. Mejora de la eficacia del mecanismo para compartir los precios negociados, integrándolo en los sistemas de información

Integrar el sistema utilizado para compartir los precios y condiciones negociadas de forma centralizada con los laboratorios farmacéuticos en los sistemas de información de farmacia, de forma que estos se actualicen de forma automática (p. ej., mediante alertas automatizadas cuando se incluya un nuevo medicamento o precio negociado).

Es importante que el sistema sea ágil, capaz de manejar grandes cantidades de datos y que se adapte fácilmente a futuras actualizaciones y cambios, así como garantizar que tienen acceso todos los hospitales y órganos de contratación.

⁴² Véase SR2: *gasto hospitalario*.

Resulta fundamental establecer políticas y procedimientos claros para garantizar que los mecanismos automáticos de actualización de precios se utilicen de manera efectiva y eficiente. Esto incluye definir los criterios de actualización, establecer procesos de validación y aprobación, y garantizar la transparencia y trazabilidad de los datos.

También se debe fomentar su utilización en aquellos casos en los que los hospitales tengan que realizar la adquisición de determinados fármacos (p. ej., alternativas a medicamentos en desabastecimiento), de forma que tengan debidamente actualizada la información de precio y de las distintas alternativas en orden de eficiencia.

7.1.15. Fomento de descuentos transparentes, asignables al medicamento, trasladables al precio y recogidos en los expedientes de contratación pública

En todo caso, si esto no fuera posible, que la herramienta para compartir los precios negociados y acordados esté permanentemente actualizada y en ella se recogen debidamente el precio y los posibles descuentos asociados.

Logística del medicamento

Automatización

7.1.16. Automatización del servicio de farmacia y de la dispensación de medicamentos a pacientes ingresados en los hospitales de mayor tamaño y con margen para su implantación

Mejorar la automatización del almacenamiento, dispensación y control de los medicamentos dispensados y administrados en el hospital en los centros de más de 500 camas que, aun disponiendo de sistemas SAD o SADME en algunas unidades o plantas, tienen recorrido de mejora para ampliar y extender estos sistemas al resto de unidades del centro. Este es el caso del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz y de Cáceres.

Para ello, también es necesario avanzar en la implantación de la prescripción electrónica asistida en el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, ya que resulta fundamental para la implantación de este tipo de sistemas automatizados de dispensación de medicamentos.

La inversión inicial se recuperaría al cuarto año. En cinco años, se obtendría un ahorro neto de algo más de dos millones de euros, derivados de una reducción del valor de inventario, una gestión óptima de las caducidades y mejoras en la seguridad, entre otros efectos.

CUADRO 25. CUANTIFICACIÓN DEL IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE SAD EN TODAS LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ Y DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Coste instalación (€)	2.769.727				
Coste mantenimiento anual (€)	194.461	194.461	194.461	194.461	194.461
Ahorro anual bruto (€)	694.334	694.334	694.334	694.334	694.334
Ahorro anual neto (€)	-2.607.589	1.233.896	1.233.896	1.233.896	1.233.896
Ahorro neto acumulado (€)	-2.075.393	-1.381.060	-686.726	7.608	701.942

Fuente: AIReF a partir de datos proporcionados por el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, el Hospital Universitario 12 de Octubre, de Madrid, CNH (2022) y AQUAS (2017). Cuantificación del impacto económico, organizativo y de la seguridad de la dispensación robotizada de fármacos en hospitales en España.

7.1.17. Automatización del almacenamiento y la dispensación de medicamentos en pacientes externos en los hospitales de mayor tamaño y volumen de dispensaciones con medios poco automatizados.

Automatizar la farmacia externa y las tareas relacionadas con el almacenamiento, dispensación y control de los medicamentos dispensados a pacientes externos en los centros de mayor tamaño (más de 600 camas, con posibilidad de incluir también a los de más de 300 camas) y volumen de dispensaciones, que además cuentan con medios poco automatizados. Automatización en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, y el Hospital de Mérida.

Para ello, también es necesario avanzar en la implantación de la prescripción electrónica asistida en el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres y en el Hospital de Mérida, ya que resulta fundamental para la implantación de este tipo de sistemas automatizados de dispensación de medicamentos.

En todo caso, la decisión de acometer la automatización propuesta deberá estar supeditada a la estrategia de humanización o acercamiento de la medicación al paciente externo, en caso de que Extremadura tenga previsto llevar a cabo alguna acción al respecto.

En el escenario 1 la inversión total que se tendría que acometer sería de aproximadamente 1,5 millones de euros (a la que habría que sumar unos costes de mantenimiento anuales). Por otro lado, los ahorros en las partidas contempladas (seguridad, inventario, recursos humanos y caducidades) ascenderían al entorno de los 200.000 euros anuales. **De este modo, la inversión se recuperaría al noveno año y, al cabo de diez años, se conseguirían unos ahorros netos superiores a los 350.000 euros.**

Por su parte, en un escenario 2 en el que solo se plantee la robotización en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz y el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres (los centros de más de 600 camas), la inversión total que se tendría que acometer sería de casi un millón de euros (a la que habría que sumar unos costes de mantenimiento anuales). Por otro lado, los ahorros en las partidas contempladas (seguridad, inventario, recursos humanos y caducidades) ascenderían al entorno de los 200.000 euros anuales. **De este modo, la inversión se recuperaría al séptimo año y, al cabo de diez, se conseguirían unos ahorros netos superiores a los 600.000 euros.**

Pacientes externos

7.1.18. Mejora de la atención y dispensación farmacéutica a pacientes externos, desarrollando un modelo de atención en el hospital y acercamiento de la medicación a determinados pacientes con modelos alternativos a la dispensación hospitalaria

Mejorar la humanización en la atención y dispensación farmacéutica a pacientes externos con las siguientes acciones:

- **Por un lado, garantizar una atención adecuada en el hospital cuando sea imprescindible la atención presencial del farmacéutico** (primeras consultas, pautas del tratamiento y uso de la medicación, consultas periódicas de control o seguimiento, etc.).
- **Por otro lado, desarrollar un modelo de acercamiento de la medicación a determinados pacientes** (p. ej., con problemas de accesibilidad o que vivan lejos del hospital, adherentes al tratamiento, clínicamente estables, etc.), único y común para los centros.

Aunque debe basarse en las características individuales de cada paciente, se recomienda identificar a aquellos más apropiados y hacer una selección y priorización, siempre en coordinación con los servicios de farmacia de los hospitales y basada en evidencia clínica con criterios homogéneos y comunes para todos los centros.

Por otro lado, en la actualidad no hay evidencia clara sobre qué alternativa, de entre los distintos modelos que se han implementado hasta ahora, presenta mayores ventajas, aunque son muchas las comunidades que han optado por aprovechar la capilaridad de las oficinas de farmacia y la ventaja que ofrecen su red logística, la cobertura y periodicidad, los sistemas de distribución aptos para los medicamentos (cadena de frío, termolábiles) o la atención por parte de un profesional sanitario, entre otros⁴³.

⁴³ Véase SR2: *gasto hospitalario* en el que se analizan detalladamente las ventajas e inconvenientes de las diferentes alternativas para el acercamiento de la medicación al paciente externo.

En el caso de Extremadura, se recomienda desarrollar el modelo de acercamiento de la medicación a determinados pacientes a través de las oficinas de farmacia, con el control, seguimiento y revisión permanente de los pacientes por parte de los SFH.

Por un lado, por la propia configuración de la geografía extremeña, puesto que Cáceres y Badajoz son las provincias de mayor extensión de España, y presentan altos índices de ruralidad y dispersión geográfica, de forma que es necesaria una red con una elevada capilaridad y despliegue. Por otro lado, porque Extremadura ya dispone o disponía en el pasado de modelos colaborativos y experiencias con las oficinas de farmacia de naturaleza similar (vacunas de la COVID-19 o dispensación de metadona).

Problemas de suministro de medicamentos

7.1.19. Implantación de mecanismos para una gestión formal y más eficiente de los problemas de suministro de medicamentos

Implantar mecanismos que permitan una **gestión más activa, formal y eficiente de los problemas de suministro para minimizar el impacto, los inconvenientes** y las implicaciones en todos los centros, y muy especialmente donde esta situación sea más crítica, mediante las siguientes acciones:

- **Implantar protocolos y sistemas de alerta automáticos** que comuniquen a los diferentes servicios el problema de abastecimiento de un fármaco y propongan alternativas terapéuticas, complementando la información que reporta la AEMPS.
- **Asegurar que se compra siempre a la alternativa más eficiente según los precios negociados a nivel regional**, cuando un medicamento tenga problemas de suministro.
- **Introducir cláusulas y penalizaciones en los contratos con los laboratorios farmacéuticos**, compensando económicamente a los hospitales o permitiendo la adquisición a otro proveedor en caso de desabastecimiento.
- **Establecer sistemas de calificación de los proveedores en los pliegos de las licitaciones**, valorando negativamente las incidencias de desabastecimiento y positivamente medidas para mitigar sus efectos.
- **Crear una red regional** en la que los hospitales puedan compartir sus registros de medicamentos con problemas de suministro, avisar a otros centros cuando se produzcan desabastecimientos o gestionar «préstamos» de fármacos.

7.2. Propuestas en el ámbito del gasto farmacéutico con recetas en oficinas de farmacia

Evaluación y acceso a los medicamentos. La red de uso racional del medicamento en atención primaria

7.2.1. Revisión sistemática de la evaluación de medicamentos y de las condiciones de uso de los medicamentos evaluados

Implantar un seguimiento sistemático de las condiciones de uso y de la adecuación de la prescripción en los medicamentos evaluados y aprobados para su empleo y prescripción en la atención primaria, asegurando que estas se ajustan a las guías de práctica clínica.

Para ello, se recomienda contar con la participación de los farmacéuticos de atención primaria, colaborando en la elaboración de protocolos de tratamiento, promoviendo la prescripción y el uso adecuado de estos medicamentos, asesorando a los facultativos en su prescripción y llevando a cabo un seguimiento de las decisiones tomadas.

También resulta imprescindible desarrollar y mejorar los sistemas informáticos de prescripción e historia clínica (véase apartado (6.2).

7.2.2. Constitución de los servicios de farmacia de atención primaria (SFAP) en todas las áreas de salud, con la estructura y recursos necesarios para un adecuado trabajo y fomento del uso racional del medicamento

- Constituir SFAP legalmente autorizados en todas las áreas de salud, dotándolos de la estructura, dimensionamiento y recursos necesarios, tanto materiales, técnicos, económicos como de personal, para llevar a cabo el despliegue, implementación, evaluación y seguimiento de las estrategias y actuaciones de uso racional del medicamento y atención farmacéutica en el área de salud.

Para ello, se propone llevar a cabo una reorganización y reestructuración de la figura de los FEAP, mediante un modelo de concentración y especialización de algunos de estos farmacéuticos, que se dedicarán de forma exclusiva al uso racional del medicamento y la atención farmacéutica. Estos profesionales dependerían orgánica y funcionalmente de los SFAP de cada área de salud.

Si se plantea un esquema o despliegue de farmacéuticos de atención primaria similar a la media de las cuatro comunidades autónomas con una dotación de

farmacéuticos de atención primaria por cada 100.000 habitantes⁴⁴ por encima de la media nacional (Galicia, Castilla-La Mancha, Illes Balears y Principado de Asturias), sería necesario incorporar a 14 FEAP a los SFAP de Extremadura.

Por otro lado, si se plantea una evolución hacia un modelo de mayor despliegue, como es el caso de Galicia, se estima que serían necesario incorporar a 23 farmacéuticos de atención primaria adicionales a los SFAP en Extremadura.

- Reforzar las estrategias de fomento de uso racional del medicamento y de atención farmacéutica en el ámbito de atención primaria en las áreas de salud, asegurando que responden a una línea de acción común y que están alineadas con los objetivos definidos en este ámbito. Asimismo, establecer un plan de acción con las actividades específicas a desarrollar por los farmacéuticos de los SFAP y los oportunos mecanismos de seguimiento y evaluación.
- Integración y contacto estrecho de los farmacéuticos de atención primaria con los equipos de atención primaria, para un adecuado despliegue, cercanía, colaboración y trabajo conjunto con los profesionales y pacientes.
- **Reforzar la figura de los farmacéuticos de los SFAP** con una mayor involucración en aspectos como los siguientes:
 - Revisión y seguimiento periódico de los indicadores económicos y de calidad de la prescripción, tanto con las gerencias y direcciones de las áreas como con los equipos y profesionales de atención primaria, con una difusión más activa de esta información a los facultativos y un trabajo más estrecho con ellos acerca de los resultados obtenidos.
 - Apoyo a los facultativos en el proceso de prescripción a pacientes institucionalizados y no institucionalizados, así como a los distintos profesionales sanitarios en la toma de decisiones clínicas y en la implantación de estrategias de mejora del uso racional de los medicamentos.
 - Desarrollo, despliegue, seguimiento y evaluación de actuaciones de uso racional del medicamento y de atención farmacéutica (revisión de la medicación, conciliación, seguimiento farmacoterapéutico, control de la adherencia).
 - Participación en la atención farmacéutica a los residentes en centros sociosanitarios en un entorno colaborativo junto con los farmacéuticos responsables. En este ámbito, las funciones de los farmacéuticos de atención primaria consistirían fundamentalmente en:
 - Revisión de la medicación activa de todos los residentes, con especial énfasis en las transiciones asistenciales.
 - Actuaciones de seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes asignados.

⁴⁴ Dato del 2018 (según SR 1: gasto de receta).

- Participación en la actualización permanente de la guía farmacoterapéutica de centros sociosanitarios junto al resto de profesionales involucrados en la farmacoterapia de los residentes (médicos de atención primaria, otros farmacéuticos, geriatras, etc.).
- Actuaciones de formación e información, con especial énfasis en la participación en sesiones clínicas y formativas relacionadas con la promoción del uso racional del medicamento, en colaboración con todas las figuras relevantes.
- Coordinación y colaboración en la continuidad farmacoterapéutica entre la atención primaria y hospitalaria.

7.2.3. Constitución de las CURM en todas las áreas de salud y desarrollo de los contenidos y líneas de trabajo previstas

- **Constituir las CURM de área de salud** en las que no estén actualmente formalmente constituidas, y desarrollar los contenidos y líneas de trabajo previstas en todas ellas.
- **Estas comisiones estarán integradas y participadas por profesionales de todos los ámbitos asistenciales** (hospitalario, primaria, sociosanitario), lo que permitirá una visión global y completa de ámbito asistencial y farmacéutico, y deberán contar con un **liderazgo sólido y comprometido que promueva la participación de todos los miembros del equipo**.
- Planificar y definir los objetivos, de forma clara y realista, así como elaborar un plan de acción con las actividades a realizar, su seguimiento y su evaluación.
- **Desarrollar, como parte del plan de acción**, todas las funciones y objetivos atribuidos a estas comisiones y, muy especialmente, aquellas de fomento de la continuidad farmacoterapéutica entre niveles:
 - Fomentar una línea de prescripción homogénea mediante repertorios o protocolos conjuntos o, en todo caso, mayor concordancia entre los principios activos disponibles en el repertorio de los hospitales y los prescritos por los facultativos de atención primaria.
 - Plantear y monitorizar el desempeño en indicadores de adecuación y de calidad de la prescripción conjuntos y armonizados entre los distintos niveles asistenciales.
 - Trabajar en la consecución de una farmacoterapia común, incluyendo a los pacientes institucionalizados del área.
 - Llevar a cabo sesiones y/o campañas formativas e informativas y de sensibilización en los servicios con mayor utilización de grupos farmacológicos con implicaciones relevantes para atención primaria.
 - Integrar las decisiones tomadas por las comisiones en los sistemas de prescripción electrónica.

- Establecer redes de colaboración y trabajo en red, tanto con las otras CURM de área como con otras comisiones y grupos de trabajo dedicados al uso racional del medicamento. Esto permitirá compartir experiencias, buenas prácticas y recursos, así como ampliar el alcance y la efectividad de las acciones de la CURM.
- Evaluar de manera regular y periódica los resultados de las acciones implementadas por la CURM en el área y hacer seguimiento de los indicadores de uso racional del medicamento, de forma que se puedan hacer ajustes y mejoras continuas en las actuaciones desarrolladas por la comisión.

7.2.4. 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 uso racional del medicamento

Redefinir organizativa y funcionalmente la figura de FEAP para un mayor trabajo y desarrollo del uso racional del medicamento, con el debido consenso a nivel directivo y una definición clara del modelo de trabajo, objetivos y actuaciones.

Preferentemente, se propone un modelo de concentración y especialización de los farmacéuticos que se dedicarían de forma exclusiva al uso racional del medicamento y la atención farmacéutica, y que dependerían orgánica y funcionalmente de los SFAP de cada área de salud.

Para la identificación y selección de estos profesionales, deberían tenerse en cuenta aspectos como los antecedentes y el nivel de compromiso, interés e implicación en el uso racional del medicamento y actuaciones de atención farmacéutica.

En todo caso, con independencia del modelo que se adopte (por ejemplo, uno alternativo en el que se mantenga la dualidad de funciones de uso racional del medicamento y salud pública), **es necesario garantizar los siguientes puntos:**

- **Establecer un plan de acción a nivel directivo y con el adecuado consenso entre todos los ámbitos en el que se definan las actividades específicas a desarrollar** por los farmacéuticos en el ámbito del uso racional del medicamento, la atención farmacéutica y la salud pública. Se incluirá una distribución de funciones equitativa, se reforzarán profesionales en los equipos o zonas de salud en las que, por sus características, no se pueda dar respuesta a las funciones de uso racional del medicamento necesarias, y se establecerá un calendario de actuaciones de los diferentes ámbitos.
- **Fijar directrices y líneas de trabajo claras en uso racional del medicamento y atención farmacéutica, ampliando y profundizando en las actuales, y los oportunos mecanismos de seguimiento y evaluación.**

- **Definir objetivos específicos vinculados al uso racional del medicamento y la atención farmacéutica para estos profesionales**, con indicadores de seguimiento e incentivos específicos, tanto monetarios como no monetarios.
- **Desarrollar un plan de formación continuada, actualizada y específica** sobre el uso racional del medicamento y la actuación farmacéutica.
- **Mayor colaboración con los farmacéuticos de los SFAP** (sesiones clínicas, formación e información, apoyo a la prescripción, seguimiento y trabajo de indicadores, etc.).
- **Establecer redes de colaboración y trabajo en red, tanto con otros farmacéuticos como con otras comisiones y grupos de trabajo dedicados al uso racional del medicamento**. Esto permitirá compartir experiencias, buenas prácticas y recursos, así como ampliar el alcance y la efectividad de sus actuaciones.

Control y seguimiento de indicadores económicos y de calidad de la prescripción farmacéutica

7.2.5. Mejora de los indicadores de calidad y adecuación de la prescripción farmacéutica

- Definir, desarrollar e incluir en los sistemas de información y los cuadros de mando de farmacia indicadores de adecuación de la prescripción, en línea con las recomendaciones de las principales sociedades científicas, como la semFYC.
- **Actualizar de forma periódica los indicadores utilizados, especialmente los de calidad y de adecuación**, según las actualizaciones de las guías de práctica clínica y los estándares de las principales sociedades médicas y científicas.
- Incorporar estos indicadores a los contratos de gestión firmados con los equipos de atención primaria; con metas y objetivos, e incentivos a su consecución.
- Desarrollo de la capacidad de los sistemas informáticos para mejorar el alcance y la información de los cuadros de mando de farmacia, para facilitar el seguimiento y que sean útiles para la gestión.

7.2.6. Implantación de acciones sistemáticas y mecanismos de control, seguimiento y corrección de desviaciones en indicadores de calidad de la prescripción y del gasto

- Reforzar las actuaciones, estrategias y acciones de uso racional del medicamento, con especial atención a su implementación, continuidad y evaluación, incorporando y haciendo partícipes a todos los niveles y profesionales de la organización. Implantar un sistema de seguimiento y control con acciones

correctoras para dar cumplimiento a las estrategias de política farmacéutica del SES.

- Implantar acciones sistemáticas y periódicas de control y seguimiento de los principales indicadores de uso racional del medicamento, calidad de prescripción y gasto en atención primaria, tanto por parte de las direcciones y gerencias del área como con los profesionales. Este control y seguimiento deberá estar orientado a analizar y trabajar los resultados obtenidos en los indicadores, identificar barreras o déficits formativos y planificar actuaciones de mejora priorizando centros y facultativos.
- Realiza de sesiones clínicas, formativas, informativas y de trabajo con los EAP con carácter periódico, involucrando a todos los profesionales (farmacéuticos de atención primaria, coordinadores de los centros, facultativos, personal de enfermería, direcciones de primaria y del área, etc.).
- Reforzar las funciones de los farmacéuticos de atención primaria de forma que proporcionen información a los facultativos y realicen una difusión más activa, trabajando con los profesionales, proporcionando sugerencias de mejora, información farmacoterapéutica de apoyo al prescriptor, etc.
- **Implantar un sistema de seguimiento y control con acciones correctoras** para dar cumplimiento a las estrategias de política farmacéutica del SES.
- Incorporar en estos seguimientos ejercicios comparativos y de *benchmarking* (a nivel de profesionales, centros, áreas de salud, y el SES).

Esta medida supondría unas eficiencias, de aproximadamente 8 millones de euros en el primer escenario, 25 millones de euros en el segundo y 21 millones de euros en el tercero. Estas cifras suponen entre un 2,1 % y un 6,8 % del gasto farmacéutico con recetas en oficinas de farmacia.

CUADRO 26. CUANTIFICACIÓN DEL IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE ACCIONES Y MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN (MILLONES DE EUROS Y PORCENTAJE)

Escenario	Ahorro (M€)	Porcentaje sobre el gasto farmacéutico con recetas en oficinas de farmacia
1. Converger al total del conjunto nacional	7,7	2,1 %
2. Converger a la comunidad autónoma con mejor desempeño	24,8	6,8 %
3. Converger al EAP con mejor desempeño	21,2	5,8 %

Fuente: AIReF a partir de datos de Alcántara y datos facilitados por la Subdirección de Farmacia del SES.

Utilización de medicamentos biosimilares en el ámbito de atención primaria

7.2.7. Fomento en la utilización de biosimilares en el marco de una estrategia o plan a nivel del SES

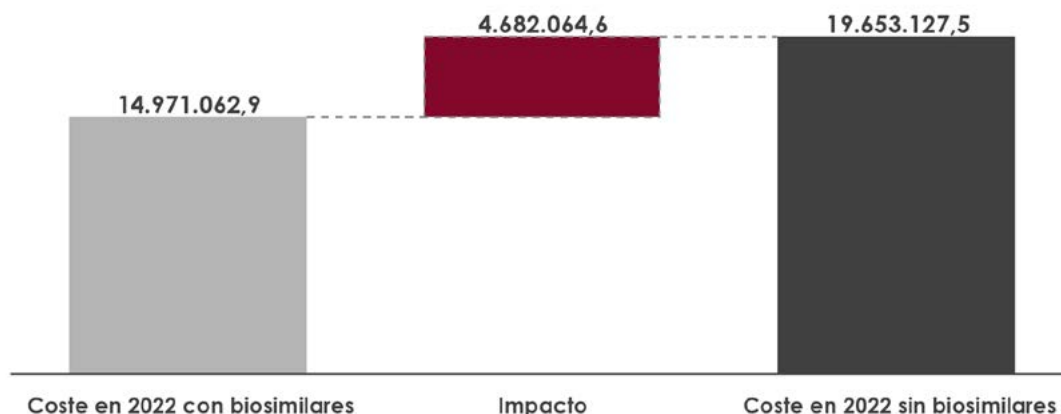
Aun siendo todavía menos relevantes que en el ámbito hospitalario, los medicamentos biosimilares también deben fomentarse en la atención primaria, poniendo en marcha las siguientes iniciativas enfocadas, principalmente, a facilitar su incorporación y adopción futura:

- **Definir y fijar objetivos de utilización de biosimilares**, así como indicadores de seguimiento e incentivos para su consecución.
- **Realizar sesiones formativas e informativas** tanto a los facultativos como a los propios pacientes.
- **Dotar de mayor seguridad jurídica a los profesionales en las decisiones de cambio a biosimilar**, mediante protocolos elaborados de forma consensuada en las CURM, comisiones de biológicos o en la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica.
- **Hacer partícipe también de las actuaciones para fomentar los biosimilares en atención primaria a la comisión de biológicos.**
- **Coordinar toda la estrategia de fomento de biosimilares con el ámbito hospitalario (muchas de las indicaciones se inician en este nivel asistencial).**

Se ha cuantificado el impacto presupuestario derivado de la prescripción de biosimilares en atención primaria, **entendido como el coste evitado por el hecho de haber prescrito medicamentos biosimilares en lugar de los biológicos de referencia correspondientes.**

Para ello se han utilizado los datos de gasto y consumo en las moléculas que disponen de biosimilares comercializados en España y son de utilización en el ámbito de atención primaria procedentes de la base de datos Alcántara para 2022.

GRÁFICO 72. COMPARACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN RECETA UTILIZANDO BIOSIMILARES Y SIN UTILIZARLOS EN EL 2022 (€)



Fuente: AIReF a partir de los datos de Alcántara.

Atención farmacéutica al paciente: seguimiento farmacoterapéutico y control de la adherencia terapéutica

7.2.8. Mejora de las actuaciones y programas de revisión de medicación, conciliación, seguimiento farmacoterapéutico y control de la adherencia terapéutica en atención primaria

Reforzar y ampliar las actuaciones y programas de revisión de medicación, conciliación, seguimiento farmacoterapéutico y control de la adherencia a los **tratamientos** en el ámbito de la atención primaria, mediante estas acciones:

- **Desarrollar una estrategia de prescripción de medicamentos y reducción de la polifarmacia**, con herramientas y guías de prescripción (por ejemplo, en pacientes crónicos y mayores). Para incorporar la mejor relación entre beneficio y riesgo de los fármacos en base a la mejor evidencia posible, según las características y estado de los pacientes. Entendiéndose la de prescripción se ha de entender como aquel proceso sistemático de revisión de la prescripción de medicamentos para identificar y modificar o retirar aquellos cuyos potenciales riesgos sobrepasan los potenciales beneficios para conseguir los objetivos terapéuticos para los pacientes.
- **Incorporación de más pacientes y grupos de pacientes que puedan estar en mayor riesgo de experimentar problemas relacionados con la medicación:** pacientes con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión y enfermedad renal crónica), pacientes institucionalizados, pacientes geriátricos o con una

mayor vulnerabilidad a los efectos adversos de los medicamentos, pacientes con enfermedades cardiovasculares, entre otros.

- **Focalizar la actuación en determinados grupos farmacológicos**, especialmente aquellos con mayor potencial de efectuar efectos adversos al interactuar con otros fármacos o que requieren ajustes frecuentes de dosis: medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, anticoagulantes, medicamentos para la hipertensión arterial, medicamentos psicotrópicos, entre otros.
- **Priorización de la revisión de tratamientos y de pacientes con otros criterios adicionales a los establecidos actualmente** (número de medicamentos activos y edad).
- **Comunicar a todos los profesionales que participan en estas actuaciones y programas los objetivos perseguidos**, proporcionando a los profesionales retroalimentación sobre los resultados alcanzados, tanto en términos clínicos como económicos.
- **Reforzar las funciones y la participación de los farmacéuticos de atención primaria**, de forma que lleven a cabo estas actuaciones con mayor intensidad y extensión en los términos arriba descritos. Incrementar su formación clínica y en cuestiones relacionadas con el uso racional del medicamento, y fomentar la participación colaborativa con los facultativos (con grupos de trabajo, sesiones clínicas, etc.).
- **Definir y desplegar una estrategia para mejorar la adherencia terapéutica, con un enfoque multidisciplinar que incorpore la participación de la farmacia comunitaria (oficinas de farmacia)**, especialmente para acciones de control de adherencia, en aquellos casos y pacientes en los que se estime oportuno y que sirva como refuerzo y complemento de las actuaciones realizadas por el facultativo y el farmacéutico de atención primaria.

El refuerzo de las actuaciones de seguimiento farmacoterapéutico y de control de la adherencia a los tratamientos resulta crítico para garantizar la seguridad y la eficacia de la terapia farmacológica, **lo que a su vez puede traducirse en una importante oportunidad de ahorro y de liberación de recursos para el sistema sanitario**. También tiene efectos relevantes en una mejora de la salud del paciente.

7.3. Propuestas en el ámbito del gasto en medicamentos dispensados en centros sociosanitarios

Coordinación de la atención sociosanitaria y continuidad asistencial

7.3.1. Desarrollo y refuerzo de las distintas estructuras y comisiones para la coordinación efectiva entre el ámbito sanitario y social

- **Desarrollar un marco normativo claro y consensuado entre las diferentes direcciones y ámbitos implicados** para establecer las bases para una coordinación efectiva, como protocolos de actuaciones conjuntas, mecanismos de planificación y herramientas de coordinación a nivel intermedio.
- Revisar los objetivos y funciones de las distintas estructuras y comisiones para la coordinación entre el ámbito sanitario y social, de forma que se dé desarrollo y continuidad a sus funciones, y que en ellas participen y tengan cabida todos los agentes relevantes (responsables del ámbito hospitalario, de la Subdirección de Farmacia del SES, etc.). También se deben desarrollar agendas, establecer un plan de trabajo y un sistema de seguimiento para asegurar que se cumplen los hitos y objetivos definidos.
- Incluir en los planes de trabajo y protocolos de actuaciones conjuntas actuaciones específicas para la coordinación en la prestación farmacéutica a los residentes.

7.3.2. Estrategia de comunicación y desarrollo de instrumentos y funcionalidades para compartir información sanitaria y social de los residentes

- Establecer una estrategia de comunicación que permita a ambas partes, sanitaria y social, compartir información de manera efectiva y fluida. Esta estrategia deberá incluir los canales, herramientas, instrumentos y funcionalidades para compartir información, de qué tipo (citas, calendarios de vacunación, historial clínico, problemas con la medicación, etc.) y de qué forma (sistemas de información compartidos, herramientas bidireccionales de comunicación específicas, acceso limitado o restringido a JARA, etc.)
- Diseñar y desarrollar las herramientas y funcionalidades que permitan compartir información de manera bidireccional de forma fluida y efectiva, garantizando el acceso a todos los profesionales involucrados en la atención de los residentes. Es imprescindible que todos los profesionales puedan registrar información relevante del paciente para que esté permanentemente actualizada.
- **Garantizar el acceso a todos los facultativos y personal sanitario tanto del SES como de los propios centros** para que visualicen la misma información de la historia clínica y el historial farmacoterapéutico de los residentes.

- **Permitir a estos profesionales registrar información relevante del paciente** (cambios en la medicación, tratamientos complementarios, interacciones, etc.) para disponer de información permanentemente actualizada y poder utilizarla para el seguimiento y la evaluación del paciente en todos los ámbitos asistenciales.

Guía farmacoterapéutica de los centros sociosanitarios y plan terapéutico del paciente

7.3.3. Implantación de la guía farmacoterapéutica de centros sociosanitarios y del plan terapéutico único en los sistemas de prescripción

- Implantar e integrar en los sistemas de prescripción la guía farmacoterapéutica de centros sociosanitarios, de forma que constituya el instrumento de referencia para la prescripción de medicamentos a los pacientes institucionalizados, y sea única y homogénea para todos los centros independientemente de quién se encargue de la prestación farmacéutica.
- Para la implementación de la guía en los sistemas de prescripción, resulta imprescindible mejorar las funcionalidades de los sistemas de información, de forma que **permitan la identificación de si un paciente se encuentra o no institucionalizado**.
- **La guía debe ser actualizada de forma periódica** según los nuevos avances, necesidades y evidencias clínicas disponibles, y validada siempre por expertos en el tratamiento de pacientes sociosanitarios.
- Selección e inclusión de los medicamentos **teniendo en cuenta el perfil y las características de los residentes** (pacientes frágiles, polimedicados, dependientes, etc.), priorizando medicamentos ampliamente utilizados en las patologías más prevalentes, con eficacia demostrada y perfil de seguridad conocido o con baja incidencia de reacciones adversas y/o interacciones; y tener en cuenta la adecuación de las presentaciones a sus condiciones físicas y cognitivas.
- Se debe asegurar, en las revisiones periódicas, que se incluye en la guía farmacoterapéutica la mayor parte de la medicación utilizada por los centros, de forma que se minimice la necesidad de que los centros suministrados por un servicio de farmacia tengan que acudir a oficinas de farmacia.
- Establecer mecanismos de seguimiento sistemático de las condiciones de uso y de la adecuación de la prescripción a la guía farmacoterapéutica, con participación y apoyo de los farmacéuticos de atención primaria y atención hospitalaria.

Modelo de prescripción farmacéutica

7.3.4. Establecimiento de un modelo de prescripción farmacéutica único para la ordenación y homogeneización de los distintos modelos existentes

- **Ordenar y establecer un modelo de prescripción único** que se adapte al esquema actual de los distintos centros sociosanitarios en Extremadura.
 - En los centros con médico propio del SES, hay que asegurar que la prescripción se realiza en el sistema de receta electrónica oficial (JARA), e incorporar a estos profesionales en los mismos circuitos de objetivos, incentivos, formación y promoción del uso racional del medicamento que los facultativos de atención primaria. También es importante capacitar y formar de forma continuada a estos profesionales en el manejo del módulo de prescripción de JARA.
 - En los centros con médico propio (privado), si fuera necesario, estos profesionales deberían poder efectuar una propuesta de prescripción con medios digitales y, a partir de esta propuesta, el médico de atención primaria realizar la prescripción en el sistema de receta electrónica oficial, revisándola y ajustándola si fuera necesario. Ante cambios o modificaciones, se comunicarán con la herramienta. También se recomienda, con estos profesionales, realizar una labor pedagógica y de fomento de uso racional del medicamento, por ejemplo, trasladando la guía farmacoterapéutica de centros sociosanitarios, o incorporándolos a sesiones clínicas en los equipos de atención primaria.
 - En los centros sin médico, la prescripción debe efectuarla el médico de atención primaria como cualquier paciente ordinario.
- Reforzar el número de facultativos en aquellos equipos de primaria en los que la carga de trabajo es más alta y que cuentan con un número relevante de pacientes sociosanitarios.
- Apoyo por parte los farmacéuticos de atención primaria y de farmacia hospitalaria a los facultativos en la prescripción a los residentes, reforzando estas categorías con la incorporación de un mayor número de profesionales.

Dispensación de medicamentos a los centros sociosanitarios

7.3.5. Estandarización de la calidad de los sistemas de dispensación de medicamentos mediante la implantación de un sistema único, eficiente y seguro

Estandarizar la calidad de la dispensación de medicamentos con la implantación de un sistema eficiente y seguro independientemente del ámbito desde el cual se

dispense la medicación (servicio de farmacia del centro sociosanitario, servicios de farmacia hospitalaria, oficinas de farmacia):

- **Implantar sistemas de dispensación individualizada de medicamentos** con sistemas automatizados que preparen y dispensen los medicamentos de forma individualizada para cada paciente (dosis, tomas, etc.) para toda la medicación que sea susceptible de ser dispensada en este sistema. Este sistema debe ser universal para todos los centros, con independencia de su vinculación.

Para aquellos tratamientos o pacientes cuyas características y condiciones lo impiden, utilizar sistemas de dispensación adecuados, como por ejemplo bandejas o cajetines que se colocan en carros de medicación, garantizando las condiciones de seguridad y salubridad en todo momento.

- **Garantizar que el sistema de prescripción y la medicación activa de los residentes es accesible por parte de todos los profesionales involucrados en la prestación farmacéutica al residente y que los farmacéuticos**, con independencia de su ámbito, tengan acceso a la información actualizada y puedan comunicarse directamente con el facultativo prescriptor.

7.3.6. Definición y establecimiento de criterios enfocados en la calidad de la prestación como los criterios principales para la vinculación de depósitos a las oficinas de farmacia encargadas de la atención y dispensación de medicamentos

- **Definir criterios enfocados en la calidad de la prestación como los criterios principales para la vinculación de los depósitos a las oficinas de farmacia** encargadas de la dispensación de medicamentos en los centros en el nuevo modelo, evitando criterios de proximidad que puedan limitar la competencia, la concurrencia o la calidad del servicio prestado.
- **Evitar criterios de proximidad que puedan limitar la competencia, la concurrencia o la calidad del servicio prestado**, y evitar posibles situaciones de reparto geográfico del mercado que limiten la competencia efectiva y la concurrencia.

Atención farmacéutica: seguimiento farmacoterapéutico y control de la adherencia terapéutica

7.3.7. Realización de la atención farmacéutica mediante un entorno colaborativo entre la farmacia de atención primaria, la farmacia hospitalaria y la farmacia comunitaria

- Implantar un modelo colaborativo de atención farmacéutica a los residentes que pivote en torno a las tres figuras o farmacéuticos involucrados: farmacoterapéuticos de atención primaria, farmacéutico de hospital y de oficina de farmacia.

- Bajo el nuevo modelo de atención sociosanitaria, el modelo de atención farmacéutica y las actuaciones previstas en el borrador del decreto debe asegurarse que se implanta un único modelo y este responde a una línea de acción común, con coherencia interna con la estrategia y las actuaciones de atención farmacéutica en otros ámbitos, como en la atención primaria.
- Definir de forma clara las funciones y la participación de los farmacoterapéuticos de atención primaria en el esquema de atención farmacéutica bajo el nuevo modelo. El farmacoterapéutico de atención primaria debería ser la figura encargada de la revisión de la medicación activa de todos los residentes en primera instancia, participando también, junto con los farmacéuticos de hospital y otras figuras en la actualización de la guía farmacoterapéutica de centros sociosanitarios. Para el seguimiento posterior de los residentes, el responsable de la atención farmacéutica a los residentes será el farmacéutico titular del servicio/oficina de farmacia al que se vincule el centro, siempre en colaboración con el farmacoterapéutico de atención primaria.

7.3.8. Refuerzo, ampliación y profundización de la conciliación, revisión, seguimiento farmacoterapéutico y control de la adherencia terapéutica en el ámbito sociosanitario

- Ampliar y reforzar las actuaciones de conciliación, revisión, seguimiento farmacoterapéutico y control de la adherencia en los pacientes sociosanitarios. Por ejemplo, incluyendo o ahondando en determinadas patologías, grupos de fármacos, características de los pacientes, etc., en las que pueda haber mayores márgenes de mejora.
- Garantizar el acceso por parte de todas las partes involucradas a los sistemas de información para poder llevar a cabo estas actuaciones.
- Registrar las intervenciones realizadas en sistemas de información integrados y comunes, preferentemente los oficiales (JARA).

Estrategias de uso racional del medicamento y control del gasto farmacéutico

7.3.9. Implantación de mecanismos efectivos de fomento del uso racional del medicamento y de seguimiento y control periódico del gasto farmacéutico

Fomentar y mejorar las labores de uso racional de los medicamentos en los centros sociosanitarios, así como el control del gasto farmacéutico para lo que se recomienda la implantación de mecanismos efectivos de uso racional de los medicamentos y control del gasto articulados en los siguientes pilares:

- Diseño por parte del SES de objetivos e indicadores de uso racional del medicamento y de gasto farmacéutico de los centros sociosanitarios, así como de herramientas para su monitorización y control periódico.
- Implantación de acciones de seguimiento y control de estos indicadores por centro y por facultativo prescriptor de forma periódica.
- Inclusión de acciones de seguimiento específicas para los indicadores del ámbito sociosanitario como parte de acciones de trabajo, seguimiento y revisión de indicadores de calidad de la prescripción en el ámbito de atención primaria.
- Mejorar los sistemas de información para que permitan construir y dar seguimiento a estos indicadores.

7.4. Propuestas en el ámbito de los equipos de alta tecnología

Gobernanza para la toma de decisiones de inversión en equipos de alta tecnología

7.4.1. Definición e implantación de un proceso estructurado y ordenado para la planificación estratégica de las decisiones de inversión en alta tecnología

Definir e implantar, de forma sistemática y periódica, un proceso estructurado y ordenado para la planificación estratégica de las decisiones de inversión en alta tecnología, incorporando los siguientes aspectos:

- **Desarrollo normativo** de instrucciones o normas que regulen y ordenen el proceso de planificación estratégica: objetivos y alcance, responsabilidades de los órganos y equipos, periodicidad, metodología, etapas y fases específicas, comunicación, seguimiento y evaluación.
- Implantación de un proceso de planificación estratégica formalmente establecido, cuyos resultados se recojan en un **plan estratégico o un plan de inversiones**, y se documente y transparente el proceso seguido y los criterios empleados. Este plan estratégico o plan de inversiones deberá ser coherente y estar alineado con los objetivos e hitos del Plan de Salud del SES y otros instrumentos de planificación estratégica.
- **Ese plan estratégico o de inversiones deberá ir 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.

- **El plan estratégico también debe constituir una herramienta de comunicación clave** para todas las partes interesadas y un marco para el seguimiento y la evaluación del proceso.
- El proceso de planificación estratégica no puede estar supeditado a la **disponibilidad presupuestaria**.
- **Incorporar en el proceso de planificación estratégica el abordaje y gestión de la renovación de los equipos INVEAT dentro de diez años en Extremadura y definir 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.).

7.4.2. Medidas y mecanismos que promuevan la estabilidad presupuestaria plurianual para mejorar la capacidad de planificación a medio y largo plazo

Establecer medidas y mecanismos que promuevan y favorezcan la suficiente estabilidad presupuestaria plurianual para mejorar la capacidad de planificación y la toma de decisiones en el medio y largo plazo. Por ejemplo, herramientas de control y seguimiento de gasto, evaluación regular de los presupuestos para ajustarlos según la evolución de los cambios en el entorno, etc.

7.4.3. Implantación de modelos para sistematizar, objetivar y priorizar la toma de decisiones de adquisición y renovación de equipos

- Definir y desarrollar un modelo estándar para facilitar la identificación, recopilación, justificación y traslado de necesidades de equipos de alta tecnología por parte de los servicios asistenciales, así como para favorecer su revisión por parte de las direcciones de los centros hospitalarios y de los servicios centrales.
- Desarrollo y utilización de algoritmos o modelos para la toma de decisiones de forma sistemática y objetiva que permitan priorizar las distintas necesidades de renovación, ampliación e innovación o incorporación de nueva tecnología sanitaria, con las siguientes características:
 - Criterios y pesos específicos y diferenciados según si se trata de una decisión de renovación, ampliación o incorporación de nuevas tecnologías.
 - Criterios cuantitativos, subjetivos (aunque con un menor peso para que no puedan sesgar los criterios cuantitativos), así como criterios *trigger* o automáticos, umbrales mínimos (o máximos), multiplicadores, etc.
 - Variables y criterios definidos y consensuados con los profesionales involucrados del hospital o servicio de salud.

- Modelo transparente y conocido por todos los profesionales.
- Modelo dinámico, con posibilidad de revisión, ajuste o modificación de los criterios y sus pesos, una vez concluido el periodo de evaluación.
- **Incorporación de sistemáticas de evaluación *ex ante* y *ex post*** de las decisiones tomadas, considerando las diferentes perspectivas económicas, técnicas y clínicas (*ex ante*) y que favorezca una cultura de medición de resultados, transparencia y rendición de cuentas (*ex post*).

Dotación y estado actual del parque de equipos alta tecnología

7.4.4. Plan de inversión en equipos de alta tecnología para mejorar los niveles de obsolescencia y densidad de determinadas modalidades.

- Al margen del Plan INVEAT, considerar la renovación de los equipos con mayor perfil de antigüedad, especialmente de aquellas modalidades no contempladas en el plan, como mamógrafos o equipos de radiología, críticos para un adecuado diagnóstico.
- Aunque la tasa de densidad de equipos en Extremadura es superior a la del conjunto nacional, **reforzar algunas modalidades con una tasa de densidad inferior a la media**, como PET, gamma cámaras, equipos de hemodiálisis o angiógrafos.
- En la implantación de estos planes se debe tener en cuenta el grado de uso actual de los equipos que, en general, es bajo en todas las áreas de salud.
- En todo caso, la implantación de esta propuesta deberá llevarse dentro del marco de planificación estratégica, y atendiendo a los objetivos y prioridades del SES.

La renovación de equipos de las modalidades contempladas que exceden su vida útil, teniendo en cuenta su grado de utilización, supondría una necesidad de inversión para el SES de aproximadamente 9 millones de euros.

La ampliación de nuevos equipos de las modalidades contempladas, teniendo en cuenta su grado de utilización (media o alta), supondría una necesidad de inversión para el SES de aproximadamente 2 millones de euros.

Contratación pública para la incorporación y mantenimiento de los equipos de alta tecnología

7.4.5. Refuerzo y constitución de equipos de contratación especializados en los servicios centrales, apoyados por profesionales y técnicos.

- Reforzar los equipos de contratación administrativa de los equipos de alta tecnología y su mantenimiento en los servicios centrales mediante la constitución de equipos especializados y/o comisiones de compras que presten asesoramiento específico durante todas las fases del procedimiento.
- **La composición de estos equipos** de contratación puede variar según las necesidades y características de cada equipo, pero debería estar integrada por profesionales con experiencia en el ámbito sanitario, así como por personal técnico y administrativo especializado en contratación pública.
- Asegurar la participación de profesionales de los servicios asistenciales y técnicos de las áreas y de los centros en todo el proceso (consultas preliminares al mercado, elaboración de las especificaciones técnicas de los contratos, valoración de las ofertas...) para minimizar el riesgo de adquirir equipos o servicios que no cumplen con las necesidades reales de los servicios hospitalarios, lo que puede llevar a un aumento de los costes o a un mal funcionamiento.

7.4.6. Mejora del procedimiento de contratación para la incorporación de equipos alta tecnología y de su mantenimiento, evitando la situación o cobertura irregular de algunos equipos

- **Efectuar una correcta planificación de las necesidades de los órganos de contratación** para evitar la pérdida de vigencia de los contratos o la contratación irregular sin soporte o cobertura contractual.
- **Disponer de una estrategia de modelización de pliegos para la incorporación y adquisición de equipos y su mantenimiento**, basada en guías para la contratación de equipos (por ejemplo, la guía compra pública eficiente de tecnología sanitaria, elaborada por FENIN). Estas herramientas pueden resultar útiles para una mayor agilidad y eficiencia de los procedimientos.
- **Asegurar que los criterios de adjudicación suponen incorporen criterios técnicos y de calidad**, como por ejemplo el servicio técnico, la capacidad logística, el soporte clínico, la formación del equipo, la innovación, entre otros; y que estos suponen **al menos un 50 % del peso total**.
- **Disponer de comisiones de seguimiento de los contratos**, involucrando a los servicios centrales y a los profesionales de las áreas y los centros para controlar el nivel de cumplimiento de los requisitos establecidos en los pliegos y de la correcta ejecución de los contratos.

7.4.7. Utilización combinada de las distintas modalidades de adquisición y contratos, incorporando el mantenimiento y actualización del equipo o el suministro de consumibles

- Utilizar de forma combinada distintas modalidades de adquisición de equipos alternativas a los contratos de suministros (*renting, leasing, contratos de disponibilidad, contratos mixtos, etc.*) que incorporen en el momento de la contratación el mantenimiento y la actualización de los equipos electromédicos.
- Si se utilizan contratos mixtos, es preciso identificar y valorar con claridad los elementos de bienes y servicios que se incluyen en el contrato mixto, para garantizar que se cumplen los requisitos legales aplicables a cada uno de ellos y se le da el debido cumplimiento normativo.
- Para que haya la oportuna transparencia y facilitar la máxima concurrencia, en los contratos donde se pretenda aprovisionarse de equipos, su mantenimiento y su material fungible, estos contratos pueden articularse como contratos mixtos para contratar de forma separada el arrendamiento del equipo del suministro del fungible y el mantenimiento del equipo.
- Con independencia del procedimiento administrativo empleado, contratar el mantenimiento de los equipos de alta tecnología con el fabricante, para garantizar el correcto estado funcional de los equipos, las características técnicas y su seguridad.

Uso racional de los equipos de alta tecnología

7.4.8. Revisión, control y validación de la indicación de pruebas diagnósticas y de la actividad realizada con los equipos alta tecnología, y protocolos de indicación y solicitud de pruebas diagnósticas

- **Avanzar en una revisión más exhaustiva de las pruebas solicitadas para determinar la idoneidad de una prescripción** mediante un modelo de validación y para revisar la adecuación de las pruebas por parte de los radiólogos o técnicos especialistas, de forma que valoren y decidan la prueba o actividad más adecuada.
- **Avanzar en la definición de protocolos estandarizados y basados en evidencia** que sigan las mejores prácticas para la indicación y solicitud de pruebas y actividad, comunes para todos los centros y especialidades.
- Facilitar la comunicación entre hospitales, así como entre los hospitales y la atención primaria, de forma que esta sea ágil y fluida y todos utilicen el mismo lenguaje y criterios de indicación de pruebas diagnósticas. Esta comunicación debe hacerse con los sistemas de información corporativos (interconsultas, e-consultas, etc.).

- Formación e información a los prescriptores sobre el uso adecuado de las pruebas diagnósticas.

7.4.9. Implantación de sistemas de recordatorio y confirmación de asistencia para mejorar y operativizar la gestión de estas eventualidades

Implantar sistemas de recordatorio y confirmación de asistencia para mejorar y operativizar la gestión de estas eventualidades (aplicaciones, *chatbots* o, como mínimo, sistemas de mensajería instantánea), que ofrezcan la posibilidad al paciente no solo de confirmar o declinar la asistencia, sino también de reagendar la cita, permitiendo la reorganización de la agenda en caso de no asistencia, y así reducir el tiempo y recursos de los profesionales técnicos de los servicios de imagen dedicados a su gestión.

7.5. Propuestas transversales a los ámbitos evaluados

Modelo de objetivos e incentivos a los profesionales

7.5.1. Implantación de un modelo de objetivos e incentivos a los profesionales

Definir un modelo de objetivos e incentivos dirigidos y vinculados al uso racional y a una adecuada utilización de los medicamentos por parte de los profesionales en el ámbito hospitalario y de atención primaria, con las siguientes acciones:

En el ámbito hospitalario:

- Incluir objetivos globales del centro, a nivel de equipo y de carácter individual para la evaluación del desempeño de los profesionales.
- Definir objetivos e indicadores adaptados y ajustados a la realidad de los servicios hospitalarios, especialmente en las áreas de mayor gasto e impacto económico. Estos indicadores y métricas deben ser medibles, ágiles, homogéneos y útiles para la gestión. Para ello, es necesario mejorar los sistemas de información de farmacia.
- Diferenciar indicadores y objetivos según servicios o incluso según prescripciones.
- Distinguir indicadores de farmacia de uso común (tanto entre servicios como con atención primaria) de otros más específicos (cardiología, reumatología, digestivo, etc.).
- Incluir específicamente objetivos e indicadores relacionados con patologías y tratamientos de alto impacto, con medicamentos biosimilares y con la contratación normalizada de medicamentos.

- Implantar un sistema de incentivos utilizando incentivos mixtos que combinen tanto incentivos económicos como no económicos, como los *rankings* entre los profesionales de un mismo centro.
- Independientemente de su naturaleza, utilizar incentivos claros y que permitan discriminar entre profesionales, con una relación clara y directa entre ellos. En el caso de utilizar incentivos económicos, el reparto entre profesionales debe estar basado en criterios objetivos, transparentes y conocidos por todos profesionales.

En la atención primaria:

- Definir y fijar objetivos globales del equipo de atención primaria y objetivos de carácter individual, y que el grado de consecución de ambos se tenga en cuenta en la evaluación del desempeño de un profesional.
- Definir objetivos e indicadores de calidad de prescripción y su adecuación, y actualizarlos si se ajustan o cambian las guías o recomendaciones de práctica clínica. Estos indicadores y métricas deben ser medibles, ágiles, homogéneos y útiles para la gestión. Para ello, es necesario mejorar los sistemas de información de farmacia.
- Distinguir indicadores de farmacia de uso común con atención hospitalaria y mantener otros específicos de atención primaria.
- Implantar un sistema de incentivos utilizando incentivos mixtos que combinen tanto incentivos económicos como no económicos, como los *rankings* entre los profesionales de un mismo centro.
- Independientemente de su naturaleza, utilizar incentivos claros y que permitan discriminar entre profesionales, con una relación clara y directa entre ellos. En el caso de utilizar incentivos económicos, el reparto entre profesionales debe estar basado en criterios objetivos, transparentes y conocidos por todos profesionales.

En el ámbito sociosanitario:

- Definir objetivos e indicadores comunes entre el ámbito sanitario y social, relacionados con el fomento del uso racional del medicamento y el control de la calidad de la prescripción y del gasto del ámbito sociosanitario, con incentivos (o parte de incentivos) vinculados a su consecución.

En el ámbito de los equipos de alta tecnología:

- Incluir objetivos e indicadores en los contratos de gestión relacionados con los equipos de alta tecnología y, en particular, con la adecuación de su utilización y el fomento de su uso racional.

Sistemas de información

7.5.2. Mejora y evolución de los sistemas de información para mejorar las limitaciones de los cuatro ámbitos analizados.

En cada uno de los cuatro ámbitos, esta propuesta se articula de la siguiente manera:

Ámbito hospitalario:

- **Adecuación de los sistemas de información y su desarrollo para definir, monitorizar y dar seguimiento a indicadores de gasto, consumo y calidad de la prescripción a la realidad hospitalaria**, y que estos se puedan incorporar en los contratos de gestión y darles seguimiento.
- **Implantación de la prescripción electrónica asistida intrahospitalaria en la totalidad de centros e integrada en Jara**, de forma que: (i) facilite la protocolización y la monitorización de las condiciones de uso de los medicamentos a las decisiones tomadas en las comisiones y en la red evaluadora; (ii) complemente la automatización de la dispensación de medicamentos (SAD/SADME); (iii) permita la incorporación de herramientas avanzadas de ayuda a la prescripción y protocolos consensuados de utilización de medicamentos y estrategias farmacéuticas de forma eficiente; (iv) facilite el control exhaustivo de las prescripciones y perfiles farmacoterapéuticos en ámbitos tan relevantes como pacientes externos y ambulantes; y (v) recoja o incorpore las decisiones tomadas por las comisiones de uso racional del medicamento de las áreas y los protocolos conjuntos de prescripción interniveles establecidos.
- **Integración y disponibilidad de un sistema Farmatools único y común para todos los centros**, de forma que: (i) facilite la implantación de mecanismos y sistemas de alerta automáticos para una gestión formal y más eficiente de los problemas de suministro de medicamentos; (ii) se pueda automatizar e integrar la herramienta y el mecanismo de compartición de los precios negociados de forma centralizada; y (iii) facilite el control y monitorización de forma ágil, sistematizada y precisa cuestiones relacionadas con las compras y la gestión de farmacia, así como obtener información homogénea que permita realizar comparaciones entre centros y áreas de salud.

Ámbito de atención primaria:

- **Mejorar el funcionamiento y mantenimiento de Digitalis-Spfar**, y reducir el elevado decalaje con el que está actualmente disponible la información, para favorecer la disponibilidad de cuadros de mando de farmacia útiles para la gestión, su seguimiento y su análisis, y que estos se puedan incorporar en los contratos de gestión y darles seguimiento.

- **Evolucionar los sistemas de información para vincular la prescripción con el diagnóstico médico**, de forma que facilite la definición y monitorización de indicadores más adecuados de calidad de prescripción y de calidad asistencial.
- **Mejorar el sistema de prescripción electrónica, incorporando herramientas, algoritmos y funcionalidades avanzadas:** inclusión de conciliación de la medicación, actualización del módulo de interacciones, las dosis recomendadas, las contraindicaciones y las precauciones especiales para cada paciente según los medicamentos que esté tomando actualmente, alertas automáticas de duplicidades o que, por defecto, se identifique la prescripción como aguda en vez de crónica, de forma que se eviten prescripciones prolongadas de manera innecesaria. También que recoja o incorpore las decisiones tomadas por las comisiones de uso racional del medicamento de las áreas y los protocolos conjuntos de prescripción interniveles establecidos.

Ámbito sociosanitario:

- Evolucionar los sistemas de prescripción para poder identificar, de forma automática, si un paciente es residente de un centro sociosanitario.
- Integrar en el sistema de prescripción guía farmacoterapéutica para pacientes sociosanitarios como herramienta de ayuda a la prescripción, y actualizarla de forma periódica.
- Permitir el acceso a los sistemas de prescripción e historia clínica a todos los profesionales involucrados en la atención sanitaria y farmacéutica al residente, con distinto nivel de restricciones o permisos, pero asegurando que tienen acceso a la información necesaria para desarrollar sus respectivas funciones.
- Desarrollar un sistema único de información del residente por parte del SES/SEPAD, así como herramientas y funcionalidades que permitan compartir información de manera bidireccional de forma fluida y efectiva entre los centros y el ámbito sanitario y social. Es imprescindible que todos los profesionales puedan registrar información relevante del paciente para que esté permanentemente actualizada.
- Garantizar que el sistema de prescripción y la medicación activa de los residentes es accesible por parte de todos los profesionales y que los farmacéuticos tengan acceso a la información actualizada.

Ámbito de alta tecnología:

- **Disponer de un inventario con soporte informático a nivel SES, único y centralizado**, en el que se disponga de toda la información de los equipos, su estado funcional, sus principales características, información relacionada con su mantenimiento y con la actividad asistencial, de forma que se superen las limitaciones existentes derivadas de la elevada dispersión de la información. Este inventario también constituiría la herramienta de soporte para los modelos de GMAO.

- **Desarrollar herramientas que faciliten la estandarización de la detección y traslado de las necesidades identificadas de equipos**, así como que permitan la priorización y toma de decisiones según modelos y algoritmos, con criterios y pesos específicos según el tipo de decisión.

Formación sobre el uso racional del medicamento y el uso racional de equipos de alta tecnología (AT)

7.5.3. Refuerzo de la estrategia formativa a los profesionales en los ámbitos de uso racional del medicamento y uso racional de equipos de alta tecnología.

Reforzar la estrategia formativa tanto en el ámbito de farmacia como de alta tecnología con una mayor formación continuada a los profesionales, alineada con los objetivos y prioridades de la política sanitaria de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Extremadura.

Los destinatarios de las acciones formativas serán los profesionales sanitarios, tanto del ámbito de la atención primaria, la atención especializada como de los centros sociosanitarios.

Específicamente, en el ámbito de farmacia:

- **Obligatoriedad de los cursos de formación relacionados con el uso racional del medicamento**, definiendo sus contenidos, alcance y periodicidad según las distintas categorías, roles, funciones y objetivos de los profesionales.
- **Llevar a cabo sesiones de trabajo individuales y/o grupales con los facultativos y otros profesionales sanitarios involucrados en la atención farmacéutica**, en las que se involucren y participen todas las figuras relevantes de los diferentes ámbitos: los responsables de uso racional del medicamento, farmacéutico de atención primaria, farmacéuticos hospitalarios, líderes clínicos, direcciones de atención primaria y especializada, etc.
- **Diseñar los contenidos según las necesidades o áreas de mejora** que se detecten en el trabajo individualizado con los facultativos, para así maximizar su eficacia y que la formación resulte de utilidad a los profesionales.
- **Reforzar los contenidos con evidencia científica, literatura especializada o recomendaciones incluidas en las guías de práctica clínica**. Será relevante contar con la participación de líderes clínicos, líderes de opinión en la práctica clínica o facultativos con buenos resultados en términos de calidad de la prescripción para que compartan su visión y experiencias.

- **Vincular la asistencia a determinados cursos o sesiones a la productividad variable o a la carrera profesional** para incentivar a los profesionales.
- Medir el nivel de satisfacción de los profesionales **y llevar a cabo un seguimiento de los resultados de las sesiones formativas.**

Para implementar estas acciones, **es necesaria una mayor disponibilidad del tiempo asistencial de los profesionales, así como un mayor presupuesto destinado a su formación** en materia de uso racional de los medicamentos.

Específicamente, en el ámbito de la alta tecnología:

- **Asegurar que en la contratación de equipos se incluye la formación, inicial y continuada**, de los profesionales para la utilización y manejo de los equipos.
- **Realizar sesiones formativas o informativas a los profesionales en el uso racional de los equipos**, en las que se transmita a los profesionales las mejores prácticas relacionadas con la petición e indicación de pruebas diagnósticas o de actividad con los equipos.
- **Diseñar los contenidos según las necesidades o áreas de mejora** que se detecten en cada centro por los radiólogos o técnicos de imagen, para así maximizar su eficacia y que la formación resulte de utilidad a los profesionales.

La Presidenta de la AIREF



Cristina Herrero Sánchez



José Abascal, 2-4, 2.ª planta

28003 Madrid

+34 910 100 599

info@airef.es

www.airef.es

 [@AIReF_es](https://twitter.com/AIReF_es)