



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

Evaluación de Experiencias de Dispensación Colaborativa de Medicamentos de Diagnóstico Hospitalario y Dispensación Hospitalaria (DHDH) y Recomendaciones de Buenas Prácticas

Febrero 2024



Tabla de contenido

1. Introducción	4
2. Metodología	5
3. Análisis comparativo de los procedimientos de DC	6
3.1 Análisis comparado de los procedimientos	6
3.1.1 Aspectos formales de los acuerdos, alcance y actores de los programas de DC.....	6
3.1.2 Actores participantes y participación de las farmacias.....	7
3.1.3 Aspectos procedimentales importantes de los programas de DC (información a pacientes, trazabilidad del medicamento, distribución, privacidad, consejo y seguimiento farmacéutico)....	8
3.1.4 Selección de los pacientes	10
3.1.5 Consentimiento informado del paciente	10
3.1.6 Elección de la farmacia comunitaria	11
3.1.7 Inicio del proceso de dispensación colaborativa.....	11
3.1.8 Distribución de los medicamentos DHDH desde el SFH a la FC.....	13
3.1.9 Entrega de la medicación DHDH al paciente.....	14
3.1.10 Condiciones para la entrega de medicación DHDH en la farmacia comunitaria.....	14
3.1.11 Atención Farmacéutica	15
3.1.12 Privacidad y confidencialidad del paciente.....	15
3.1.13 Trazabilidad del medicamento	16
3.1.14 Comunicación entre los diferentes actores del proceso de DC	17
3.1.15 Gestión de las incidencias	19
3.1.16 Entrega a domicilio y extensión de la DC a otros medicamentos.....	22
3.1.17 Formación relacionada con los programas de DC.....	23
3.1.18 Remuneración a profesionales y Financiación del programa.....	24
3.1.19 Evaluación de los programas de DC	25
3.2 Resumen y principales hallazgos del estudio comparativo de los procedimientos de DC en las CCAA.....	25
4. Evaluación del funcionamiento e impacto económico, social y medioambiental de los programas de dispensación colaborativa	30
4.1 Evaluación del funcionamiento e impacto de los programas de DC en funcionamiento	30
4.1.1 Objetivos y métodos	30
4.1.2 Resultados informados.....	31
4.1.3 Dimensionamiento actual y actividad realizada por los programas de DC.....	31
4.1.4 Estimación del impacto social, económico y ambiental de los programas de DC en funcionamiento.....	32
4.1.5 Crecimiento potencial del programa de DC en las CCAA analizadas	34

4.2 Extrapolación del impacto del programa de DC a nivel nacional.....	35
4.3 Discusión sobre el análisis de funcionamiento e impacto	37
5. Principales hallazgos del estudio de opinión realizado a profesionales farmacéuticos, pacientes y responsables de prestación farmacéutica.....	38
5.1 Encuestas a Farmacéuticos comunitarios.....	38
5.2 Encuestas a Farmacéuticos hospitalarios.....	39
5.3 Encuestas a pacientes.....	40
5.4 Encuestas a Responsables de prestación farmacéutica.....	41
6. Recomendaciones de Buenas prácticas en DC	42
ANEXO I. COMITÉ DIRECTOR Y COMITÉ TÉCNICO DEL ESTUDIO	44
ANEXO II. GUÍA METODOLÓGICA PARA LA SISTEMATIZACIÓN DE LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA DE MEDICAMENTOS DHDH EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS 2022	46
ANEXO III. INDICADORES CUANTITATIVOS DEL PROCESO DE DISPENSACIÓN COLABORATIVA DE MEDICAMENTOS DHDH	50
ANEXO IV. RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE OPINIÓN A PACIENTES, FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS Y COMUNITARIOS, Y RESPONSABLES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA AUTONÓMICOS CON Y SIN DISPENSACIÓN COLABORATIVA	54
Referencias.....	95

Desarrollado por:

Hiris

1. Introducción

En el contexto de la pandemia de la COVID-19, algunas Comunidades Autónomas (CCAA) pusieron en marcha un programa de Dispensación Colaborativa (DC) de medicamentos de Diagnóstico Hospitalario y Dispensación Hospitalaria (DHDH) con el fin de acercar y mejorar la calidad de la atención farmacéutica a estos pacientes, mediante la colaboración entre los servicios de farmacia hospitalaria (SFH) y las farmacias comunitarias (FC).

En el año 2021, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) publicó el informe “Estudio y valoración de experiencias de dispensación colaborativa de medicamentos de Diagnóstico hospitalario y Dispensación hospitalaria (DHDH) durante la COVID-19” (CGCOF, 2021) en el que se analizó el marco legal para la implementación de un programa de Dispensación Colaborativa y se realizó una estimación del impacto económico, social y ambiental atribuible a esta modalidad de dispensación. Asimismo, el informe incluyó un análisis de los programas de DC de estos medicamentos puestos en marcha en seis CCAA durante el confinamiento por la COVID-19, junto con un estudio de opinión y experiencia de los pacientes y profesionales involucrados en los programas de DC.

Una vez concluida la fase de mayor limitación a los desplazamientos, cinco CCAA han continuado, extendido o iniciado modalidades de DC con mejores condiciones, protocolos e instrumentos de gestión, ya que se contaba con las experiencias previas y con más tiempo para organizar mejor estos programas.

Tras varios meses desde la implementación de esta segunda generación de programas de DC, el primer objetivo de este informe es realizar una comparativa de los procedimientos actuales utilizados por los programas de DC en estas cinco CCAA: Andalucía, Cantabria, Catalunya, Comunidad Foral de Navarra y Comunitat Valenciana. En segundo lugar analizar el impacto que estos programas están teniendo desde el punto de vista social, económico y medioambiental; y en tercer lugar, conocer la opinión de una muestra de pacientes, farmacéuticos comunitarios y hospitalarios, y responsables de prestación farmacéutica participantes en estos programas. Todo ello con la finalidad última de concluir con los aspectos más destacables de dichas experiencias, y consensuar recomendaciones de buenas prácticas para la mejora, continuidad y eventual extensión a otras CCAA de estas prácticas de DC.

El apartado 3.2 de este informe presenta un **resumen de los principales resultados del estudio comparativo de procedimientos utilizados en las experiencias de dispensación colaborativa actualmente en marcha** en esas cinco Comunidades Autónomas. Posteriormente el apartado 4.1.4 presenta la **estimación del impacto económico, social y medioambiental que están suponiendo los cinco programas de DC vigentes**, el potencial crecimiento en esas mismas comunidades de ampliarse la captación a nuevos pacientes, y para finalizar el apartado 4.2 presenta una **estimación del impacto que supondría de ampliarse al conjunto del Sistema Nacional de Salud español**.

La sección 5 de este informe presenta los **principales hallazgos de las encuestas de opinión realizadas a farmacéuticos comunitarios, hospitalarios, pacientes participantes en estos programas de DC, y responsables de prestación farmacéutica** en autonomías con programas de DC y en aquellas que aún no han puesto en marcha esta modalidad de colaboración en la dispensación.

Por último, la sección 5 desarrolla un conjunto de recomendaciones de buenas prácticas de la dispensación colaborativa elaborado a partir del análisis y debate de los resultados de este estudio por los Comité Director y Asesor constituidos.

2. Metodología

Se elaboró una guía metodológica con el objetivo de documentar y comparar de una manera sistemática los procedimientos de DC de medicamentos DHDH puestos en marcha entre los servicios de farmacia hospitalaria y las farmacias comunitarias en las comunidades autónomas descritas previamente.

Con el fin de dirigir el estudio, se constituyó un Comité Director y un Comité Técnico con presencia de representantes de los Colegios Provinciales y Consejos Autonómicos de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH), distribuidores y administraciones sanitarias involucradas, así como el CGCOF, cuyos integrantes se detallan en el Anexo I.

La guía metodológica utilizada para analizar las experiencias autonómicas consta de una primera parte cualitativa, con 33 preguntas abiertas dirigidas a conocer y comparar de manera homogénea los procedimientos utilizados en cada caso; y una segunda parte (Anexo II), en la que se solicitan una serie de datos cuantitativos con el objetivo de dimensionar la extensión y alcance del programa de DC en cada autonomía, evaluar el funcionamiento del programa y realizar una estimación de sus costes.

Tanto la versión final de esta guía metodológica como la lista de indicadores de funcionamiento contó con la revisión y aportaciones de los miembros del Comité Director y del Comité Técnico constituidos al efecto.

La guía ha sido cumplimentada de manera colaborativa con la participación de los miembros del Comité Técnico de cada autonomía, es decir, representantes de las administraciones sanitarias autonómicas, equipos técnicos de los colegios provinciales y servicios de farmacia hospitalaria.

Hay que señalar que en tres CCAA (Andalucía, Cantabria y Catalunya) los procedimientos del programa de DC son comunes para todos sus hospitales, no así en la Comunitat Valenciana donde los hospitales han informado procedimientos distintos en algunas cuestiones. En Andalucía, solo 16 de los 32 hospitales del Servicio Andaluz de Salud participan de los programas de DC, al igual que en Navarra donde solo un hospital (Hospital de Estella) participa en el programa.

Para los estudios de opinión y experiencia, se realizaron encuestas a 48 pacientes incluidos en los programas de dispensación colaborativa de las cinco CCAA participantes, 26 farmacéuticos comunitarios, 21 farmacéuticos hospitalarios, así como cinco responsables de prestación farmacéutica de las CCAA con el programa en marcha y seis responsables de prestación farmacéutica de CCAA sin programas de DC hasta el momento. Las fichas técnicas de estas encuestas se incluyen en el informe de resultados de las encuestas correspondiente y que forma parte de este mismo estudio.

El estudio ha contado con la valoración y aprobación de los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos de los hospitales Parc de Salut Mar de Barcelona y de Cantabria en abril y junio de 2023 respectivamente.

3. Análisis comparativo de los procedimientos de DC

A continuación se presentan los resultados más relevantes de la comparación de procedimientos de funcionamiento de los programas de DC implementados a lo largo de 2021 y 2022 en las citadas cinco CCAA.

3.1 Análisis comparado de los procedimientos

3.1.1 Aspectos formales de los acuerdos, alcance y actores de los programas de DC

En todas las autonomías el procedimiento de actuación está documentado, aunque se reconocen algunas diferencias en el alcance de esos acuerdos/protocolos de actuación (Tabla 1).

En tres de las cinco CCAA (Cantabria, Catalunya y Comunitat Valenciana) el programa de DC alcanza a toda la comunidad. No es el caso de la Comunidad Foral de Navarra donde el programa se aplica exclusivamente en el área de salud de Estella. Tampoco en Andalucía, donde son 16 de los 32 SFH pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud (SAS) quienes participan voluntariamente de los programas de DC, aunque estos 16 SFH se encuentran en las ocho provincias andaluzas.

En todas las CCAA analizadas, excepto en Catalunya, existen acuerdos de colaboración formalizados para la implementación del programa de DC. En el caso de Andalucía (2021) el convenio de colaboración ha sido firmado por el Servicio Andaluz de Salud y el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CACOF). En Cantabria las entidades firmantes incluyen a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria (Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección), el Servicio Cántabro de Salud, los tres hospitales públicos existentes en Cantabria (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital Sierrallana y Hospital de Laredo) y el Colegio Oficial de Farmacéuticos (COF) de Cantabria. En Catalunya existe el protocolo de actuación farmacéutica para la entrega de Medicamentos Hospitalarios de Dispensación Ambulatoria (MHDA), denominación equiparable a los medicamentos que en este informe llamamos DHDH, en la farmacia comunitaria, avalado por el CatSalut y el Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya, cuyos autores fueron la Gerencia del Medicamento del CatSalut, el servicio de farmacia hospitalaria del Hospital Parc de Salut Mar, el Col·legi de Farmacèutics de Barcelona y la Federació Farmacèutica (Fedefarma), y que fueron revisados por los Col·legis de Farmacèutics de Girona, Lleida y Tarragona. En la Comunitat Valenciana, el acuerdo ha sido firmado por la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana y los COF de Castellón, Valencia

y Alicante. Por último, en la Comunidad Foral de Navarra, el acuerdo ha sido firmado por la Subdirección de Farmacia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O), y el COF de Navarra.

Tabla 1. Acuerdos de colaboración. Aspectos procedimentales.

	Andalucía	Cantabria	Catalunya	Comunitat Valenciana	C. F. de Navarra
Existe acuerdo de colaboración/protocolo	✓	✓	✓	✓	✓
Acuerdo a nivel de Comunidad Autónoma	✓	✓	✗	✓	✓ Área de Salud
Protocolo único	✓	✓	✓	✗ Por hospital	✓ Área de Salud
Procedimiento documentado	✓	✓	✓	✓	✓
Participan todos los SFH de la C. Autónoma	✗ 16 de 32	✓	✓	✓	✗ 1 de 3
Pueden participar todas las FC	✓	✓	✓	✓	✓
La FC puede rechazar la participación	✓	✓	✓	✗	✓
Participación de los COF en los procedimientos	✓	✓	✓	✓	✓

3.1.2 Actores participantes y participación de las farmacias

Todas las FC de las cinco CCAA pueden participar en la DC, aunque en la Comunidad Foral de Navarra solamente se ha invitado a participar a las FC del área de salud de Estella. Por su parte, como se observa en la Tabla 1, en todas las CCAA, excepto en la Comunitat Valenciana, las FC participan en el programa de DC de manera voluntaria.

En el caso de Catalunya se identifican algunas diferencias en relación con la participación de las FC. El Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (COFB) se dirigió a todas las farmacias, explicándoles el proyecto y solicitando su participación. Sólo aquellas que manifestaron su interés en participar son las que constan incluidas en el programa de DC. En el caso de que un paciente escoja una farmacia que no esté adherida en el programa, desde el COFB se conecta con ella para darle de alta si está de acuerdo; en caso de que no acepte, se traslada al SFH para que contacte con el paciente – al objeto de que seleccione otra farmacia. Por el contrario, en el COF de Girona, de Lleida y de Tarragona se dieron de alta de inicio todas las farmacias de la provincia, y posteriormente si alguna farmacia manifestaba no querer participar se le dio de baja. En Cantabria, también se dieron de alta todas las farmacias, con opción a darse de baja si alguna no quería participar, aunque ninguna lo ha hecho.

En las cinco CCAA los Colegios Oficiales de Farmacéuticos participan del procedimiento de DC como intermediarios, coordinadores o facilitadores del proceso. Así por ejemplo, el COF de Cantabria realiza la coordinación entre los agentes que intervienen en el proceso. Su intervención incluye específicamente las siguientes actividades:

- › Participación en la elaboración del protocolo.
- › Dar conocimiento del protocolo a los distribuidores farmacéuticos y FC.
- › Facilitar al SFH la relación de las FC que operan con cada distribuidor farmacéutico.
- › Recepción mensual de los datos facilitados por los distribuidores farmacéuticos respecto del número de entregas y FC receptoras.
- › Elaboración mensual de informes para la Consejería de Sanidad (número de entregas, número de farmacias participantes, ...).

De manera similar, los COF de la Comunitat Valenciana coordinan la información entre los SFH y las FC, y entre los SFH y los distribuidores farmacéuticos.

3.1.3 Aspectos procedimentales importantes de los programas de DC (información a pacientes, trazabilidad del medicamento, distribución, privacidad, consejo y seguimiento farmacéutico)

En la Tabla 2 se presenta de manera resumida una serie de aspectos comparados de los procedimientos seguidos en las cinco CCAA respecto de la selección de pacientes, elección de farmacia comunitaria, información y consentimiento del paciente, trazabilidad de la medicación, distribución, seguimiento farmacoterapéutico y rol de la FC.

Tabla 2. Características seleccionadas de los procedimientos de Dispensación Colaborativa

	Andalucía	Cantabria	Catalunya	Comunitat Valenciana	C.F. Navarra
Selección de los pacientes susceptibles de participar	SFH	SFH	SFH	SFH/UFPE*	SFH
Elección de la FC	Paciente	Paciente	Paciente	Paciente	Paciente
Consentimiento del paciente	 Por escrito	 Escrito u oral	 Escrito u oral	 Por escrito	
Constancia del consentimiento	Axónfarma	HCE y programa de prescripción electrónica	Historia Clínica Electrónica (HCE)	según hospitales	N/A
Inicio del procedimiento de DC con el paciente	Presencial	Presencial	Presencial o telemático	Presencial o telemático	Teleconsulta
Garantía de privacidad y confidencialidad					
Trazabilidad	 Informatizada	 Papel	 Informatizada	 Informatizada	 Papel + c. Elect.
Distribuidores	Bidafarma (incluye los 9 almaneces de Andalucía)	Cenfarte, Cofares, Cofas	Alliance- Healthcare, Fedefarma y Cofares	El acordado para cada hospital junto con el COF, según zona geográfica atendida	Nafarco (y una participación mínima de Cofares)
Frecuencia de distribución SFH-FC	24-48h	Diaria o semanal	Diaria	No > 48h	No > 48h
Posibilidad de retirar otra persona en la FC					
Condición de dispensación diferenciada del resto de medicamentos en FC					
Responsable del seguimiento farmacoterapéutico	SFH	SFH	SFH	SFH/UFPE	SFH
Consejo farmacéutico en la FC					

* Unidad de Atención Farmacéutica de Pacientes Externos.

3.1.4 Selección de los pacientes

La selección de los pacientes candidatos a incorporarse al programa de DC es el primer paso del procedimiento. **En todas las CCAA los SFH son los responsables de hacer esta selección.** Sin embargo, se reconocen algunas diferencias en los criterios que se utilizan para la selección de los pacientes.

En Andalucía, la selección se realiza de acuerdo con criterios definidos por los propios SFH, pero no especificados en el protocolo. Algo similar sucede en la Comunitat Valenciana donde, pese a que hay una instrucción autonómica, cada hospital tiene sus propios criterios de selección.

Por su parte, en Cantabria el SFH de cada hospital selecciona los pacientes de acuerdo a sus necesidades individuales, clínicas y personales (autonomía, situación socioeconómica, presencia de cuidador). También se han definido una serie de factores para excluir a los pacientes del programa de DC: negación o preferencia del paciente por acudir al SFH, asistencia presencial al hospital por otros motivos (consultas o pruebas), falta de adherencia al tratamiento o a las citas programadas, tratamientos cortos, inicio o cambio de tratamiento, fórmulas magistrales de corta caducidad y estancias temporales fuera de la comunidad autónoma.

En la Comunidad Foral de Navarra los criterios han sido establecidos por la Subdirección de Farmacia e incluyen: criterios clínicos (pacientes crónicos, estables y adherentes) y criterios funcionales (lejanía del hospital, problemas de movilidad, edad, etc.).

Los criterios de selección de los pacientes en Catalunya incluyen que el paciente esté en tratamiento crónico estable, sin cambios en la prescripción ni en la posología habituales y que, a criterio clínico, requieran de DC por motivos de riesgo (incluyendo el compromiso inmunitario, afección pulmonar grave, fragilidad clínica, dependencia o vulnerabilidad). Asimismo, la selección puede justificarse en los casos en que el domicilio del paciente esté a gran distancia del centro hospitalario.

3.1.5 Consentimiento informado del paciente

En la mayoría de las CCAA el paciente debe dar su consentimiento explícitamente para participar en este programa. Así es en todas las CCAA excepto en Navarra, donde no se exige el consentimiento del paciente. Las principales diferencias en la gestión del consentimiento informado se refieren al repositorio que utiliza cada autonomía para dejar constancia del consentimiento dado por el paciente.

En Andalucía y la Comunitat Valenciana el consentimiento se debe dar por escrito, mientras en Cantabria y Catalunya solo es necesario que el paciente otorgue su consentimiento de forma oral.

Otra de las diferencias se relaciona con el documento donde se deja constancia del consentimiento de los pacientes. En Cantabria y Catalunya se deja constancia en la historia clínica electrónica (HCE) del paciente, aunque en el caso de Cantabria también se deja constancia en el programa de prescripción electrónica asistida. En Andalucía, el consentimiento es guardado por la FC y es subido a la plataforma AxónFarma, ya que constituye un paso indispensable para poder continuar con el servicio.

Pese a que, como se comentó previamente, en la Comunitat Valenciana el consentimiento se debe otorgar por escrito, según la Instrucción 6/2021, “la información y autorización de los pacientes para participar en procedimientos de telefarmacia se transmite y se obtiene de forma verbal en cada contacto, quedando registrado en la historia clínica electrónica, no precisando documentación física adicional”. Asimismo, se observan diferencias entre los hospitales de esta misma autonomía. En el Hospital General Universitario de Castellón el consentimiento escrito es escaneado e incorporado en la historia clínica del paciente. En el Hospital Vega Baja de Orihuela se ha establecido una alternativa para aquellos casos en los que el paciente no puede dar su consentimiento por escrito. En ese caso, se delega la firma del consentimiento en el cuidador e incluso se acepta que el paciente otorgue su consentimiento de forma verbal mediante videollamada a través del sistema informático de la Consellería de Sanitat. En este último caso se deja constancia en el sistema informático de la Consellería y en el servicio de farmacia hospitalaria. Por su parte, en el Hospital Universitario de La Plana, se informa que en caso de que el consentimiento no pueda obtenerse por escrito se debe hacer constar en la historia clínica que se ha obtenido el consentimiento verbal del paciente y posteriormente la FC hace firmar al paciente dicho consentimiento y lo envía a la farmacia del hospital para su custodia.

3.1.6 Elección de la farmacia comunitaria

En todas las CCAA **el propio paciente es quien elige la FC** donde retirará su medicación DHDH. En la Comunitat Valenciana en caso de que el paciente no elija una FC se le asigna la FC más cercana a su domicilio. En Andalucía es el paciente quien debe acudir personalmente a la FC elegida para comunicarle su elección y a partir de ello se genera el circuito de solicitud de la medicación al SFH. Asimismo, en la comunidad autónoma andaluza el paciente puede elegir en cualquier momento recibir la medicación en cualquier otra FC de la autonomía, aunque pertenezca a otra provincia.

3.1.7 Inicio del proceso de dispensación colaborativa

En todas las comunidades autónomas los SFH participan de manera activa en el inicio del proceso de DC, con algunas diferencias sobre cómo se realiza la primera consulta farmacéutica (presencial o virtual) o el seguimiento de la dispensación.

En Andalucía, tras la aceptación del paciente a participar en el programa de DC en una visita presencial en el SFH, éste habilita la entrega de los medicamentos DHDH a la FC. El siguiente paso es la solicitud de la medicación por parte de la FC al SFH a través de la plataforma AxónFarma.

En el caso de Cantabria, el primer paso consiste también en una primera atención presencial en el SFH. Posteriormente, el SFH comunica al paciente (mediante SMS, volante de citaciones o carta) la fecha y hora que se pondrá en contacto con él para dispensar la medicación. En la fecha acordada se realiza la atención farmacéutica y se le explica al paciente o cuidador todo el procedimiento y éste da su consentimiento verbal para participar. En esa misma consulta, el SFH presta al paciente la atención farmacéutica, valora la adherencia y se establece la fecha y modalidad (presencial o telemática) de la siguiente dispensación. Asimismo, se le informa al paciente sobre la cantidad de medicación dispensada y la fecha de disponibilidad en la FC elegida.

En Catalunya, el SFH contacta con el paciente para proponerle el servicio, solicitar su autorización e informarle de los datos personales que constarán en la aplicación MHDA-Farmaserveis. El SFH puede ofrecer telefónicamente el servicio al paciente, pero éste sí debe acudir a la farmacia para iniciar la solicitud y el servicio. Durante esta primera consulta telemática o presencial el paciente elige la FC donde recibirá la medicación a partir del listado de las FC que aceptaron participar de este programa. Una vez que el SFH introduce los datos del paciente (datos identificativos y farmacoterapia) y la farmacia escogida en MHDA-Farmaserveis, esta aplicación genera de forma automática el código de identificación de cada petición de entrega, las etiquetas y toda la documentación necesaria para la entrega. Posteriormente, el SFH prepara la medicación que será recogida por el distribuidor y entregada en la FC.

Por su parte, en la Comunitat Valenciana el proceso se inicia con una consulta de atención farmacéutica especializada realizada por el SFH de manera presencial o telemática. El SFH/UFPE es quien informa del envío al COF a través de su plataforma. En cada entrega el medicamento se acompaña de un *justificante de dispensación*, donde se indica el fármaco y las unidades dispensadas.

En la Comunidad Foral de Navarra el proceso siempre se inicia con una teleconsulta entre el SFH y el paciente. Tras la teleconsulta, el SFH dispensa la medicación en el programa Farho, donde se imprime el informe para el paciente que detalla sus datos (nombre, apellidos y número de historia), nombre del médico prescriptor y del farmacéutico hospitalario, medicación, cantidad y período de cobertura. El SFH registra el pedido en la base de datos, prepara el envío con el informe para el paciente y envía un correo electrónico a la FC con copia al COF de Navarra informándole del envío.

3.1.8 Distribución de los medicamentos DHDH desde el SFH a la FC

En todas las CCAA son distribuidores farmacéuticos autorizados quienes distribuyen la medicación DHDH a las FC. Asimismo, en todas las CCAA los medicamentos se embolsan de manera que no se pueda reconocer su contenido. En el exterior de esos paquetes se coloca una etiqueta codificada que no permite identificar al paciente a personas ajenas al procedimiento.

En Andalucía, por ejemplo, la etiqueta indica únicamente la matrícula del envío (una identificación alfanumérica) y la FC en la que debe ser entregada la bolsa. En Cantabria cada SFH entrega al distribuidor farmacéutico (DF) un albarán de entregas donde se recogen los siguientes datos: identificación del distribuidor, número identificativo de la FC, número de bultos que se debe entregar en cada FC y las condiciones de conservación de cada uno. No se informa previamente a la FC del envío de la medicación, lo sabe cuando el distribuidor llega con el paquete.

En Catalunya, una vez que el SFH prepara la medicación y lo registra en la aplicación MHDA-Farmaserveis, diariamente y de forma automática se genera un correo electrónico dirigido a los distribuidores con el número y fichero de albaranes de los paquetes a recoger en el SFH a la mañana siguiente. El DF tiene acceso a la plataforma MHDA-Farmaserveis, la cual permite indicar y visualizar cuándo se produce la recogida de los paquetes en los SFH, su llegada y salida del almacén farmacéutico, tanto para los envíos como para los retornos. No existe, sin embargo, una integración entre el sistema habitual de trazabilidad de los DF y el de la plataforma MHDA-Farmaserveis. A través de la aplicación MHDA-Farmaserveis, se genera un correo electrónico de aviso al titular de la FC informándole que va a recibir el paquete con la medicación proveniente de un determinado hospital, en el que se identifica el paciente al que está dirigida esa medicación.

En la Comunitat Valenciana, el SFH informa al COF, a través de su plataforma, del envío de medicación. La información que recibe el COF incluye el código de envío, el código y dirección del paciente (por si hubiera que reasignar la FC), el código y dirección de la FC. Una vez que el COF recibe el aviso del SFH, le informa al DF y a la FC del envío de la medicación.

En Navarra es el COF quien avisa al DF de los envíos. En el mismo día el DF acude al hospital para retirar la medicación. También ese mismo día o el siguiente, el DF debe entregar la medicación en la FC.

Tal como se ha descrito en la tabla anterior, existen diferencias en el número de DF que operan el programa de DC en las cinco CCAA, así como en la frecuencia con que estos medicamentos son entregados a la FC.

De acuerdo con los protocolos de las cinco CCAA que participan de este programa, la frecuencia de distribución no debe exceder las 48h, e incluso en algunos casos (por ejemplo en Catalunya) la entrega se debe realizar diariamente. En Cantabria también está definida la entrega diaria de estos medicamentos, aunque existe la posibilidad de hacer las entregas de forma semanal, de acuerdo con el criterio del SFH. Por último, cabe destacar que, pese a que en la Comunitat Valenciana el protocolo establece un plazo no mayor de 48h, se observan diferencias entre los hospitales. De hecho, en el Hospital de Castellón la entrega de esta medicación se realiza diariamente aunque, según se informa, en el resto de los hospitales de la autonomía la entrega se realiza dos veces a la semana.

3.1.9 Entrega de la medicación DHDH al paciente

El primer paso consiste en informar al paciente sobre la disposición de su medicación en la FC correspondiente. En Catalunya, es el SFH quien al inicio de la inclusión del paciente le recuerda la farmacia escogida y que su medicación estará disponible durante los 7 días siguientes después de la fecha en que la reciba la FC. Cuando la medicación llega a la FC, el farmacéutico revisa que la medicación coincide con la que consta en la aplicación MHDA-Farmaserveis y registra en dicha plataforma la recepción. En caso de disponer del móvil del paciente le avisa por SMS o whatsapp que ya tiene la medicación disponible en la FC.

En Andalucía, la FC debe comprobar que la medicación coincida con la solicitada y pertenezca al paciente antes de contactar con el paciente para su entrega. Por su parte, junto con la medicación se entrega al paciente una hoja de información preparada por el SFH.

En la Comunidad de Cantabria la FC contacta al paciente a través de los teléfonos proporcionados por éste y le informa de la franja horaria en la que puede recoger la medicación. El paciente o la persona encargada deben presentar la tarjeta sanitaria y se le hace entrega de la medicación en la bolsa cerrada. Pese a que la atención farmacéutica es brindada por el SFH en la primera consulta presencial, el farmacéutico comunitario puede prestar su consejo farmacéutico a demanda del paciente, para lo que el paciente debe informar al farmacéutico comunitario de su tratamiento. En cada envío se proporciona por escrito la fecha y modalidad de la siguiente dispensación y un teléfono de contacto con el SFH. Asimismo, si durante la entrevista con el farmacéutico hospitalario se detecta alguna carencia de información, se proporciona por escrito, adjuntándolo en el envío.

En la Comunitat Valenciana, una vez que el DF entrega la medicación en la FC, desde la farmacia se contacta con el paciente en un plazo máximo de 48 horas para informarle que puede recoger la medicación. Toda la información necesaria para que la FC pueda contactar con el paciente y realizar la entrega está en el interior del envío que recibe la FC (nombre del paciente, dirección, teléfono y medicación).

En la Comunidad Foral de Navarra, junto con la medicación se envía una hoja de información con los datos del paciente, el médico prescriptor, el SFH, la cantidad de medicación y el período de cobertura.

3.1.10 Condiciones para la entrega de medicación DHDH en la farmacia comunitaria

En Cantabria, Catalunya y la Comunitat Valenciana, el procedimiento exige una serie de condiciones específicas para la entrega de este tipo de medicamentos al paciente en la FC.

En el caso de Cantabria y Catalunya, las FC deben establecer un plan de contingencias ante emergencias (cierre temporal de la farmacia, acumulación de varios días festivos, situaciones en que no se retire el medicamento, etc.). En Cantabria, también deben asegurar que el local dispone de una zona diferenciada para la entrega de la medicación DHDH.

Todas las CCAA permiten que la medicación sea retirada por un cuidador o persona autorizada por el paciente, pero también aquí se observan diferencias. Por un lado, en Andalucía la entrega a terceras personas está limitada a los casos de pacientes menores de edad y dependientes. En Navarra, Catalunya y la Comunitat Valenciana, la persona que retira la medicación debe presentar la tarjeta sanitaria del paciente. Además, en Catalunya y Comunitat Valenciana es necesario que también presenten una autorización por escrito del paciente.

3.1.11 Atención Farmacéutica

Tanto la atención farmacéutica como el seguimiento farmacoterapéutico están a cargo del SFH en las cinco CCAA, realizando las FC un rol complementario en ambas funciones. Se observan algunas diferencias entre CCAA en relación con el rol del farmacéutico comunitario respecto del consejo farmacéutico al paciente. En Catalunya, la Comunitat Valenciana y la Comunidad Foral de Navarra el paciente debe contactar con el SFH cuando tenga alguna duda sobre el tratamiento.

Por su parte, en Cantabria, pese a que es el SFH quien presta al paciente la atención farmacéutica durante la consulta previa a la dispensación colaborativa, el procedimiento permite que el farmacéutico comunitario pueda prestar consejo farmacéutico a demanda del paciente, si éste le informa de su tratamiento (ya que la FC recibe una bolsa cerrada y no conoce qué medicamentos retira el paciente). En Andalucía el SFH es también el responsable de la atención, seguimiento y control farmacéutico de la medicación DHDH en todo momento. Sin embargo, en esta comunidad se reconoce que el farmacéutico comunitario puede y debe resolver cualquier duda que el paciente pueda tener en relación con la medicación DHDH en comunicación con el SFH, gracias a la funcionalidad que ofrece la herramienta Axónfarma.

3.1.12 Privacidad y confidencialidad del paciente

La privacidad y confidencialidad del paciente son aspectos de máxima importancia, y por ello **los procedimientos de las cinco CCAA establecen mecanismos estrictos para garantizar la privacidad y confidencialidad del paciente**, aunque con algunas diferencias.

Como se mencionó previamente, en Andalucía la medicación se entrega al DF en una bolsa opaca. La etiqueta que se coloca en el exterior de la bolsa no permite identificar cuál es la medicación que contiene ni tampoco los datos personales del paciente. Una vez que la FC recibe la bolsa, se extrae la hoja de información al paciente y se verifica que la medicación recibida sea la solicitada.

Pese a que en Cantabria la medicación también se entrega en paquetes cerrados, se reconocen dos diferencias en relación con lo referido por Andalucía. Por un lado, la etiqueta que se coloca en el exterior del paquete tiene datos que lo identifican (nombre y apellido, dirección y teléfono de contacto). La segunda diferencia es que el paquete únicamente puede ser abierto por el paciente o la persona autorizada para recoger la medicación.

En Catalunya la privacidad y confidencialidad de la información es garantizada en la aplicación informática MHDA-Farmaserveis. El DF sólo sabe que el SFH ha generado un pedido que debe recoger en un hospital, si necesita ser conservado de forma refrigerada y en qué farmacia lo tiene que entregar. Por tanto, el DF no tiene acceso a información sobre la medicación que contiene el paquete ni tampoco a los datos identificativos del paciente. El farmacéutico comunitario conoce la identificación de los paquetes que va a recibir, de qué hospital proceden y el distribuidor que se lo va a traer, así como los datos identificativos del paciente y la medicación contenida en el envío accediendo a MHDA-Farmaserveis.

Por su parte, en la Comunitat Valenciana el paciente tiene asignado un *código de paciente* de manera que solo el SFH y el farmacéutico de la FC pueden conocer los datos del paciente. La medicación DHDH se entrega en una bolsa en la que se identifican los siguientes datos: código de envío, código identificador de la FC y dirección de la FC. En la Comunidad Foral de Navarra, el DF recibe la medicación en una bolsa con una pegatina que no identifica al paciente. Sin embargo, en caso de considerarlo necesario, la FC puede abrir el bulto para comprobar que su contenido y destinatario son los correctos.

3.1.13 Trazabilidad del medicamento

Todas las CCAA tienen procedimientos definidos para realizar la trazabilidad del medicamento en el programa de DC, desde la salida del medicamento del SFH hasta su entrega al paciente en la FC, siendo **la principal diferencia entre autonomías el uso o no de plataformas informáticas** para realizar esa trazabilidad.

En algunas comunidades como Andalucía, Catalunya y la Comunitat Valenciana el proceso está informatizado. Por su parte, en Cantabria y la Comunidad Foral de Navarra la trazabilidad se realiza en papel.

En Andalucía se utiliza la plataforma AxónFarma ya mencionada, donde todos los participantes actualizan el estado del trámite en cada punto del proceso. Existen varios “estados”, que permiten conocer en tiempo real la situación de cada entrega de medicación DHDH. Esos “estados” incluyen: borrador, dispensación solicitada, rechazada, incidencia en trámite, en preparación, preparada, en espera de recogida, en transporte, entregada en farmacia, recepcionada, entregada al paciente, anulada, finalizada por incidencia. Tanto el SFH como la FC tienen acceso y pueden incorporar información sobre las diferentes etapas del proceso en las que ambas están involucradas. Asimismo, el COF de la provincia y el CACOF también pueden acceder a la aplicación, aunque únicamente para seguimiento.

En Catalunya la trazabilidad se realiza a través de la aplicación informática MHDA-Farmaserveis, a la cual tienen acceso el SFH, la DF, la FC y el COF. Cada profesional tiene su apartado correspondiente en la aplicación donde puede informar del proceso realizado. Es la misma aplicación la que genera un documento de entrega que el farmacéutico debe facilitar al paciente para que lo firme como comprobante de la recogida de la medicación. La Comunitat Valenciana también tiene informatizada la trazabilidad del proceso a través de la plataforma electrónica del COF, a la que tienen acceso el SFH, el COF y la FC.

En el caso de las CCAA con trazabilidad en papel, en Cantabria el SFH utiliza el sistema electrónico de prescripción electrónica asistida (PEA) para registrar la modalidad de “dispensación no presencial a través de oficina de farmacia”, y para que conste así en la HC del paciente. En el momento de retirar los paquetes, el SFH entrega al distribuidor dos copias del albarán de entregas, una de ellas permanece en el SFH y la otra se entrega al DF, que a su vez hará firmar a la FC cuando realiza la entrega de la medicación. Una vez que la medicación es recogida por el paciente, éste (o la persona que retira la medicación) debe firmar la “hoja de recogida de tratamiento en la oficina de farmacia”. Posteriormente, la FC envía un correo electrónico al SFH en el que adjunta dicha hoja, escaneada y encriptada, con la firma del farmacéutico comunitario. Por último, el SFH archiva el correo electrónico a modo de registro oficial.

Por su parte, en Navarra el SFH cuando entrega la medicación al distribuidor, éste recoge y firma un documento y lo mismo sucede cuando el distribuidor hace la entrega a la FC. Una vez que la FC entrega la medicación al paciente, envía un correo electrónico al COF confirmando que se ha realizado la entrega. Finalmente, este dato se registra en la base de datos del hospital.

Todas las CCAA han valorado de forma favorable el proceso de trazabilidad, siendo Andalucía la autonomía que mejor lo ha valorado. En Catalunya consideran que el sistema de trazabilidad debería integrar la aplicación MHDA-Farmaserveis con el sistema de trazabilidad interno que utilizan las distribuidoras para el resto de la medicación.

En el caso de la Comunitat Valenciana, aun siendo favorable la valoración de la trazabilidad en todos los hospitales, el Hospital General Universitario de Castellón propone añadir un último paso de confirmación del paciente (vía telefónica o vía App) de la adecuada recepción de la medicación (fármaco, cantidad, integridad, temperatura) y contar con una App de seguimiento de la trazabilidad donde el paciente pueda consultar el estado de su medicación. Por su parte, el Hospital Universitario de La Plana destaca que el sistema de trazabilidad tiene algunas limitaciones.

Las dos autonomías que realizan la trazabilidad en papel, Cantabria y Navarra, consideran que deberían buscarse soluciones informáticas para este proceso.

3.1.14 Comunicación entre los diferentes actores del proceso de DC

Todas las CCAA tienen definidas vías de comunicación directa entre el SFH y la FC (Tabla 3). Además, en algunas de ellas los Colegios Oficiales de Farmacéuticos tienen un rol activo como intermediarios en esa comunicación.

Generalmente, la comunicación entre niveles asistenciales se realiza para resolver dudas o gestionar incidencias, entre ellas que el paciente no recoja la medicación, que la FC no reciba el paquete o exista algún error en la medicación recibida, como la no concordancia del medicamento recibido con el que consta en la aplicación, algún medicamento o envase en mal estado, o cuando es necesario devolver la medicación. También en aquellos casos en los que el paciente presenta alguna consulta relacionada con su tratamiento DHDH.

En Andalucía la comunicación bidireccional entre los dos niveles asistenciales se realiza a través de un campo de *observaciones* en la plataforma AxónFarma. Por su parte, en Cantabria y la Comunitat Valenciana, la comunicación entre el SFH y la FC se realiza a través de teléfono o correo electrónico, aunque en esta última autonomía las vías de comunicación disponibles difieren entre los hospitales. En dos de los hospitales, el Hospital Universitario de La Plana y el Hospital Universitario General de Elche,

cuentan con un correo electrónico dedicado para tal fin. En Cantabria, en los SFH con farmacéutico de guardia existe un teléfono móvil de guardia para sábados, domingos y festivos.

En el caso de Catalunya, pese a que se prevé que el SFH y FC puedan comunicarse de manera directa mediante teléfono o correo electrónico, generalmente la FC contacta con el Colegio Farmacéutico y éste se comunica con el SFH. Algo similar sucede en la Comunidad Foral de Navarra, donde existe una vía de comunicación directa a través de teléfono y correo electrónico, pero se suele recurrir al COF para la comunicación entre ambos.

Tabla 3. Comunicación entre los actores intervinientes en la DC

	Andalucía	Cantabria	Catalunya	Comunitat Valenciana	Navarra
Comunicación directa SFH / FC	✓	✓	✓	✓	✓
Comunicación directa SFH / paciente	✓	✓	✓	✓	✓

Tal como se observa en la tabla anterior, algo similar sucede con la comunicación de **los SFH con los pacientes, quienes en todas las CCAA tienen la opción de contactar entre ellos de manera directa.**

En Cantabria, se produce un contacto directo entre el SFH y el paciente o su cuidador en cada consulta de telefarmacia con envío de medicación a la FC. De hecho, sin esta comunicación directa previa no se realiza el envío de medicación (la reincidencia en la imposibilidad de contacto telefónico es criterio de exclusión del programa de DC). El paciente puede comunicarse con el SFH mediante un teléfono directo y correo electrónico. En Catalunya también se realizan consultas de atención farmacéutica y llamadas telefónicas por parte del personal del área de pacientes externos del SFH con el paciente; mientras que el paciente, a su vez, también puede contactar con el SFH por vía telefónica. De la misma manera en Andalucía la comunicación entre el paciente y el SFH se realiza de manera telefónica o presencial, mientras que en Navarra se realiza de manera telefónica.

En la Comunitat Valenciana, todos los hospitales tienen la opción de establecer una comunicación directa con el paciente para la atención y seguimiento farmacoterapéutico. Sin embargo, se reconocen algunas diferencias en la modalidad de comunicación. Mientras en el Hospital General Universitario de Elche y el Hospital Universitario de Castellón el paciente puede contactar con el SFH/UFPE vía telefónica o por correo electrónico, en el caso del Hospital Vega Baja de Orihuela solo sólo se puede comunicar por vía telefónica. Asimismo, ambos hospitales informan que cada 6-12 meses se realiza un seguimiento farmacoterapéutico de manera presencial. Finalmente, en el Hospital Universitario de La Plana se proporciona al paciente un farmacéutico hospitalario de referencia para dudas y/o consultas con el que puede comunicar a través de un número de teléfono directo.

3.1.15 Gestión de las incidencias

Todos los protocolos de DC de las Comunidades Autónomas contemplan la manera de gestionar las posibles incidencias que se puedan producir. Como se observa en la Tabla 4, en la comunidad autónoma de Andalucía y en los hospitales de las provincias de Valencia y Alicante, la gestión de las incidencias se realiza a través de las plataformas informáticas disponibles. Por su parte, en los hospitales de la provincia de Castellón así como en la Comunidad Autónoma de Cantabria, la gestión de las incidencias se realiza telefónicamente o mediante correo electrónico. En Catalunya el seguimiento de las incidencias se hace a partir de los datos registrados en la aplicación informática MHDA-Farmaserveis, aunque la gestión para su resolución se hace a través del correo electrónico o teléfono. Finalmente, en la Comunidad Foral de Navarra la gestión de las incidencias se realiza a través de la coordinación con el COF.

A continuación, se describen los procedimientos para resolver las incidencias durante las diferentes etapas del procedimiento de DC en cada autonomía y las diferencias entre ellas.

INCIDENCIAS DURANTE EL TRASLADO DESDE EL SFH A LA FC

En Cantabria y la Comunitat Valenciana, las posibles incidencias durante el traslado de la medicación entre el hospital y la farmacia son gestionadas por los directores técnicos o persona responsable del DF y el SFH. En Navarra la resolución de este tipo de incidencias está a cargo del COF. Así es también en Catalunya, donde en caso de detectar una incidencia en el traslado del medicamento (ya sea porque no se recoge en el SFH o no llega a la FC), el Colegio de Farmacéuticos contacta con el DF o con el SFH (en función de la incidencia) para averiguar lo sucedido. En Andalucía no se ha descrito específicamente un procedimiento para la gestión de este tipo de incidencias.

INCIDENCIAS EN CASO DE QUE EL PACIENTE NO RECOJA LA MEDICACIÓN

En Catalunya, si el paciente no recoge la medicación transcurridos 7 días desde su recepción en la FC el farmacéutico comunitario debe contactar con el SFH, directamente o a través del Colegio de Farmacéuticos, para confirmar cómo proceder. El SFH contacta con el paciente e informa a la FC si debe custodiar la medicación unos días más (hasta que el paciente la recoja) o si se debe retornar la medicación al hospital. En este último caso, la FC registra en la aplicación MHDA-Farmaserveis que el paciente no ha recogido la medicación y los motivos por los cuáles no lo ha hecho, de manera que se activa automáticamente la petición de retorno. La aplicación MHDA-Farmaserveis es capaz de generar un aviso automático a la FC recordándole cuándo se excede de los 7 días sin entregar la medicación al paciente.

En Cantabria, se espera un margen de 7 días desde que se informa al paciente que debe retirar la medicación. Si ello no sucede, la FC avisa al SFH a través de correo electrónico y es el SFH quien contacta con el paciente para decidir la actuación a seguir. En el caso de Andalucía, si el paciente no retira la medicación la FC contacta con el SFH y se acuerda con el DF el proceso de devolución. No hay establecido un plazo a partir del cual se pone en marcha el proceso de devolución.

La gestión de las medicaciones “no recogidas” en la Comunitat Valenciana es diferente según el hospital involucrado. En el caso de los hospitales de Valencia y Alicante la plataforma informática de los COF permite que la FC informe de este tipo de incidencias al SFH para que este último haga la gestión correspondiente. Por su parte, en el Hospital General Universitario de Castellón y en el Hospital Universitario de La Plana, en caso de que la FC no logre contactar con el paciente, o éste no acuda a recoger la medicación, la FC avisa al SFH/UFPE vía telefónica. En el caso de que la medicación deba ser devuelta, el SFH/UFPE realiza la gestión de la devolución telefónicamente con el DF. En el Hospital General Universitario de Elche se contempla que, si no hay causas de fuerza mayor por la cual el paciente no haya recogido la medicación o si no se logra contactar con el paciente, además de tramitarse la devolución de la medicación al SFH se prevé que el paciente salga del programa de DC y deba acudir al SFH en sucesivas dispensaciones.

Por último, en la Comunidad Foral de Navarra se contempla que sea la FC quien se comuniquen con el paciente, aunque no se describe cuál es el procedimiento que se debe seguir en caso de que el paciente no recoja la medicación. En esta autonomía se informa que hasta ese momento no se han producido incidencias de este tipo.

RETORNO DE MEDICACIÓN AL SFH

En todas las CCAA analizadas, excepto en Navarra, se contempla de manera específica la devolución de los medicamentos DHDH al SFH, aunque los motivos para esa devolución no son uniformes en todas las autonomías (Tabla 4). En Andalucía, está prevista la devolución al SFH en caso de errores en la medicación enviada y ante roturas del envase. En el caso de Catalunya, además de los errores en la medicación o que ésta o su envase se encuentren deteriorados, el procedimiento establece que estos medicamentos puedan ser devueltos al SFH en caso de que el paciente esté ingresado o haya fallecido, se le haya modificado o interrumpido el tratamiento en una consulta posterior (presencial o telemática), o que transcurridos 7 días el paciente no haya recogido la medicación de la farmacia y el SFH haya pedido el retorno.

Del mismo modo que se ha descrito en otros componentes del procedimiento de DC, en la Comunidad Valenciana también existen diferencias entre hospitales en el proceso de retorno de medicación DHDH. En el Hospital General Universitario de Castellón no se definen en el protocolo los motivos de retorno de la medicación DHDH. En este hospital, el FC es responsable de gestionar la devolución de la medicación que no es recogida por el paciente. En el resto de los hospitales, por el contrario, sí se establecen los motivos para el retorno de los medicamentos DHDH, aunque esos motivos son diferentes entre los centros hospitalarios. En el Hospital Vega Baja de Orihuela las causas de devolución incluyen el fallecimiento del paciente, la pérdida de la cadena de frío, el rechazo del tratamiento y/o la suspensión médica del mismo. El fallecimiento del paciente también es un motivo de devolución previsto en el Hospital Universitario La Plana, así como el hecho de que el paciente no recoja su tratamiento y que haya errores en la dispensación. Finalmente, el Hospital General Universitario de Elche considera el error en el medicamento dispensado o cambios de tratamientos como causas para el retorno de la medicación al SFH/UFPE.

Por último, en Cantabria está previsto el retorno de la medicación al SFH en caso de que el paciente no la recoja en un período de 7 días, así como en caso de fallecimiento del paciente.

Tabla 4. Características del proceso de gestión de incidencias

	Andalucía	Cantabria	Catalunya	Comunitat Valenciana	Navarra
Gestión de incidencias en cualquier momento del procedimiento	Informatizada	Teléfono móvil y correo electrónico específico	El seguimiento es informatizado y la resolución se realiza por correo electrónico o telefónicamente con la coordinación del COF	Informatizada o telefónica-correo electrónico	Con la coordinación del COF
Procedimiento definido en caso de incidencias durante el traslado	No consta	✓	✓	✓	✓
Responsable de la gestión de incidencias durante el traslado	COF y CACOF	SFH	COF	SFH/UFPE	COF
Procedimiento definido si el paciente no retira el medicamento	✓	✓	✓	✓	No consta
Responsable de la gestión si el paciente no recoge la medicación	COF	SFH	SFH-COF	SFH/UFPE	No consta
Procedimiento para la devolución de medicación al SFH	✓	✓	✓	No consta	✗
Responsable de la gestión de la devolución de medicación al SFH	COF	No consta	COF	SFH/UFPE	No consta

3.1.16 Entrega a domicilio y extensión de la DC a otros medicamentos

Pese a que el programa de DC tiene como principal objetivo favorecer la entrega de los medicamentos DHDH en las farmacias comunitarias, existen casos en que los pacientes (o sus cuidadores) no están en condiciones de trasladarse a la FC para retirar los medicamentos. Por ello, **la mayoría de CCAA contemplan la posibilidad de que la propia FC entregue los medicamentos DHDH en el domicilio del paciente** (Tabla 5). Así es en Andalucía, Navarra, Cantabria y Comunitat Valenciana, aunque estas dos últimas CCAA restringen esta modalidad de entrega a casos puntuales. Catalunya es la única de las cinco comunidades donde no está prevista la entrega de la medicación en el domicilio del paciente desde la FC.

Solo dos de las CCAA analizadas utilizan el mismo circuito de DC para la entrega de otro tipo de medicamentos o productos sanitarios empleados por los pacientes (además de los DHDH). Es el caso de Cantabria, donde se emplea este circuito para la entrega de medicamentos utilizados en condiciones distintas a la ficha técnica y para medicamentos extranjeros cuando el paciente cumple los criterios de priorización establecidos. También es el caso de Catalunya, donde se utiliza este mismo circuito en varias circunstancias para la entrega de fórmulas magistrales, dietoterápicos y productos sanitarios de dispensación en el hospital en determinados pacientes.

Por otra parte, **todas las CCAA tienen prevista alguna modalidad de entrega “de proximidad” de los medicamentos DHDH desde los SFH a los pacientes sin la participación de la FC**, aunque con diferencias en el alcance de esos procedimientos. Andalucía, Catalunya, Cantabria y Comunitat Valenciana tienen prevista la entrega de estos medicamentos directamente al domicilio del paciente desde los SFH, aunque con matices en la aplicación de esta modalidad. En el caso de Andalucía, algunos hospitales implementaron este servicio mediante mensajería tradicional durante la alerta sanitaria por COVID-19. Catalunya dispone de un documento de buenas prácticas para la entrega de proximidad de medicamentos DHDH elaborada por la gerencia de medicamentos del CatSalut. En este documento se contempla la entrega de la medicación DHDH al paciente en un entorno cercano a su domicilio o en el propio domicilio de forma excepcional y si el estado clínico del paciente lo justifica, bajo la responsabilidad del SFH que lo dispensa. La entrega se debe realizar mediante un intermediario autorizado que garantice la conservación, seguridad y trazabilidad de los medicamentos hasta el punto de recogida o entrega al paciente. Según este documento, los centros donde se puede realizar la entrega en proximidad son los servicios de farmacia de otro hospital, farmacias comunitarias o centros de atención primaria que dispongan de un depósito de medicamentos autorizado. Por su parte, en Cantabria se define que esta modalidad de entrega debe estar limitada a aquellos pacientes que no puedan acudir a la FC. En la C. Valenciana, el SFH del Hospital La Fe realiza esta dispensación a través de asociaciones de pacientes y de centros de salud. Por último, en la Comunidad Foral de Navarra se realizan algunos envíos a domicilio a pacientes del área de salud de Pamplona. Cabe recordar que en esta autonomía solo se ha implementado el programa de DC en el área de salud de Estella.

Tabla 5. Entrega de medicación DHDH a domicilio y extensión de la DC a otros medicamentos.

	Andalucía	Cantabria	Catalunya	Comunitat Valenciana	Navarra
Posibilidad de entrega a domicilio desde FC	✓	✓	✗	✓	✓
Otros procedimientos para entrega de medicamentos DHDH desde SFH	✓	✓	✓	✓	✓
Se usa este circuito para medicamentos NO DHDH	✗	✓	✓	✗	✗

3.1.17 Formación relacionada con los programas de DC

Sólo Andalucía y Catalunya han realizado actividades de formación específica sobre los programas de DC destinada a los farmacéuticos comunitarios. En Andalucía se han realizado *webinars* formativos para las FC sobre la puesta en marcha de la herramienta “Servicio de Entrega de Medicación Hospitalaria” (SEMH) creada en la plataforma de servicios profesionales del CACOF (AxónFarma). Dichos *webinars* están permanentemente disponibles en la web de los COF andaluces. En Catalunya se ha puesto en conocimiento de todas la farmacias participantes el protocolo de actuación a la vez que se ha realizado un curso de formación sobre medicamentos DHDH a través del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona. Por otra parte, en noviembre de 2022 se realizó un curso de formación en el Colegio de Lleida impartido por el SFH del Hospital Arnau de Vilanova relativo a principios activos de medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria.

3.1.18 Remuneración a profesionales y Financiación del programa

Tal como se describe en la tabla siguiente (Tabla 6), solo en la Comunitat Valenciana las FC y los distribuidores reciben una remuneración por su participación en este programa de DC. Esto es así desde la firma en enero de 2023 del nuevo acuerdo entre la Consellería de Sanitat Universal y Salut Pública y los COF de Alicante, Castellón y Valencia. En este convenio se establece una cantidad fija de 7,5€ por dispensación, independientemente del número de medicamentos que incluya. Dicha cantidad incluye todos los conceptos de transporte, custodia y entrega del medicamento en la FC. En Catalunya, pese a que aún no se ha implementado un esquema de remuneración a las FC y los distribuidores, se está considerando actualmente entre administración y Colegios.

Tabla 6. Remuneración, financiación y evaluación de los programas de DC

	Andalucía	Cantabria	Catalunya	Comunitat Valenciana	Navarra
Formación a FC en DC	✓	✗	✓	✗	✗
Remuneración a distribuidor	✗	✗	✗	✓	✗
Remuneración a FC	✗	✗	✗	✓	✗
Financiación del programa DC	Privada	Pública	Sin financiación	Pública	Sin financiación
Evaluación de la DC	✓	✓	✓	✓	✗

La financiación del coste que implica la implantación y gestión de los programas de DC también presenta diferencias entre las CCAA. En Catalunya y Navarra no consta que exista una financiación pública específica adicional para estos programas, a diferencia de Cantabria y Comunitat Valenciana donde sí se ha establecido. En el caso de Cantabria, el coste de la medicación, el coste laboral del personal y del material de los SFH está a cargo del hospital y del Servicio Cántabro de Salud, mientras que en la Comunitat Valenciana la financiación del denominado plan asistencial de atención farmacéutica telemática (PAte) en las unidades de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE) se hace con cargo a los presupuestos generales de la Generalitat de 2023 mediante una partida específica para atención farmacéutica telemática.

Por su parte, en Andalucía el programa ha recibido financiación por parte del CACOF y del distribuidor farmacéutico Bidafarma, con el fin de contribuir a los costes del programa, específicamente para el desarrollo y mantenimiento de la plataforma AxónFarma.

3.1.19 Evaluación de los programas de DC

No hay en ninguna comunidad estudios de evaluación ni mecanismos de seguimiento específicos de estos programas que permitan conocer la actividad realizada, número de incidencias, indicadores de rendimiento, calidad de la atención y menos aún una evaluación económica o de impacto (sobre adherencia terapéutica por ejemplo) de estos programas. Todas las CCAA salvo Navarra contemplan algún tipo encuestas de satisfacción de los pacientes con la atención farmacéutica prestada por los SFH, no incluyendo de manera separada los programas de DC. Cantabria y la Comunitat Valenciana tienen previsto la elaboración de indicadores de actividad e impacto del programa de DC, mientras Catalunya está evaluando la posibilidad de realizar un estudio piloto para evaluar la repercusión de la DC sobre la adherencia de los pacientes. Pero son todos ellos proyectos que no han llegado a realizarse, y desde luego no existen datos ni información publicada sobre estos programas.

En cualquier caso, ninguna comunidad autónoma tiene previsto realizar una evaluación económica sobre los costes o ahorros que pueda significar la implantación de los programas de DC tanto para el sistema sanitario como para los propios pacientes y sus familias.

3.2 Resumen y principales hallazgos del estudio comparativo de los procedimientos de DC en las CCAA

El programa de DC se inició como respuesta a las limitaciones de movilidad que fueron impuestas en el contexto de la pandemia por COVID-19 en 2020, si bien ya existían previamente intenciones y algunas pruebas piloto de DC. Las experiencias de DC acontecidas en seis CCAA durante la pandemia fueron objeto de una evaluación realizada por el CGCOF cuyo informe fue publicado en 2021 (CGCOF, 2021).

Tras la flexibilización de esas restricciones iniciales, cinco CCAA han continuado o iniciado programas de dispensación colaborativa para los medicamentos DHDH, mejorando los procedimientos operativos de gestión de los programas iniciados durante la pandemia. Así lo muestra el análisis comparativo de dichos procedimientos que se muestra en este estudio.

Las diferencias entre las CCAA participantes son más de forma que de fondo y no condicionan el éxito de este programa ni el logro de los objetivos que persigue. De hecho, pese a las diferencias entre autonomías, existe una amplia satisfacción y apoyo a las experiencias en marcha por parte de todos sus actores, pero especialmente de los pacientes, como se demuestra en los estudios de opinión que forman parte de este estudio. Además, una de las principales fortalezas de este programa de DC es la progresiva colaboración entre los dos niveles de atención farmacéutica, hospitalaria y comunitaria, así como entre los Colegios Oficiales de Farmacéuticos y las autoridades sanitarias autonómicas, base fundamental para lograr la confianza necesaria en una modalidad de dispensación de los medicamentos hospitalarios de uso ambulatorio que, a nivel nacional, aun resulta incipiente.

Así pues, la comparativa sistemática realizada de los procedimientos utilizados por las cinco CCAA permite establecer los siguientes **hallazgos o características comunes principales de sus proyectos de dispensación colaborativa de medicación DHDH**:

ALCANCE DE LOS PROGRAMAS Y FORMALIZACIÓN DE ACUERDOS PARA SU DESARROLLO

1. Todos los programas autonómicos de DC cuentan con protocolos de procedimientos únicos y detallados establecidos por escrito y acordados entre las administraciones sanitarias, colegios de farmacéuticos, servicios de farmacia hospitalaria y farmacias comunitarias participantes. Si bien, en la Comunitat Valenciana se han observado diferencias en algunos procedimientos según los hospitales.
2. Los programas de DC abarcan todo el territorio de las CCAA participantes, con la excepción de la Comunidad Foral de Navarra, donde solo se ha implantado por el momento en una de las tres áreas de salud (aunque se está considerando su extensión a otras), y Andalucía donde participan 16 SFH de los 32 existentes, localizados en las ocho provincias andaluzas.
3. En general todas las FC tienen la oportunidad de participar en la DC, siendo excepcional las que deciden no hacerlo. Ello permite al paciente elegir la farmacia más próxima, cómoda o de su confianza prácticamente sin restricciones. En el caso de los SFH, no en todas las CCAA participan todos los SFH involucrados. De hecho tanto en Andalucía (16 SFH participantes de un total de 32 existentes) como en Navarra (uno de tres), no todos los SFH deciden participar en la DC.

SELECCIÓN DE PACIENTES, COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES Y CON LOS PACIENTES Y FORMACIÓN

4. En todas las CCAA los SFH son quienes seleccionan a los pacientes a los que se ofrece participar en la DC, de acuerdo a criterios de selección (y en algunos casos de exclusión) previamente establecidos. Los criterios más comunes son el de tiempo y estabilidad del tratamiento, características de la medicación, condiciones clínicas y autonomía del paciente, adherencia al tratamiento y lugar de residencia (lejanía o dificultad de transporte al hospital).

5. En todos los casos, el paciente debe otorgar su consentimiento informado, el cual se recoge en la propia aplicación del programa o en la historia clínica electrónica del paciente. En ocasiones es suficiente con que el paciente manifieste verbalmente su consentimiento y un profesional deje constancia por escrito. En todos los casos el paciente es quien elige la farmacia comunitaria de su conveniencia para retirar la medicación.
6. Todas las CCAA participantes tienen establecidos mecanismos de comunicación directa entre los SFH y las FC para facilitar la gestión y coordinación del proceso. En el caso de Catalunya, además de la comunicación directa es frecuente recurrir a los COFs para realizar esta función. En algunas CCAA los COF desarrollan un papel de intermediador y gestor del programa más importante (Cantabria, Catalunya y Comunitat Valenciana). En todo caso los COF han jugado un papel primordial en el liderazgo, coordinación con las autoridades, preparación de los procedimientos técnicos y difusión del programa entre las FC.
7. Salvo en el caso de Andalucía y Catalunya, en el resto de CCAA no se ha considerado necesario realizar ninguna formación complementaria a las FC o SFH participantes. Tanto Andalucía como Catalunya han impartido seminarios o cursos de formación sobre la gestión del programa, plataforma informática e incluso sobre los principios activos involucrados.

INICIO DE LA DC, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

8. Siempre se inicia el procedimiento con una visita de atención farmacéutica hospitalaria presencial, que en algunos casos puede ser telefónica, para informar al paciente.
9. En todos los casos los SFH son responsables de hacer el seguimiento farmacoterapéutico del paciente. Solo en dos autonomías se prevé dentro de los procedimientos la posibilidad de consejo farmacéutico por parte del farmacéutico comunitario sobre la medicación DHDH. Es por ello que el papel de la FC dispone de un amplio margen de desarrollo.

TRAZABILIDAD DEL PROCEDIMIENTO, PRIVACIDAD Y GESTIÓN DE INCIDENCIAS

10. Tres CCAA (Andalucía, Catalunya y Comunitat Valenciana) cuentan ya con plataforma digital de gestión de los programas de DC, cuya funcionalidad es muy bien valorada por quienes la utilizan. Todos los agentes, salvo los pacientes, tienen acceso al seguimiento de la medicación en dichas plataformas. En cualquier caso, en todas las CCAA se garantiza la trazabilidad completa del circuito del medicamento desde su salida del hospital hasta su entrega al paciente. En las otras dos autonomías sin plataforma informática, la trazabilidad aún se realiza en papel.
11. Todos los procedimientos establecen la garantía de privacidad para el paciente tanto en el transporte como en la entrega de la medicación. Tres CCAA exigen, en ese sentido, condiciones especiales de infraestructura o procedimientos de trabajo en las FC que deseen participar en estos programas.

12. Todas las CCAA disponen de procedimientos específicos de gestión de las incidencias que se puedan dar en cualquier etapa del procedimiento. En el caso de Navarra y Catalunya dichas incidencias se gestionan a través de los COFs. En todos los casos se prevé la posibilidad de retorno de la medicación al SFH ante diferentes incidencias, incluida la falta de retirada de la medicación por el paciente, por lo que el sistema asegura que no se produzcan “pérdidas” de medicación.

DISTRIBUCIÓN DEL MEDICAMENTO ENTRE EL SFH Y LA FC

13. En todos los casos se utilizan DF autorizados para hacer el traslado de la medicación desde los SFH a las FC, lo cual garantiza que el medicamento se encuentre en todo momento dentro de un circuito farmacéutico controlado profesionalmente. El número de distribuidores participantes varía en función de las autonomías, e incluso de los hospitales participantes. La frecuencia de distribución es muy alta, siendo en general de 24-48 horas.

ENTREGA A DOMICILIO, OTRAS MODALIDADES DE DISPENSACIÓN DE PROXIMIDAD Y EXTENSIÓN A OTROS MEDICAMENTOS O PRODUCTOS SANITARIOS

14. Las comunidades de Andalucía, Catalunya y Comunitat Valenciana prevén la posibilidad de establecer otros procedimientos de dispensación hospitalaria de proximidad con envío de la medicación al domicilio del paciente desde los SFH. En general estas modalidades se limitan a algunos hospitales concretos y/o pacientes especiales. En algunos casos la entrega se hace al domicilio del paciente mediante servicios de mensajería (algunos hospitales andaluces), en otros a través de centros de salud o asociaciones de pacientes (Hospital La Fe de Valencia).
15. En dos CCAA se utiliza el programa de DC para dispensar además otros tratamientos (fundamentalmente dietoterápicos, fórmulas magistrales o productos sanitarios).
16. Todas las CCAA, excepto Catalunya, prevén la posibilidad de entrega a domicilio de los medicamentos DHDH por parte del FC cuando el paciente no se puede desplazar a la farmacia.

REMUNERACIÓN Y FINANCIACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE DC

17. Excepto en la Comunitat Valenciana, donde se ha establecido el pago a la FC de una cantidad fija de 7,5€ por cada dispensación DHDH, en el resto de las autonomías los programas de DC siguen careciendo de una remuneración específica a la FC o al distribuidor, por lo que están operando en condiciones de colaboración desinteresada. Es obvio que este es un aspecto que deberá abordarse en un futuro si se desea dar sostenibilidad a estos programas. De la misma manera será necesario abordar el eventual refuerzo o reorganización de recursos técnicos o humanos necesarios en los SFH para llevar adelante estos programas, que exigen un mayor esfuerzo de preparación de envíos. En el caso de Andalucía, el propio CACOF ha contribuido financieramente a suplir una parte de los costes del programa mediante la financiación de la plataforma Axonfarma.

EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE DC

18. Hay una carencia generalizada de mecanismos de monitorización y evaluación de estos programas de DC, de manera que es muy difícil conocer datos de actividad, incidencia, calidad del servicio y menos aún impacto sanitario, económico y social. Solo dos CCAA afirman tener prevista en el futuro una evaluación de la actividad, funcionamiento e impacto del programa. Esta es una asignatura pendiente de la DC, como se demuestra también por las dificultades encontradas por este estudio para recabar información e indicadores de funcionamientos de los programas en marcha.

4. Evaluación del funcionamiento e impacto económico, social y medioambiental de los programas de dispensación colaborativa

4.1 Evaluación del funcionamiento e impacto de los programas de DC en funcionamiento

4.1.1 Objetivos y métodos

Una vez descritas las características de funcionamiento de los programas de dispensación colaborativa en marcha, este estudio se propuso valorar:

1. la extensión y alcance del programa de DC en términos de volumen de actividad, pacientes beneficiarios, número y tipo de dispensaciones realizadas.
2. comparar una batería de indicadores de funcionamiento del proceso de las diferentes experiencias analizadas: frecuencia de distribución, número de dispensaciones por farmacia, número de incidencias, tiempos de proceso,
3. estimar el impacto social (horas de productividad perdidas o tiempo de desplazamiento empleado), económico directo (costes para el ciudadano y para el sistema de salud), indirecto (valoración de la productividad perdida) y medioambiental (efectos sobre la huella de carbono).

Con este fin, se solicitaron un conjunto de datos homogéneos a las cinco CCAA con programas de dispensación colaborativa y se realizaron reuniones individuales con cada una de ellas, con el objetivo de validar y ampliar en su caso los datos recibidos. La información se recabó a través de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, los cuales en la mayoría de los casos solicitaron dicha información a sus respectivos servicios autonómicos o consejerías de salud.

Por otra parte, con el fin de llegar a una valoración del impacto multidimensional de la DC se han empleado junto con los datos anteriores de funcionamiento, los resultados de las encuestas sobre la experiencia de la dispensación colaborativa realizadas a 48 pacientes durante julio a septiembre de 2023 presentadas en este estudio, con el fin de estimar algunas variables necesarias para el cálculo de dicho impacto (por ejemplo: distancia, tiempo, número y coste de bolsillo de los desplazamientos al hospital antes y después de la instauración del programa de dispensación colaborativa).

4.1.2 Resultados informados

Los datos recibidos de las CCAA no resultaron completos ni homogéneos en muchas ocasiones, debido a diferencias en la manera de medir la actividad de los programas (por ejemplo a la hora de diferenciar entre medicaciones o “paquetes” diferentes, periodos de tiempo reportados, número de pacientes externos totales en los servicios de farmacia hospitalaria). Además, ninguna de las CCAA pudo ofrecer información sobre costes de realización del programa. De esa manera, hubo que replantear y reducir el plan de análisis previsto inicialmente. No obstante lo cual, en los siguientes apartados se muestran las estimaciones que se han podido realizar, así como la metodología de cálculo, teniendo en cuenta la limitada calidad de los datos reportados.

4.1.3 Dimensionamiento actual y actividad realizada por los programas de DC

Casi 30.000 pacientes diferentes han participado en los cinco programas de DC durante el período reportado por las cinco comunidades autónomas. La suma del período reportado es de 83 meses aunque no todas las CCAA reportaron periodos iguales¹. Hay que tomar en cuenta que en el caso de Catalunya, aunque el programa de DC está extendido en toda la comunidad, los datos reportados hacen referencia únicamente a los pacientes atendidos por el SFH del Parc de Salut Mar (7.742 pacientes en un período de doce meses). En Andalucía, un total de 17.103 pacientes han participado de este programa durante el período informado (29 meses), donde solo 16 SFH de los 32 pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud participan en el programa de DC. Asimismo, y como ya se ha dicho también, en Navarra solo el área de salud de Estella, un área relativamente pequeña, tiene implantada la DC, donde durante los treinta meses informados han participado 105 pacientes. En el caso de Cantabria, durante los seis meses reportados han sido incluidos 3.768 pacientes en DC. En la Comunidad Valenciana el número de pacientes en DC es de 1.084 durante los seis meses reportados. Estas cifras permiten calcular la participación de 4.300 pacientes/año en el programa de DC en el conjunto de las cinco CCAA, de acuerdo con la información facilitada (sin extrapolar para la población de pacientes de Catalunya que son beneficiarios del programa de DC pero no han sido reportados).

Las farmacias comunitarias participantes de las cinco CCAA han dispensado 480.242 envases de medicamentos DHDH en los 83 meses que suman los períodos de análisis de cada una de las autonomías participantes. **Ello permite estimar en cerca de 69.500 dispensaciones/año en el marco de los cinco programas de DC** (sin incluir aquí tampoco la información completa de Catalunya).

El número de incidencias relacionadas con el programa de DC es muy bajo, poco más de 700 en las cuatro CCAA en las que se cuenta con datos, ya que no se ha recibido el número de incidencias en Andalucía.

El porcentaje de FC que participan activamente del programa de DC es elevado, casi el 60% de las FC que pueden participar de este programa han recibido al menos una vez medicamentos DHDH.

¹ Algunas CCAA han reportado datos relacionados con la actividad realizada durante seis meses del año 2022, mientras que otras autonomías han incluido datos desde 2020 correspondientes a más de dos años de funcionamiento del programa de DC.

Las 29.802 personas que han sido beneficiarias de estos cinco programas equivaldrían a 4.300 pacientes/año en DC, un número muy inferior a los 586.000 pacientes externos que cada año reciben medicamentos DHDH en estas autonomías. Esta estimación del número total de pacientes que reciben medicamentos DHDH cada año en las cinco comunidades autónomas se ha realizado a partir de los datos publicados por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y presentados en el *Estudio y valoración de experiencias de dispensación colaborativa de medicamentos de Diagnóstico hospitalario y Dispensación hospitalaria (DHDH) durante la COVID-19* (CGCOF, 2021; SEFH, 2019). Allí se identificó que el 2,6% de la población, cerca de un millón de personas en el conjunto de España, recibe tratamiento con medicamentos DHDH cada año.

4.1.4 Estimación del impacto social, económico y ambiental de los programas de DC en funcionamiento

Pese a que la DC tiene un amplio espacio de crecimiento potencial en España, es posible reconocer el impacto que tiene actualmente el programa de DC en las CCAA analizadas. Para ello, a partir de los resultados de las encuestas a un grupo de 48 pacientes que han participado en estos programas de DC y de algunos ratios publicados en fuentes oficiales, se han estimado una serie de valores que permiten cuantificar, si quiera de manera orientativa, el impacto social, económico y medioambiental que ha supuesto que los 4.300 pacientes/año que participan de la DC retiren sus medicamentos DHDH en una farmacia comunitaria de proximidad, y no deban trasladarse hasta los hospitales donde recogían antes su medicación.

Con el objetivo de estimar el impacto actual de la DC en las CCAA analizadas se calculó la mediana de las siguientes variables, excepto en el caso del número de visitas al SFH evitadas en que se utilizó la media (un número inferior a la mediana) por criterio del Comité Director:

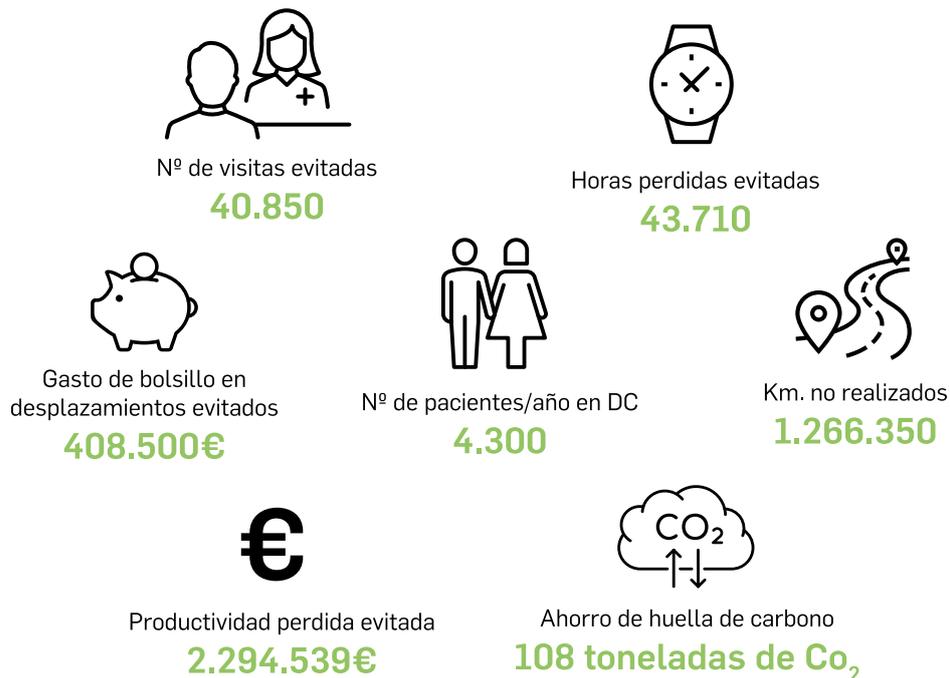
- **Visitas al SFH evitadas** (media): 9,5 visitas al año por paciente.
- **Kms. de desplazamiento evitados:** una mediana de 31 km para retirar los medicamentos DHDH (15,5 km por trayecto).
- **Horas perdidas evitadas:** se utiliza una mediana de 64 minutos en cada visita al SFH, equivalentes a 1,07 horas. Ello surge de la suma de los 51 minutos necesarios para trasladarse desde el domicilio hasta el hospital y regresar al domicilio, y los 13 minutos de espera en el SFH reportados por los pacientes encuestados.
- **Productividad perdida evitada:** para realizar este cálculo se consideró el porcentaje de pacientes entre 18 y 64 años (población en edad de trabajar) según las encuestas a pacientes realizadas para este estudio (66,8%), al cual se restó el porcentaje de desempleo registrado en España en el primer trimestre de 2023 (11,6%) (INE, s.f.a). Ello permite estimar que 2.374 pacientes que participan del programa de DC en las CC. AA. incluidas en este estudio son personas ocupadas.
- Se multiplicó el número de horas perdidas en personas ocupadas por 95,1€, de acuerdo con el valor de la productividad por persona empleada y hora trabajada en España publicada por Eurostat (Eurostat, 2023).
- **Gasto de bolsillo para el paciente por desplazamientos al hospital:** la mediana de gasto informada por los pacientes es de 10€ por cada visita al SFH (5€ por trayecto).

- **Huella de carbono evitada:** se estimó a partir de las emisiones promedio de CO₂ por pasajero y km recorrido, asumiendo que la mitad de pacientes se desplazan en coche particular y la otra mitad en autobús urbano (huella de CO₂ de 121 g/pkm y 49 g/pkm respectivamente), de acuerdo con los datos publicados por el Instituto para la Diversificación y Ahorro de la Energía (IDAE, s.f.).

Los resultados que se presentan en la siguiente infografía (Gráfico 1) muestran que por cada año de funcionamiento de los cinco programas se evitan cerca de 41.000 visitas a los hospitales y se observa un ahorro superior a los 400.000 euros en el gasto total de bolsillo de los pacientes por desplazamientos al hospital.

Asimismo, los programas de DC evitan la pérdida de más de 43.000 horas al año en desplazamientos, y casi 1,3 millones de kms. al año para desplazarse hasta los hospitales. Por su parte, se estima un ahorro de cerca de 2,3 millones de euros (M€) por la pérdida de productividad evitada en el grupo de personas ocupadas. Finalmente, el impacto ambiental de los programas de DC en estas comunidades autónomas supone un ahorro de más de 100 toneladas de CO₂ al año.

Gráfico 1. Estimación del impacto social, económico y medioambiental por año de los actuales programas de DC



Fuente: Estimaciones propias.

Hay que volver a insistir que estos datos infradimensionan significativamente el impacto real de los programas de DC actuales ya que en el caso de Catalunya solo se contó con datos de un hospital, a pesar de que el programa se haya extendido en toda la comunidad autónoma.

4.1.5 Crecimiento potencial del programa de DC en las CCAA analizadas

Como se mencionó previamente, el programa de DC abarca un número de pacientes aún bajo respecto del total de pacientes externos en tratamiento con medicación DHDH en las CCAA participantes, por lo que el potencial de crecimiento en estas mismas comunidades es importante. En la Tabla 7 se estima la cantidad total de pacientes que podrían beneficiarse de la DC en las cinco CCAA participantes en el proyecto, de extenderse progresivamente el programa de DC. Para ello se presentan diferentes escenarios con porcentajes crecientes de pacientes con medicación DHDH que son incluidos en el programa de DC.

Tabla 7. Estimación del número potencial de pacientes en DC según comunidad autónoma participante y diferentes escenarios de inclusión.

Comunidad Autónoma	Población (media de los cuatro trimestres de 2022)	Pacientes externos con DHDH estimados (2,6%)	25% de los pacientes DHDH en DC	50% de los pacientes DHDH en DC	75% de los pacientes DHDH en DC	100% de los pacientes DHDH en DC
Andalucía	8.466.000	220.116	55.029	110.058	165.087	220.116
Cantabria	578.400	15.038	3.760	7.519	11.279	15.038
Catalunya	7.592.200	197.397	49.349	98.699	148.048	197.397
Comunitat Valenciana	5.058.700	131.526	32.882	65.763	98.645	131.526
Comunidad Foral de Navarra	651.700	16.944	4.236	8.472	12.708	16.944
TOTAL	22.347.000	581.021	145.256	290.511	435.767	581.021

Fuente. Elaboración propia a partir de INE (s.f.b) y CGCOF (2021).

Como se puede observar en la tabla anterior, se estima que existen un total de 581.021 pacientes externos con medicación DHDH en estas cinco CCAA, cuando los datos que nos han reportado los programas incluyen solo 4.300, es decir un 0,7% del total. El potencial de crecimiento es por tanto enorme, inclusive si asumimos que solo un 50% del total de pacientes externos cumpliera los criterios establecidos en los procedimientos para pasar a DC, los cuales harían una cifra de 290.511. Es decir, el impacto estimado en la anterior sección de la DC en estas CCAA fácilmente se podría multiplicar en ese caso por un factor de 67,5.

4.2 Extrapolación del impacto del programa de DC a nivel nacional

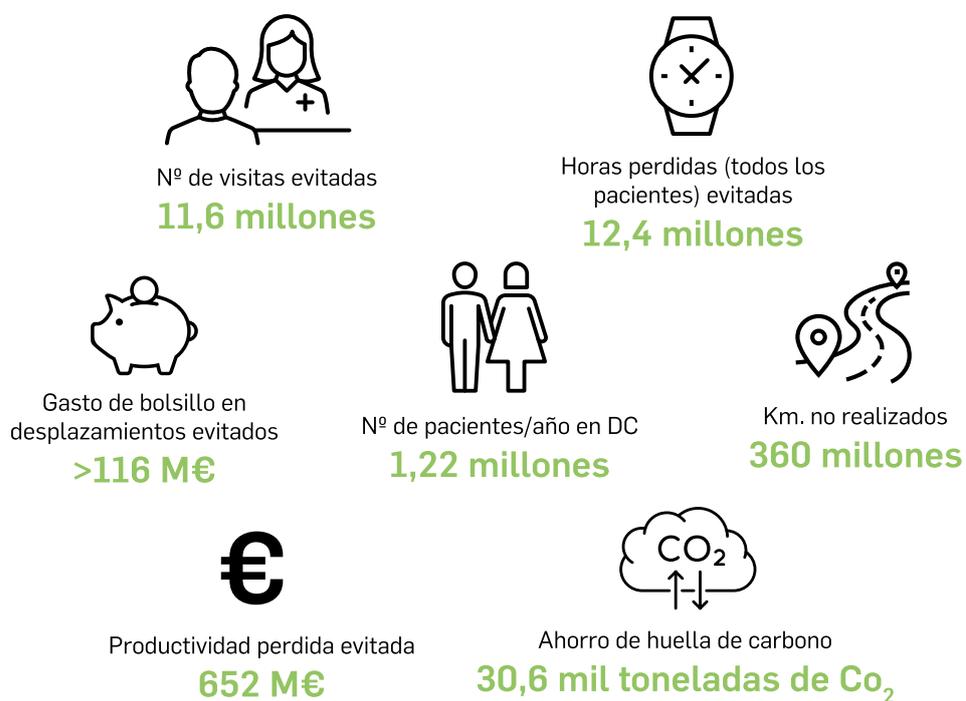
A partir de los datos anteriores, en esta sección buscamos obtener un rango estimativo del impacto económico, social y medioambiental que un programa de DC podría tener de extenderse en el conjunto del sistema nacional de salud (SNS). Para la realización de los cálculos se han utilizado los mismos datos que se presentaron previamente en la estimación del impacto actual de los programas de DC en las cinco CCAA participantes y se ha considerado la media de la población en los cuatro trimestres de 2022 en España² (INE, s.f.b). Ello permite estimar que algo más de 1,22 millones de personas están en tratamiento con medicación DHDH en el país (un 2,6% de la población total).

En la siguiente infografía (Gráfico 2) se observa que si se extendiera el programa de DC a todos los pacientes en tratamiento con medicamentos DHDH en España podría evitarse un gasto de bolsillo para los pacientes superior a los 116 M€ al año y la pérdida de 12,4 millones de horas por desplazamientos al hospital, correspondientes a los 11,6 millones de visitas al hospital evitadas cada año. Asimismo, se evitaría una pérdida de productividad de 652 M€ al año y una reducción de la huella de carbono de casi 31 mil toneladas de CO₂.

Y en el caso de extenderse a la mitad de los pacientes con medicación DHDH en el conjunto del SNS, los datos de impacto serían, lógicamente, la mitad: un ahorro de 58 M€ de gasto de bolsillo para los pacientes, 6,2 millones de horas perdidas, 326 M€ de productividad perdida y 15,3 mil toneladas de CO₂ evitadas cada año.

² 47.018.100 personas.

Gráfico 2. Estimación del impacto social, económico y medioambiental por año en el caso de una extensión completa del programa de DC en España a todos los pacientes en medicación DHDH



Fuente: Estimaciones propias.

4.3 Discusión sobre el análisis de funcionamiento e impacto

El programa de DC es una realidad en varias comunidades autónomas del país y pese al esfuerzo de todas ellas para implantar y gestionar la DC, no se han identificado sistemas de monitorización ni indicadores de funcionamiento que permitan evaluar adecuadamente este programa.

Hemos tratado de recoger información que permitiera realizar un análisis cuantitativo y comparativo entre las comunidades autónomas participantes, pero no ha sido posible contar con esa información, ya sea porque no se recoge o porque se utilizan criterios no homogéneos. Este hecho es un llamamiento en sí mismo para que, tanto los programas existentes como los venideros establezcan un sistema de información robusto, que permita monitorizar el funcionamiento de estos programas, así como evaluar sus resultados y sus costes.

A partir de los resultados de las encuestas a pacientes y de datos oficialmente publicados, se ha estimado el impacto social, económico y medioambiental que tendría actualmente el programa de DC, de acuerdo con el número de pacientes que se han reportado y que, como se ha mencionado, es un inferior al del número de pacientes que actualmente son beneficiarios del programa. Por tanto **las estimaciones infraestiman el valor del impacto actual. Aun así, dicho impacto es significativo, y más aún su potencial efecto, de extenderse a un mayor número de pacientes en las cinco CCAA que ya cuentan con la DC, y sobre todo en caso de ampliarse al conjunto de la población española de manera progresiva.**

5. Principales hallazgos del estudio de opinión realizado a profesionales farmacéuticos, pacientes y responsables de prestación farmacéutica

A continuación se presentan de manera resumida los principales hallazgos de las encuestas de opinión realizadas a farmacéuticos de ambos niveles asistenciales (comunitarios y hospitalarios), pacientes y responsables de prestación farmacéutica de ámbito autonómico. Los resultados detallados y sus gráficos se pueden encontrar en el Anexo IV.

5.1 Encuestas a Farmacéuticos comunitarios

Se realizaron 26 encuestas online a farmacéuticos comunitarios participantes en los programas de dispensación colaborativa en funcionamiento de las cinco Comunidades Autónomas (Andalucía, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana y Navarra).

Más de la mitad (54%) de los FC consideraron la información suministrada a los pacientes muy buena, o buena (42%); así como la información que los propios FC han recibido sobre el programa. Por otra parte, las incidencias durante la dispensación colaborativa han sido escasísimas, no habiéndose producido pérdida de medicación en ningún caso, según reportan los farmacéuticos encuestados. La práctica totalidad de ellos (96%) opina que en todo momento se garantiza la privacidad del paciente durante la dispensación colaborativa. También manifiestan una muy buena valoración de los canales de comunicación disponibles durante las diferentes fases del circuito, con la excepción de la comunicación entre FH y FC, que resulta solo aprobada (5,69 sobre 10).

Todos los FC encuestados creen que la dispensación colaborativa tiene un impacto positivo en la calidad de la prestación farmacéutica. En concreto, le dan gran valor a la mayor adherencia al tratamiento (96%) seguida de la reducción de pérdidas de medicamentos (65%), una mejor farmacovigilancia (54%) y la conciliación con el resto de la medicación (50%). El grado de satisfacción global con la dispensación colaborativa es muy alto. Destacan, el valor que aporta en cuanto a la facilidad y comodidad para el paciente (9,6 sobre 10), la aportación a la sostenibilidad del sistema sanitario (9,3) y la mejor actuación profesional (8,9).

Como mejoras deseables consideran que debería existir una mayor información al FC sobre el medicamento DHDH que dispensa (85%), un mayor número de pacientes participantes (73%), aumentar el rol profesional del FC (73%), y una mejor comunicación entre todos los farmacéuticos involucrados en la cadena de DC (69%).

5.2 Encuestas a Farmacéuticos hospitalarios

Se realizaron 21 encuestas online a FH participantes en los programas de dispensación colaborativa de las cinco Comunidades Autónomas (Andalucía, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Navarra). Los SFH encuestados atienden una media de 177 pacientes externos con medicación DHDH diariamente. Casi el 10% de los FH refieren atender más de 250 pacientes externos por día en su servicio.

Para algo más de la mitad (54%) de estos FH, la información suministrada a los pacientes ha sido buena, aunque aún refieren algunas dudas, y para un tercio ha sido muy buena (33%). La mayoría de los FH encuestados (42,9%) considera que los pacientes que ahora reciben el medicamento DHDH en las FC han sido bien seleccionados. Hay una misma proporción que opinan que hay más pacientes que podrían ser seleccionados, que la de quienes opinan que hay pacientes seleccionados que deberían continuar retirando su medicación en el SFH (19% en cada caso). 57% de los FH opina que el paciente siempre debería ser visto por un FH cuando se inicia o se cambia un nuevo tratamiento; 33% opinan que solo es necesario que el paciente sea visto por un FH en el caso de algunos medicamentos. Por los datos de pacientes externos tras pasados a DC que se informan, se observa que todavía es muy limitado el número de pacientes en medicación DHDH que se benefician de la DC en estas comunidades.

A diferencia de los FC encuestados, gran parte de los FH refieren haberse encontrado con alguna incidencia durante el proceso de dispensación colaborativa (85%). De entre quienes refieren alguna incidencia (18 de 21), la más común es algún retraso en los envíos (78%), seguida de errores de medicación o dosis (33%), deterioro en el paquete (33%) o pacientes no notificados (28%).

También los FH muestran una buena valoración de los canales de comunicación para gestionar los diferentes pasos del programa, especialmente la comunicación con el paciente cuanto este tiene dudas sobre el medicamento (8,5 sobre 10). Para la gran mayoría de los SFH la DC ha supuesto una carga de trabajo adicional significativa (90%). Para el 43% se ha resuelto con recursos adicionales, y para el restante 48% se han dispuesto más recursos, aunque insuficientes.

La gran mayoría de los FH encuestados (91%) creen que la DC tiene un impacto positivo en la calidad de la prestación farmacéutica. En concreto, creen que permite una mayor adaptación a las circunstancias de fragilidad del paciente (95%), una mayor adherencia al tratamiento (47%), así como un mejor seguimiento y consejo farmacéuticos (37% cada una de ellas). El grado de satisfacción de los FH con la dispensación colaborativa es alto a nivel global (7,5 sobre 10). Destacan el valor que aporta en cuanto a la facilidad y comodidad para el paciente (9,14).

Como mejoras deseables a los procedimientos actuales, los FH consideran que debería haber una mejor comunicación entre profesionales (52%), una mejor comunicación con el paciente (48%), una mejor gestión de incidencias (48%) y una mayor extensión a nuevos pacientes (43%).

5.3 Encuestas a pacientes

Se realizaron 48 encuestas online a pacientes participantes en los programas de dispensación colaborativa de las cinco Comunidades Autónomas (Andalucía, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Navarra). La selección de todos los pacientes se llevó a cabo desde los servicios de farmacia hospitalaria de los hospitales participantes en la dispensación colaborativa.

El 48% de los pacientes reside a más de 20 km. del hospital donde recogían su medicamento DHDH, y un 19% a más de 50 km. Casi un cuarto de los pacientes (22,9%) han faltado alguna vez al trabajo con el fin de acudir a recoger el medicamento DHDH en el SFH. Una mayoría, en cambio, (77%) no ha necesitado faltar. Más de la mitad de los pacientes (58%) refieren gastar 5 euros o más en cada trayecto para ir a recoger el medicamento DHDH en el SFH, mientras para el 29% de los pacientes el coste por trayecto es mayor de 15 euros. En cuanto al periodo en el que llevan acudiendo al SFH para recoger la medicación DHDH, dos tercios de los pacientes (69%) llevan más de 3 años, y un 21% llevan 10 años o más.

La mayoría de los pacientes (58,4%) afirma que han tenido que esperar entre 5 y 20 minutos para poder recoger su medicamento DHDH en el SFH, y una cuarta parte de los pacientes señala que han sido más de 30 minutos de media. En cambio, el 92% afirma que no tiene que esperar más de 5 minutos para recoger su medicamento DHDH en la FC.

Lo que más valoran los pacientes de recoger sus medicamentos DHDH en la FC es no emplear tiempo en trasladarse (98%) y el ahorro del dinero necesario para los traslados (94%), así como la mayor amplitud de horarios (69%). Aunque casi dos de cada tres pacientes (65%) no encuentran ventajas en recoger sus medicamentos DHDH en el SFH, un número significativo de pacientes (21%) considera que le explicaban con más detalle los medicamentos DHDH que estaba tomando en el SFH y que el FH estaba mejor preparado para dispensar esta medicación.

La confianza de los pacientes en los profesionales que entregan la medicación DHDH es superior en el modelo de DC. La confianza plena asciende de un 65% cuando la dispensación se hace en el servicio de farmacia hospitalaria al 81% cuando se realiza en el modelo de dispensación colaborativa con la participación de la farmacia comunitaria.

La inmensa mayoría de los pacientes (98%) opinan que se respeta plenamente la privacidad del paciente durante la entrega del medicamento DHDH en la FC. Por otra, al igual de lo que referían los FC, la gran mayoría de pacientes (92%) no han tenido incidencias durante la recogida del medicamento DHDH en la FC.

El 85% de los pacientes se muestran totalmente satisfechos con la DC, en comparación con el 48% que se mostraba totalmente satisfecho cuando recibía la medicación en el SFH. Finalmente, todos los pacientes encuestados recomiendan unánimemente continuar con este modelo de dispensación colaborativa.

5.4 Encuestas a Responsables de prestación farmacéutica

En este caso se realizaron 11 encuestas online a seis responsables de ámbito autonómico de prestación farmacéutica o de asistencia sanitaria de Comunidades Autónomas sin proyectos de dispensación colaborativa (DC) en la actualidad y a cinco responsables del mismo perfil en las cinco CCAA con proyectos de DC en funcionamiento (Andalucía, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Navarra).

Los aspectos más valorados de la DC por todos los responsables con o sin esta modalidad de dispensación son la mayor facilidad, comodidad y satisfacción para el paciente (80% de los responsables con DC y 67% de los responsables sin DC), así como la mayor integración y aprovechamiento de la red de FC en el SNS (80% de los responsables con DC y 67% de los responsables sin DC).

Los responsables sin DC consideran en primer lugar que la dispensación hospitalaria garantiza mejor la seguridad y trazabilidad del medicamento DHDH (40%), mientras que los responsables con DC consideran en primer lugar que la dispensación hospitalaria es mejor para el seguimiento del paciente por la colaboración entre el SFH y los servicios médicos.

Los responsables con DC valoran muy positivamente todas las dimensiones de la DC (7,4 sobre diez), especialmente la integración y labor del distribuidor (8), la trazabilidad del medicamento (7,8), la colaboración y adaptación de las FC (7,6) así como la comunicación con el paciente (7,6). Tanto para los responsables con DC como para aquellos que no la tienen, la mayor barrera para la implantación de la DC es la resistencia por parte de los SFH, seguido de los recursos adicionales solicitados por estos servicios (80% de los responsables con DC y 50% de los responsables sin DC).

Para los responsables con DC el aspecto a mejorar, por encima del resto, es la digitalización de todo el proceso (80%), y en segundo lugar, exaequo (60%): la comunicación interprofesional, la formación del FC y la resolución de incidencias.

De los responsables sin DC, la mayoría (66,7%) se muestra favorable a implantar la DC en su Comunidad Autónoma. No obstante, un porcentaje menor, uno de cada dos responsables sin DC, espera implementar la DC en su Comunidad Autónoma. Por su parte, todos los responsables con DC creen que este tipo de colaboración en la dispensación debería extenderse al conjunto del SNS. Este porcentaje de quienes opinan que debería extenderse en todo el SNS desciende al 67%, todavía una mayoría, entre los responsables de prestación farmacéutica sin DC en su comunidad actualmente.

6. Recomendaciones de Buenas prácticas en DC

A partir del análisis comparativo de la experiencia de estas cinco CCAA y de la deliberación del Comité Director del estudio, se proponen una serie de **Recomendaciones de Buenas Prácticas** orientadas a mejorar los procedimientos de dispensación colaborativa, tanto en las autonomías que ya la tienen implementada, como en aquellas otras a las que podría extenderse este programa:

1. Asegurar la **participación activa de todos los actores involucrados** (pacientes, administración sanitaria, Servicios Autonómicos de Salud, Colegios Oficiales de Farmacéuticos, SFH y distribuidores) desde la fase de diseño de los programas de DC.
2. Determinar con claridad en los acuerdos y procedimientos del programa los criterios de **selección de los pacientes** a los que se ofrece participar en los programas de DC. **Ofrecer de manera proactiva la participación en los programas de DC a todos los pacientes candidatos y establecer los objetivos de alcance y extensión de los programas de antemano y periódicamente. Evitar distinciones entre los pacientes en tratamiento con medicación DHDH no justificada por criterios técnicos objetivos.**
3. Desarrollar e implementar el uso de **plataformas informáticas** para la gestión de todo el procedimiento, **automatizando todas las tareas precisas** y dando acceso a todos los actores de acuerdo a sus necesidades de información y transacción. **Incorporar a los pacientes en estas aplicaciones** de acuerdo a sus necesidades (información sobre la disponibilidad del medicamento, emisión de consentimiento, elección o modificación de farmacia, seguimiento de adherencia, avisos para reponer medicación, consultas farmacéuticas, y para la valoración de su satisfacción).
4. Utilizar un **repositorio único de consentimientos informados informatizado**, para dejar constancia inequívoca y segura de dicho consentimiento.
5. Asegurar la realización de una **consulta farmacéutica hospitalaria**, ya sea presencial, telemática o telefónica, y **farmacéutica comunitaria**, antes de incorporar a un paciente a la DC, y después según una pauta comúnmente establecida y dependiendo de las características del paciente y la medicación.
6. Garantizar la **privacidad y confidencialidad** de los pacientes de extremo a extremo, tal como ya se viene realizando, definiendo qué datos deben ser conocidos por los diferentes actores de la cadena de atención farmacéutica.
7. Definir los **criterios para permitir la entrega de la medicación DHDH en el domicilio del paciente por la FC.**
8. Garantizar **vías de contacto ágiles y seguras de los pacientes tanto con el SFH como con la FC**, y asegurar que los pacientes conocen el procedimiento para la resolución de sus dudas y posibles incidencias.

9. Establecer las **soluciones que se deban implementar ante las diversas incidencias** (retrasos, falta de recogida por parte del paciente, errores o cambios en la medicación, etc.). Es deseable que se definan las personas involucradas en cada tipo de incidencia, quiénes deben estar informados de cada una de ellas y formas ágiles de resolución de las mismas.
10. Definir un **conjunto de indicadores que permitan evaluar de manera continuada el programa de DC**, tanto en su extensión, volumen de actividad, tipología y número de pacientes, indicadores de proceso, rendimiento y calidad de la atención dispensada e incidencias, automatizando la elaboración de los indicadores en las plataformas informáticas en tiempo real.
11. Establecer un **proceso de mejora continua**, definiendo los ámbitos y objetivos cuantitativos de mejora, desarrollo y extensión del programa, con participación de todos los actores y el liderazgo de las autoridades sanitarias.
12. **Reforzar el papel del farmacéutico comunitario en la prestación de consejo y seguimiento farmacoterapéutico, en colaboración con el servicio de farmacia hospitalaria.**
13. Considerar, en las CCAA que no lo hacen, una **remuneración por los servicios prestados** por cada uno de los actores, de manera que el programa tenga sostenibilidad y posibilidad de extensión, **incluida la mejora de recursos en los SFH** y la remuneración a distribuidores y farmacias comunitarias.
14. Realizar una **evaluación de los costes y ahorros del programa de DC** incluyendo aspectos como costes de preparación de la medicación y gestión de pacientes, costes de distribución y de dispensación, y los ahorros correspondientes para el sistema como reducción de coste de las visitas innecesarias y reducción de pérdidas de medicación. Además de un estudio de costes sociales (productividad perdida), directos e indirectos para el paciente.
15. Sería de desear también realizar un estudio sobre el impacto de la DC en la mejora de la **adherencia a los tratamientos**.
16. Es imprescindible trabajar para desarrollar una **cultura y práctica de mayor colaboración y confianza entre los SFH y las FC**. Los modelos de trabajo vigentes en la actualidad han creado unas barreras de comunicación que perjudican una atención farmacéutica integral a la población. Las actividades de formación conjunta, con el liderazgo de los SFH y los COF, en el contexto de los nuevos programas de DC, pueden constituir una herramienta muy útil para posibilitar ese mayor diálogo y confianza.

ANEXO I

COMITÉ DIRECTOR Y COMITÉ TÉCNICO DEL ESTUDIO

COMITÉ DIRECTOR

- › Jordi de Dalmases Balañá, Vicepresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- › Raquel Martínez García, Secretaria General del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- › Ana Herranz Alonso, Vocal Nacional de Hospitales del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- › Juan Enrique Garrido Olmedo, Vocal Nacional de Oficina de Farmacia del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- › Jordi Casas Sánchez, Presidente del Consell Catalán de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya
- › Ernesto Cervilla Lozano, Vicepresidente del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- › Rita de la Plaza Zubizarreta, Presidenta del COF Cantabria
- › Marta Galipienzo Jiménez, Presidenta del COF Navarra
- › Jaime Giner Martínez, Presidente del COF Valencia
- › Caridad Pontes, Gerente de Prestación farmacéutica CatSalut
- › Cristina Agudo, Jefa del Servicio de Prestaciones Farmacéuticas del Servicio Navarro de Salud
- › Raquel Olalla Herbosa, Dirección General de Ordenación Farmacéutica e Inspección de Cantabria
- › Matilde Sánchez Reyes, Presidenta de Federación de Distribuidores Farmacéuticos (FEDIFAR).

COMITÉ TÉCNICO

- › Jordi de Dalmases Balañá, Vicepresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- › Pilar Rius, Consell Catalán de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya
- › Cristina Rodríguez, Consell Catalán de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya
- › Elena García, Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- › Pilar Saiz, COF de Cantabria
- › Arantza Viamonte, COF de Navarra
- › Mar Larrosa, COF de Castellón
- › Julián Algarra, COF de Castellón
- › Olivia Fernández, Servicio de Farmacia Hospitalaria Parc Mar de Salut
- › Santiago Grau, Servicio de Farmacia Hospitalaria Parc Mar de Salut
- › Sara Barbadillo, Servicio de Farmacia Hospitalaria Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- › Raúl Ferrando, Servicio de Farmacia Hospitalaria Hospital General Universitario Castellón
- › Carmen Recio, Directora del Gabinete de la Presidencia del Consejo General
- › Antonio Blanes, Director de Servicios Farmacéuticos del Consejo General

ANEXO II

**GUÍA METODOLÓGICA PARA LA
SISTEMATIZACIÓN DE LA
DISPENSACIÓN COLABORATIVA DE
MEDICAMENTOS DHDH EN LAS
COMUNIDADES AUTÓNOMAS 2022**

Cuestionario para la descripción sistemática del procedimiento

A continuación, le haremos una serie de preguntas sobre las actuaciones consideradas clave en el procedimiento de DC:

1. Indique por favor si existe un acuerdo de colaboración o protocolo, guía actuación, o procedimiento escrito similar, para la DC en su comunidad, provincia o área de salud. ¿Quiénes lo suscriben y qué es lo que establece a grandes rasgos?
2. ¿Existe un solo protocolo o guía de dispensación colaborativa para toda la comunidad autónoma o existen varios (por ejemplo, por hospital, área de salud, ...)?
3. A efectos únicamente de información: ¿existen otros procedimientos de entrega de proximidad medicamentos DHDH en su comunidad autónoma (por ejemplo, entrega a domicilio desde el SFH, a través de centros de salud, ...). Si la respuesta es afirmativa, puede indicarnos, en líneas generales, ¿cuántos de estos procedimientos existen, cómo se realizan, qué alcance tienen?

Y ahora, le haremos una serie de preguntas específicas sobre los procedimientos de actuación, escritos o no, tratando de seguir el ciclo de la dispensación y entrega informada a distancia:

4. ¿Está documentado el procedimiento de actuación por escrito? En este caso, le agradecemos si nos lo puede enviar.
5. ¿Quién y con qué criterios se seleccionan los pacientes a quienes se ofrece participar en la DC?
6. ¿Quién y con qué criterios se seleccionan las FC que participa en esta DC?, ¿Pueden todas las FC que lo deseen participar? ¿Existen criterios para excluir farmacias que puedan participar? ¿Pueden rechazar las FC participar?
7. ¿Quién y cómo se elige la FC adonde el paciente debe acudir para recibir el medicamento?
8. ¿Se requiere consentimiento del paciente? ¿Quién y cómo se gestiona? ¿Existe un modelo de consentimiento informado que se debe firmar o solo se le informa y se pregunta por su voluntariedad? ¿Dónde se deja constancia de la aceptación?
9. ¿Cómo se garantiza la privacidad y confidencialidad de la información? ¿Qué información es accesible por parte del distribuidor y farmacéutico comunitario?
10. ¿Cómo se realiza la trazabilidad del medicamento desde la salida del medicamento del SFH hasta su entrega al paciente? ¿Es un procedimiento informático o en papel? ¿Se utiliza algún tipo de aplicación móvil, web, ...? (se entiende por trazabilidad tanto el seguimiento del itinerario del medicamento desde su salida del SFH hasta su entrega al paciente, o en su caso devolución del medicamento; como el registro y seguimiento de las condiciones de integridad y control de frío del medicamento en todo su itinerario.
11. ¿Cómo valora dicho sistema de trazabilidad? ¿Cumple todos los requisitos que debiera o considera que existen puntos del ciclo del medicamento no suficientemente soportados por el sistema de trazabilidad?

12. ¿Puede describir de manera lo más precisa posible cómo es el proceso de gestión?: ¿Quién y cómo concreta con el paciente la entrega del medicamento? ¿Quién y cómo notifica a la FC el envío de una medicación? ¿Quién y cómo confirma la recepción de la FC al SFH? ¿Quién y cómo informa al paciente la disponibilidad del medicamento en la FC? ¿Cómo se verifica la entrega del medicamento al paciente (firma, tarjeta electrónica)?
13. ¿Qué condiciones establece el protocolo o guía para que otra persona diferente al paciente pueda recoger el medicamento?
14. ¿Qué procedimientos existen para la comunicación entre el SFH y la FC cuando es necesario resolver alguna duda o incidencia? ¿Para qué ocasiones se contempla esta comunicación directa entre los profesionales farmacéuticos de ambos niveles asistenciales?
15. ¿Cómo es el proceso de entrega de medicamentos por parte de la FC al paciente? ¿Puede el FC prestar el consejo farmacéutico necesario o demandado por el paciente en el momento de la entrega del medicamento DHDH?
16. ¿Se acompaña el medicamento de algún tipo de información para el paciente o farmacéutico comunitario?
17. ¿Mantiene el SFH comunicación directa con el paciente en algún momento? ¿Tiene el paciente algún canal formalmente establecido para poder realizar una comunicación con el SFH cuando lo considere necesario?
18. ¿Se contempla la posibilidad de la entrega a domicilio del medicamento DHDH por parte del FC cuando el paciente no puede desplazarse?
19. ¿Quién realiza la distribución del medicamento entre el SFH y la FC? ¿Con qué frecuencia se realiza? ¿Cómo y quién gestiona las incidencias que se puedan ocasionar durante el traslado del medicamento? ¿Está integrado el distribuidor o transportista en el gestor de trazabilidad de manera que se pueda conocer en cada momento la situación del medicamento?
20. ¿Establece el protocolo alguna condición específica (diferente al resto de medicamentos) para la dispensación de estos medicamentos en la FC?
21. ¿Cómo se actúa ante un paciente que no viene a recoger su medicación?
22. ¿Cuáles son los motivos de retorno de la medicación al SFH, de acuerdo al protocolo?
23. ¿Qué procedimientos existen para los medicamentos no entregados?
24. ¿Cómo se resuelven las incidencias que puedan existir, tanto en el SFH, distribución, custodia y entrega?
25. ¿Se utiliza este circuito para la entrega de otros medicamentos que no sean DHDH? En caso afirmativo, ¿Cuáles?
26. ¿Cómo es, si existe, la retribución al FC por este servicio?
27. ¿Cómo es, si existe, la retribución al distribuidor por este servicio?

28. ¿Se contempla algún tipo de evaluación, control o encuesta de calidad y satisfacción, impacto sobre la adherencia, coste, de esta DC?
29. ¿Se contempla o se ha realizado algún tipo de formación continua al profesional de la FC para llevar a cabo esta DC de medicamentos DHDH?
30. Además del SFH, distribuidor y FC, ¿existen algunos otros agentes que intervienen en el proceso? ¿cuáles y con qué funciones? ¿Qué intervención tiene el Colegio Oficial de Farmacéuticos en el proceso completo?
31. ¿Cómo se financia este programa de DC en su comunidad u hospital? ¿Financiación pública (a cargo del hospital, del presupuesto de la Comunidad Autónoma o Servicio autonómico), privada (industria, pacientes), público-privada?
32. ¿Convive el programa de DC con otros programas de dispensación de proximidad de los medicamentos DHDH (telefarmacia, atención primaria)? ¿Cuáles?
33. ¿Qué otros aspectos desea destacar, no considerados anteriormente?

ANEXO III

INDICADORES CUANTITATIVOS DEL PROCESO DE DISPENSACIÓN COLABORATIVA DE MEDICAMENTOS DHDH

En este apartado deseamos poder cuantificar con datos e indicadores el grado de extensión, tipificación y condiciones del proceso en cada territorio. Para ello hemos construido una matriz de varias dimensiones de estudio y ciertos indicadores cuantitativos para cada una. Sabemos que en muchas ocasiones esta información no siempre se recoge de manera automática. En la medida de lo posible concrete la información que requiere con información real. Si no dispone de ella, pero es capaz de establecer una medida subjetiva, incluya esta información indicando claramente que se trata de una estimación subjetiva y en ese caso informe en qué se basa para realizar dicha estimación. Por favor indique en cada caso, o para el conjunto de los datos que le vamos a solicitar, el espacio territorial al que se refiere (provincia, comunidad autónoma, área de salud) y el espacio temporal (semestre, año completo, trimestre) al que se refiere la información que nos suministra:

Lugar y Tiempo
Comunidad, Provincia, Área de salud de ...
Intervalo temporal. Señale el periodo (anual, semestral, ...) y a qué periodo específico (2021, 1 Semestre 2022, ...) se refiere la información que nos va a suministrar
Extensión y alcance del programa de DC
Número total de pacientes en tratamiento con DHDH (si lo conoce) en el periodo de estudio
Número de pacientes incluidos en la DC
Número de dispensaciones de medicamentos DHDH realizadas mediante la DC (se entiende por dispensación cada uno de los medicamentos diferentes que se expide, incluso aunque sean para el propio paciente)
Número de dispensaciones de medicamentos DHDH realizadas directamente en los SFH
Número de dispensaciones de medicamentos DHDH realizadas por los SFH directamente al domicilio del paciente
Número de FC que pueden recibir medicamentos DHDH (que cumplen criterios según el protocolo)
Número de FC que han recibido, al menos una vez, medicamentos DHDH
Número de dispensaciones que requieren condiciones especiales de conservación (frío)
Número de almacenes de distribución que participan en las entregas

Indicadores de proceso
Número de pacientes que han solicitado <i>motu proprio</i> participar en DC
Número de pacientes que tras propuesta y explicación no han aceptado la DC
Número de incidencias ocurridas (retrasos, confusiones de farmacia o medicación, de paciente)
Número de contactos de seguimiento realizados por los SFH a los pacientes en DC
Número de medicaciones DHDH entregadas a la FC no retiradas por el paciente
Media de pacientes total en el programa de DC por Farmacia Comunitaria
Tiempo medio de tratamiento por cada dispensación que se entrega al paciente
Número de pacientes en DC que han solicitado volver a recibir medicamentos DHDH en el SFH
Número de pacientes en DC en los que el SFH decide volver a la entrega directa del medicamento en el SFH por la razón que sea
Tiempo medio de proceso entre la salida del medicamento del SFH y la entrega al paciente
Tiempo medio de desplazamiento desde el domicilio del paciente a la FC elegida
Tiempo medio de desplazamiento desde el domicilio del paciente al SFH en los pacientes no acogidos a la DC
Tiempo medio de espera del paciente en la FC para ser atendido
Tiempo medio de espera del paciente no incluido en DC en el SFH para ser atendido
Número de entregas en FC situadas en la misma población del SFH
Número de entregas en FC situadas en distinta población del SFH
Costes (si se conocen)
Costes de preparación de los SFH asociados a la DC
Costes de distribución
Costes de dispensación en la FC
Valor de la medicación DHDH entregada por DC a precio de coste

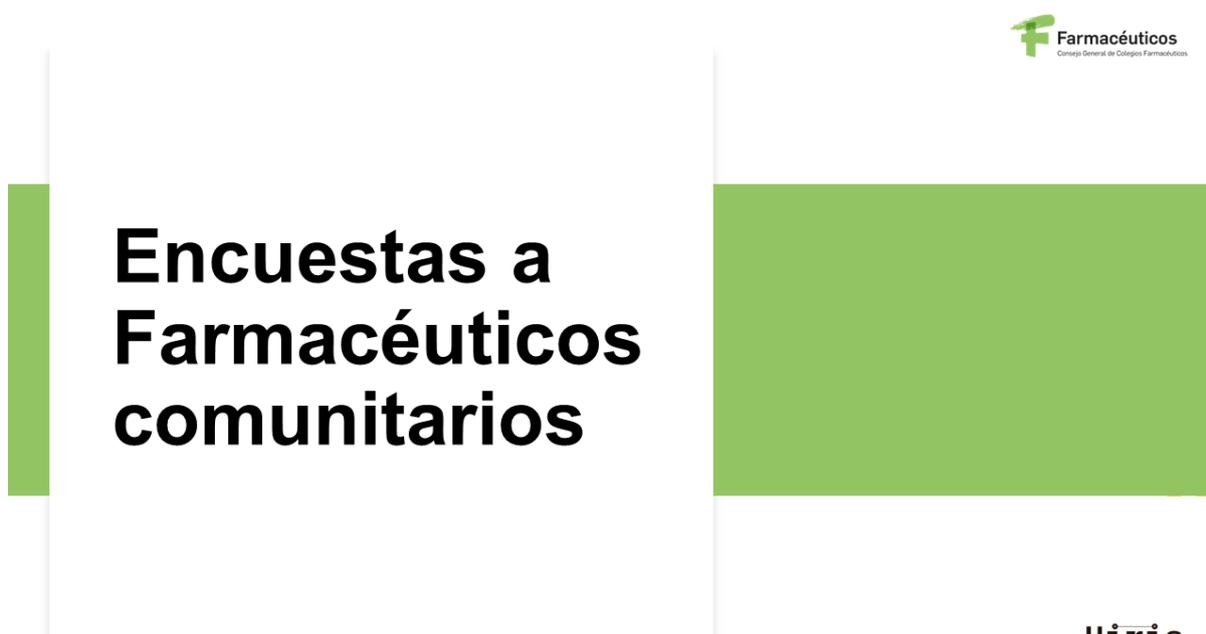
Otros indicadores de proceso desagregados o disponibles

Nos interesa saber ahora si pudiéramos desagregar el estudio con mayor grado de detalle. Para ello simplemente responda Si o No a las siguientes preguntas, y si fuese afirmativa su respuesta nos pondremos en contacto con usted para analizar la información disponible:

1. ¿Se dispone de información detallada del proceso de DC por tipo de enfermedad? (en la medida de lo posible utilice agregadores de grupos de enfermedades tipo: enfermedades reumáticas, enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedades víricas, trastornos del crecimiento y otras enfermedades endocrinológicas, enfermedades neurodegenerativas, cáncer, enfermedades dermatológicas inmunomediadas, enfermedades respiratorias, ...)
2. ¿Se dispone de información detallada del proceso de DC por tipo de medicamento? (en la medida de lo posible utilice agregadores de tipos de medicamentos tipo: citostáticos, inmunosupresores biológicos, otros inmunosupresores, antirretrovirales, factores sanguíneos, analgésicos, medicamentos hormonales, dietoterápicos, ...)
3. ¿Se dispone de información demográfica sobre los pacientes en el programa de DC?: edad, sexo, tipo de residencia, situación sociolaboral, país de procedencia
4. ¿Dispone el programa de DC de otros Indicadores de proceso que permitan hacer el seguimiento y evaluación en su comunidad (indicadores de calidad, proceso, resultado, satisfacción, ...)? ¿Cuáles?

ANEXO IV

**RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE
OPINIÓN A PACIENTES,
FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS Y
COMUNITARIOS, Y RESPONSABLES DE
PRESTACIÓN FARMACÉUTICA
AUTONÓMICOS CON Y SIN
DISPENSACIÓN COLABORATIVA**



FICHA TÉCNICA

- Se realizaron **26 encuestas online a farmacéuticos comunitarios** participantes en los programas de dispensación colaborativa en funcionamiento de las cinco Comunidades Autónomas (Andalucía, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Navarra) con dicha modalidad en funcionamiento. Cinco de cada Comunidad excepto de Andalucía que participó un sexto farmacéutico.
- Las encuestas estructuradas, constaban de cinco preguntas clasificatorias (tamaño, tipo y ubicación de la farmacia), y veintiuna preguntas de valoración sobre el funcionamiento del programa. De ellas, trece preguntas eran de elección única, de las cuales siete eran de respuesta dicotómica, tres de ellas con posibilidad de complementar con respuesta abierta; cinco preguntas de respuesta múltiple, y tres preguntas incluían una valoración cuantitativa de once ítems diferentes en total.
- Fase de campo realizada entre 17 de julio y el 18 de septiembre de 2023.
- Este estudio observacional fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Parc de Salut Mar (Barcelona) con número de protocolo 2022/10728 el 18 de abril de 2023 y por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos y productos sanitarios de Cantabria con el número de protocolo 2022/10728 el 2 de junio de 2023.

Opinión de Farmacéuticos Comunitarios Principales hallazgos (1)

- Más de tres de cada cuatro FC **dispensan medicación DHDH a entre 2 y 4 pacientes al mes** (77%), y más de la mitad (65%) indican que estos pacientes **recogen también otros medicamentos**.
- Para algo más de la mitad **la información suministrada a los pacientes ha sido muy buena** (54%) o **buena** (42%). Así como la información que los propios FC han recibido sobre el programa.
- La mayoría **no han sufrido ninguna incidencia** durante la dispensación colaborativa (85%). Cuando se dan, el mayor número corresponde a errores en la medicación o dosis recibida (75%) o retrasos (25%). En **ningún caso** se reporta que haya habido una **pérdida de medicación** en alguna fase del proceso.
- Casi la totalidad (96%) opina que **se garantiza la privacidad del paciente en todo momento** al dispensar el medicamento DHDH.
- Se muestra una **muy buena valoración de los canales de comunicación para informar sobre los diferentes pasos e incidencias del circuito**, con la excepción de la comunicación entre FH y FC que resulta solo aprobada (5,69 sobre 10).

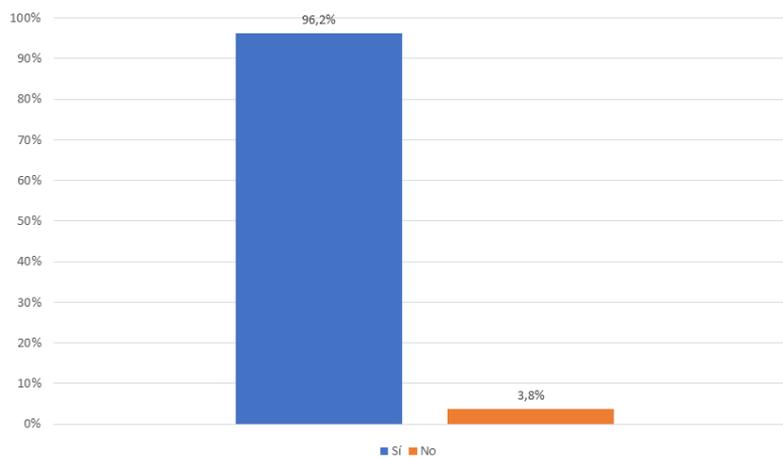
Opinión de Farmacéuticos Comunitarios Principales hallazgos (2)

- **Todos los FC encuestados creen que la dispensación colaborativa tiene un impacto positivo** en la calidad de la prestación farmacéutica. En concreto, le dan mucho valor a la **mayor adherencia al tratamiento (96%)** seguida de la **reducción de pérdidas de medicamentos (65%)**, una **mejor farmacovigilancia (54%)** y la **conciliación con el resto de la medicación (50%)**.
- **El grado de satisfacción con la dispensación colaborativa es muy alto a nivel global.** Destacan el valor que aporta en cuanto a la **facilidad y comodidad para el paciente (9,6 sobre 10)**, la **mayor sostenibilidad para el sistema (9,3)** y la **mejor actuación profesional (8,9)**.
- Como mejoras de cara al futuro, consideran que debe haber una **mejor información del FC sobre el medicamento DHDH que dispensa (85%)**, **mayor número de pacientes participantes (73%)**, una **mayor participación profesional del FC (73%)** y una **mejor comunicación entre todos los farmacéuticos involucrados en la cadena de DC (69%)**.

Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS

FARMACÉUTICO TITULAR DE LA FARMACIA



La gran mayoría de los FC encuestados son **farmacéuticos titulares (96,2%)**.

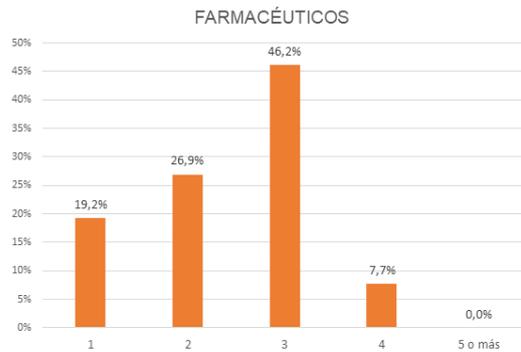
Muestra: 26 Farmacéuticos Comunitarios

Hiris

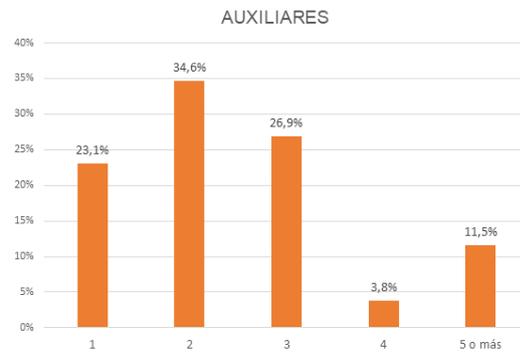
ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



NÚMERO DE FARMACÉUTICOS Y AUXILIARES EN LA FARMACIA



Más del **80%** de los encuestados cuentan con algún FC además del titular en su farmacia.



77% de las farmacias cuentan al menos con 2 auxiliares de farmacia.

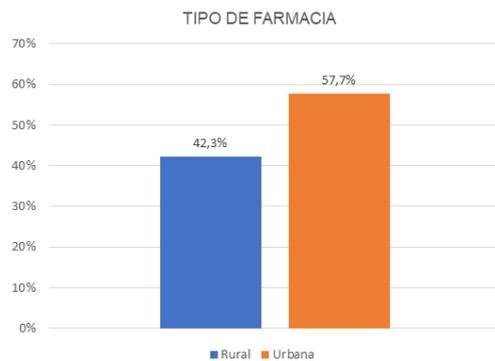
Muestra: 26 Farmacéuticos Comunitarios

Hiris

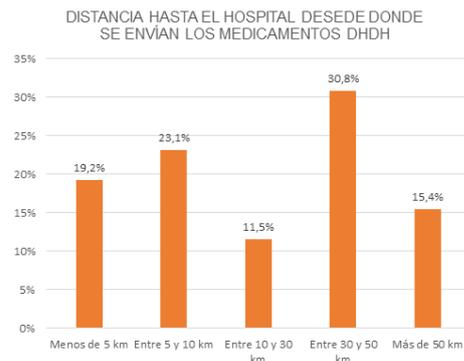
ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



TIPO DE FARMACIA Y DISTANCIA HASTA EL HOSPITAL



Las farmacias encuestadas muestran una **distribución equilibrada** entre farmacias rurales y urbanas.



Un porcentaje significativo de farmacias (**46%**) se ubica a 30 km o más del hospital desde donde se envían los medicamentos DHDH.

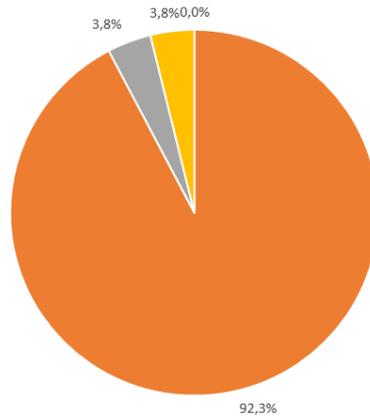
Muestra: 26 Farmacéuticos Comunitarios

Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



FUENTE DE INFORMACIÓN PRINCIPAL DEL SISTEMA DE DISPENSACIÓN COLABORATIVA



El Colegio Oficial de Farmacéuticos es la principal fuente de información sobre el sistema de dispensación colaborativa para la mayoría de FC (92,3%).

- Administración
- Colegio Farmacéutico
- Servicio de Farmacia Hospitalaria
- Otro: Usuario de la farmacia

Muestra: 26 Farmacéuticos Comunitarios

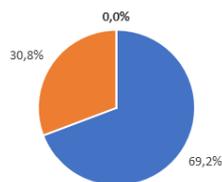
Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



VALORACIÓN SOBRE LA INFORMACIÓN DEL PROGRAMA RECIBIDA

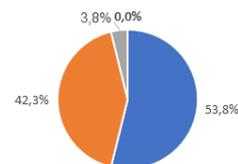
VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA



- Muy bien
- En general bien, aunque me quedaron algunas dudas
- Parcialmente insuficiente
- Prácticamente nadie nos informó de nada
- NS/NC

Una mayoría de FC se muestran muy satisfechas con la información recibida (69%), pero también existe un porcentaje significativo (31%) al que le quedaron dudas.

VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN TRASMITIDA AL PACIENTE SOBRE LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA



- Muy bien
- En general bien, aunque aún refieren algunas dudas
- Parcialmente insuficiente
- Prácticamente nadie les ha informado de nada
- NS/NC

Para algo más de la mitad (54%) la información suministrada a los pacientes ha sido muy buena; o buena (42%).

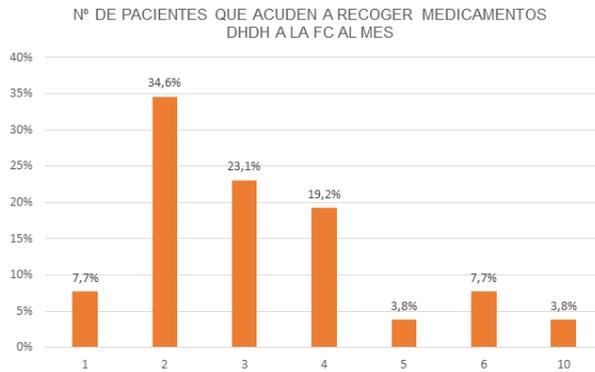
Muestra: 26 Farmacéuticos Comunitarios

Hiris

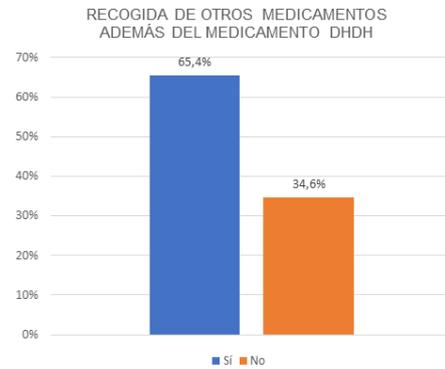
ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



FRECUENCIA DE DISPENSACIÓN COLABORATIVA



La mayoría de FC dispensan medicación DHDH a **entre 2 y 4 pacientes al mes (77%)**.



Los FC consideran que gran parte de los pacientes cuando acuden a por el medicamento DHDH **también recogen otros medicamentos (65%)**.

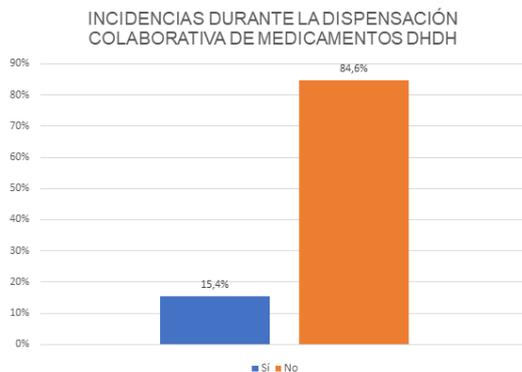
Muestra: 26 Farmacéuticos Comunitarios

Hiris

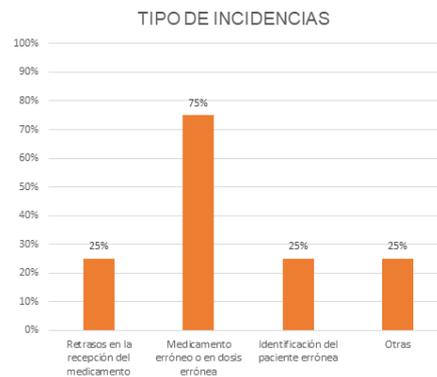
ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



INCIDENCIAS DURANTE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DHDH



La mayoría de FC **no han sufrido ninguna incidencia durante la dispensación colaborativa (85%)**.



De entre quienes refieren alguna incidencia (4 de 26), la más común es la **llegada de un medicamento o dosis errónea**.

Muestra: 26 Farmacéuticos Comunitarios

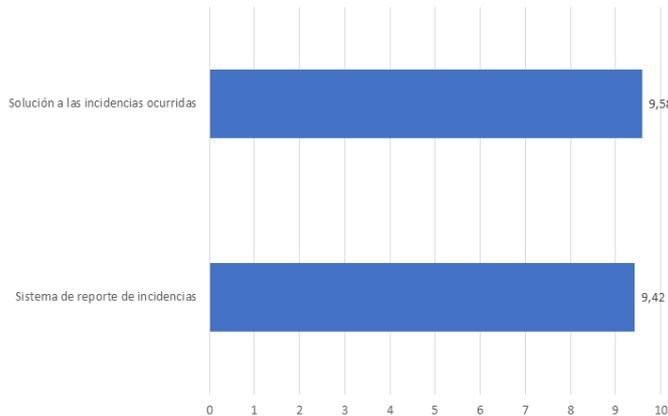
Muestra: 4 Farmacéuticos Comunitarios

Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



VALORACIÓN DEL SISTEMA DE REPORTE DE INCIDENCIAS Y SOLUCIÓN DE LAS INCIDENCIAS



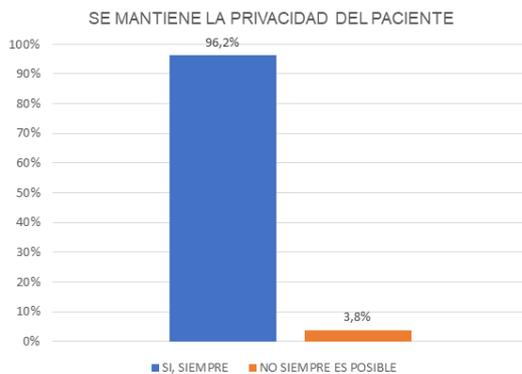
La valoración del sistema de reporte de incidencias y la solución de las mismas es muy buena. Ambas por encima de 9 sobre 10.

Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



PRIVACIDAD DEL PACIENTE Y CONSEJO FARMACÉUTICO



La gran mayoría (96%) de FC opina que **siempre se garantiza la privacidad del paciente** al dispensar el medicamento DHDH.



RAZONES MANIFESTADAS DE MANERA ABIERTA POR LAS QUE NO REQUIEREN DAR INFORMACIÓN:

- No ha hecho falta. Tienen ya la información
- Por ser de uso hospitalario no de FC, requeriríamos de una formación concreta.
- No sabemos qué medicación hay en el paquete
- Porque ni me preguntan acerca de ellos.
- Hecho en falta formación anexa en los medicamentos hospitalarios así como conocimiento de los algoritmos de prescripción/indicación

Una gran mayoría (81%) considera que tienen la capacidad y tiempo suficiente para dar información o consejo farmacéutico sobre los medicamentos DHDH. Las razones manifestadas para no dar información son diversas: no resultar necesario, no conocer el medicamento dispensado por ir empaquetado o necesidad de formación específica.

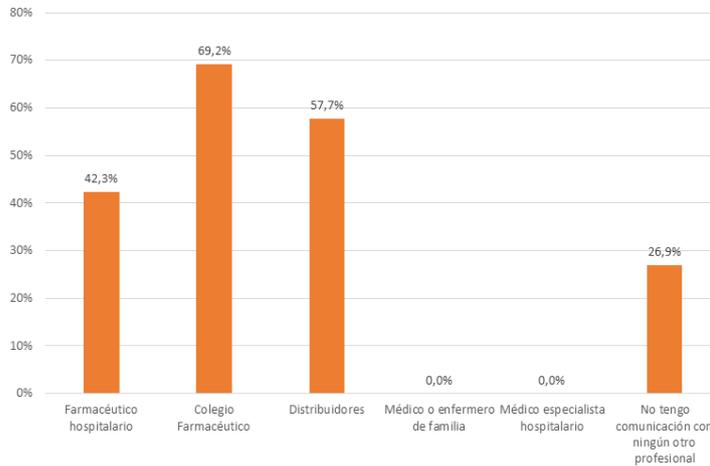
Hiris

Muestra: 26 Farmacéuticos Comunitarios

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



COMUNICACIÓN CON OTROS PROFESIONALES INVOLUCRADOS EN LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA EN CASO DE SER NECESARIO



Las principales interacciones de los FC en los proyectos de DC son con los Colegios de Farmacéuticos (69%), seguido de distribuidores (58%) y farmacéuticos hospitalarios (42%).

Hiris

Muestra: 26 Farmacéuticos Comunitarios

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



VALORACIÓN DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN PARA INFORMAR SOBRE LOS DIFERENTES PASOS E INCIDENCIAS DEL PROCESO



Se muestra una muy buena valoración de los canales de comunicación para informar sobre los diferentes pasos e incidencias del circuito, con la excepción de la comunicación entre FH y FC que resulta solo aprobada.

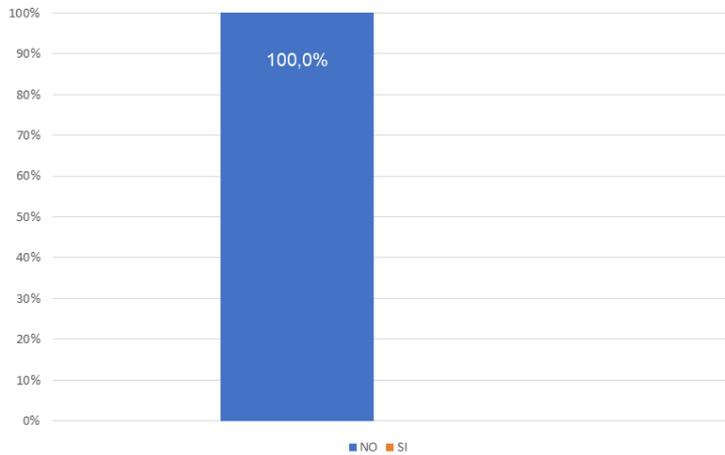
Hiris

Muestra: 26 Farmacéuticos Comunitarios

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



COMPENSACIÓN POR LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DHDH



Ningún FC encuestado ha obtenido **compensación** por la dispensación de medicamentos DHDH realizada, al menos hasta el momento de ser encuestado.

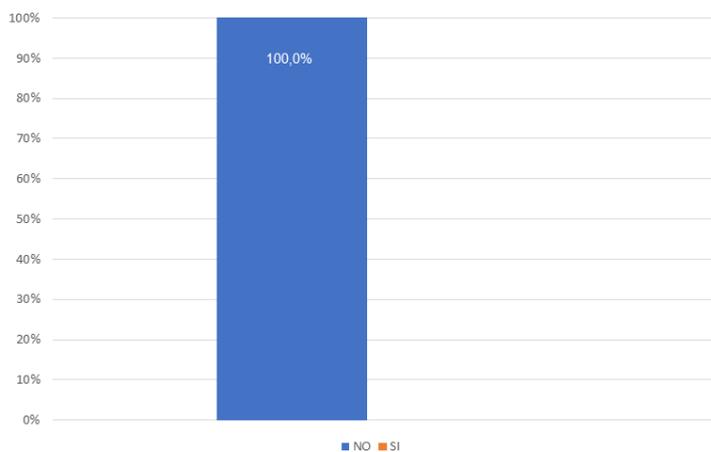
Muestra: 26 Farmacéuticos Comunitarios

Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



PÉRDIDA DE MEDICAMENTOS DHDH POR PÉRDIDA O CADUCIDAD



Ningún FC encuestado informa sobre **que se haya producido alguna pérdida de medicamento DHDH en el proceso de DC.**

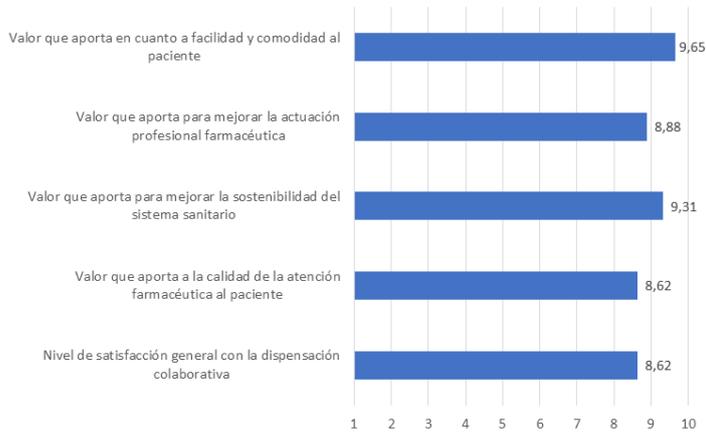
Muestra: 26 Farmacéuticos Comunitarios

Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA EN LA ACTUALIDAD



El grado de satisfacción de los FC con la dispensación colaborativa es muy alto a nivel global. Destacan el valor que aporta en cuanto a la **facilidad y comodidad para el paciente (9,6 sobre 10)**, la **mayor sostenibilidad para el sistema (9,3)** y la **mejor actuación profesional (8,9)**.

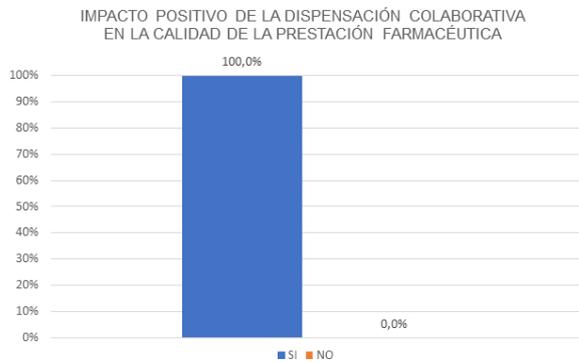
Muestra: 26 Farmacéuticos Comunitarios

Hiris

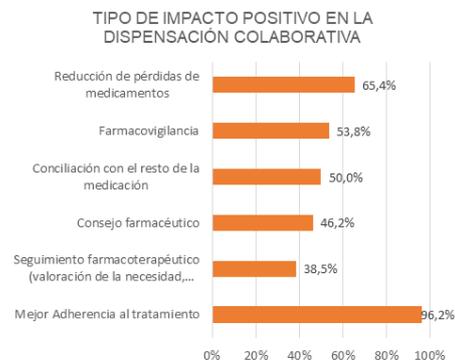
ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



IMPACTO DE LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA EN LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA



Todos los FC encuestados creen que la dispensación colaborativa tiene un **impacto positivo** en la calidad de la prestación farmacéutica.

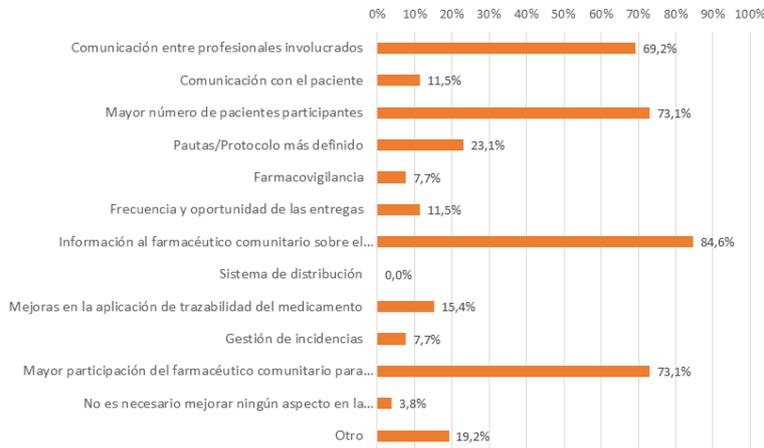


En concreto, le dan mucho valor a la **mayor adherencia al tratamiento (96%)**, seguido de la **reducción de pérdidas de medicamentos (65%)** y la **mejor farmacovigilancia (54%)**

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS



¿CÓMO MEJORAR LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA?



Los FC encuestados consideran que debería haber una **mejor información del FC sobre el medicamento DHDH (85%)**, **mayor número de pacientes participantes (73%)**, **una mayor participación profesional del FC (73%)** y **una mejor comunicación entre todos los farmacéuticos involucrados en la cadena de DC (69%)**.

Hiris

Muestra: 26 Farmacéuticos Comunitarios

Encuestas a Farmacéuticos Hospitalarios

Hiris

FICHA TÉCNICA

- Se realizaron **21 encuestas online a farmacéuticos hospitalarios** participantes en los programas de dispensación colaborativa de las cinco Comunidades Autónomas (Andalucía, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Navarra) con dicha modalidad en funcionamiento. Cinco de cada Comunidad, excepto de Navarra que participó una única farmacéutica hospitalaria.
- Las encuestas estructuradas, constaban de cinco preguntas clasificatorias (tamaño, tipo de profesional y dedicación a pacientes externos, y número de pacientes), y diecinueve preguntas de valoración sobre el funcionamiento del programa. De ellas, catorce preguntas eran de elección única, de las cuales cuatro eran de respuesta dicotómica, dos de ellas con posibilidad de complementar con respuesta abierta; cinco preguntas de respuesta múltiple, y tres preguntas incluían una valoración cuantitativa de once ítems diferentes en total.
- Fase de campo realizada entre 17 de julio y el 18 de septiembre de 2023.
- Este estudio observacional fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Parc de Salut Mar (Barcelona) con número de protocolo 2022/10728 el 18 de abril de 2023 y por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos y productos sanitarios de Cantabria con el número de protocolo 2022/10728 el 2 de junio de 2023.

Opinión de Farmacéuticos Hospitalarios Principales hallazgos (1)

- Una media de **177 pacientes acude por día al SFH a recoger medicamentos DHDH**. Casi el 10% de los FH refieren atender más de 250 pacientes externos por día en su servicio.
- El propio **SFH ha sido la principal fuente de información** sobre el programa de dispensación colaborativa (52%). Para un tercio de los FH ha sido la Administración o Servicio Autonómico de Salud (33%) la principal fuente de información.
- Para algo más de la mitad (54%) **la información suministrada a los pacientes ha sido buena, aunque aún refieren algunas dudas; para un tercio ha sido muy buena** (33%).
- La mayoría de los FH (42,9%) considera que **los pacientes que ahora reciben el medicamento DHDH en las FC están bien seleccionados**. Hay una misma proporción que opinan que hay más pacientes que se podrían seleccionar, que la de quienes opinan que hay pacientes seleccionados que deberían continuar en el SFH (19% en cada caso).
- Gran parte de los FH **refieren alguna incidencia durante el proceso de dispensación colaborativa** (85%). De entre quienes refieren alguna incidencia (18 de 21), la más común es **algún retraso en los envíos** (78%), seguida de errores de medicación o dosis (33%), deterioro en el paquete (33%) o pacientes no notificados (28%)

Hiris

Opinión de Farmacéuticos Hospitalarios Principales hallazgos (2)

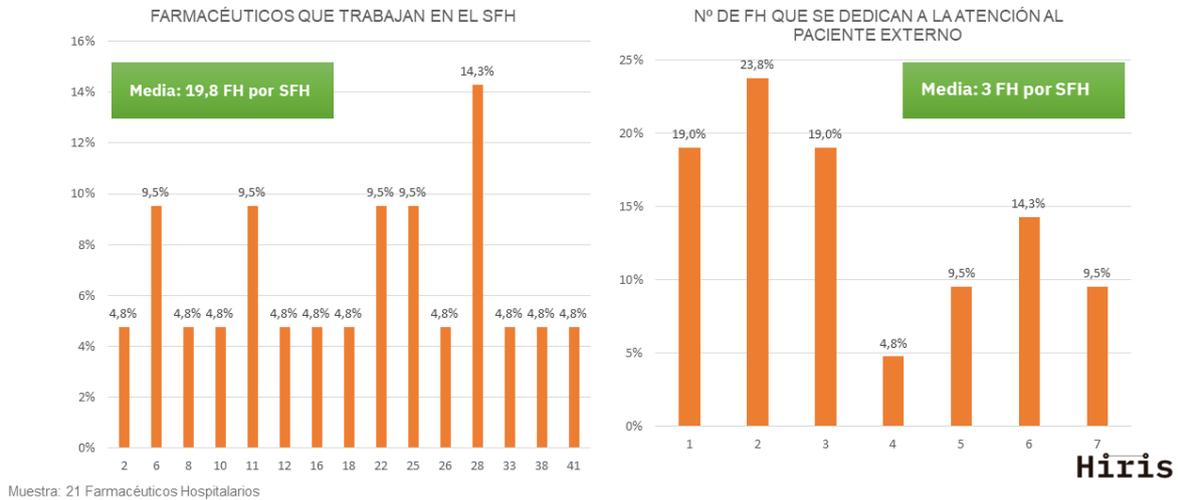
- Por los datos de pacientes externos tras pasados a DC que se informan, se observa que todavía es **muy limitado el número de estos pacientes**.
- **57% de los FH opina que el paciente siempre debería ser visto por un FH cuando se inicia o se cambia a un nuevo tratamiento**. 33% opinan que solo en caso de algunos medicamentos.
- Se muestra una **buena valoración de los canales de comunicación para gestionar los diferentes pasos del programa**, especialmente con el paciente cuando tiene dudas sobre el medicamento (8,48 sobre 10).
- Para la gran mayoría de los SFH, la DC ha supuesto **una carga de trabajo adicional significativa** (90%). Para el 43% se ha resuelto con recursos adicionales, y para el restante 48% se han dispuesto más recursos, aunque insuficientes.
- La gran mayoría de los FH encuestados (91%) creen que **la DC tiene un impacto positivo en la calidad de la prestación farmacéutica**. En concreto, una mayor **adaptación a las circunstancias de fragilidad del paciente** (95%), una **mayor adherencia al tratamiento** (47%), **mejor seguimiento y consejo farmacéuticos** (37% cada una de ellas).
- El **grado de satisfacción de los FH con la dispensación colaborativa es alto a nivel global** (7,48 sobre 10). Destacan el valor que aporta en cuanto a la facilidad y comodidad para el paciente (9,14).
- Consideran que debería haber una **mejor comunicación entre los profesionales** (52%), una **mejor comunicación con el paciente** (48%), una **mejor gestión de incidencias** (48%) y una **mayor extensión a pacientes** (43%).

Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS



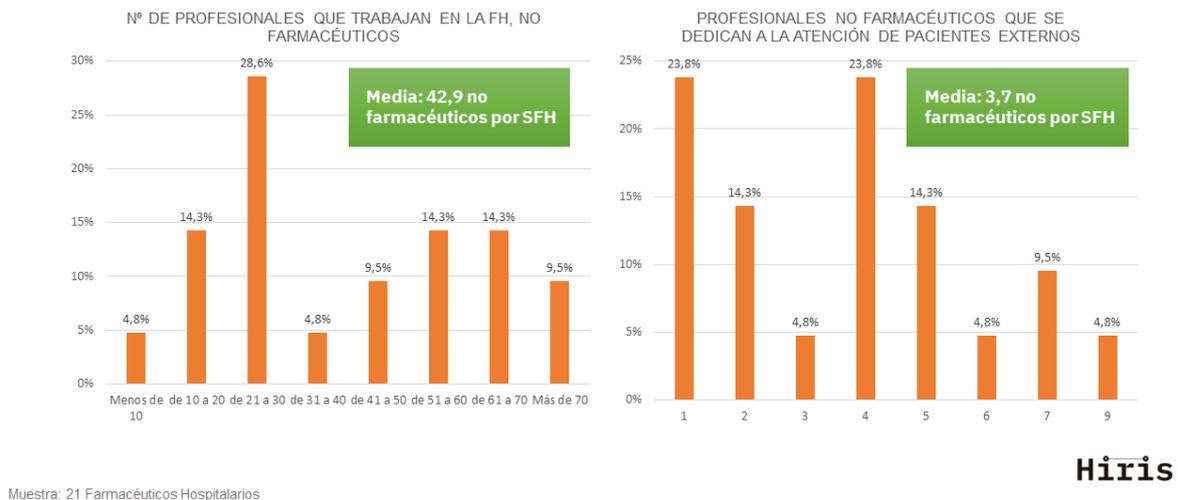
Nº DE FARMACÉUTICOS QUE TRABAJAN EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA



ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS



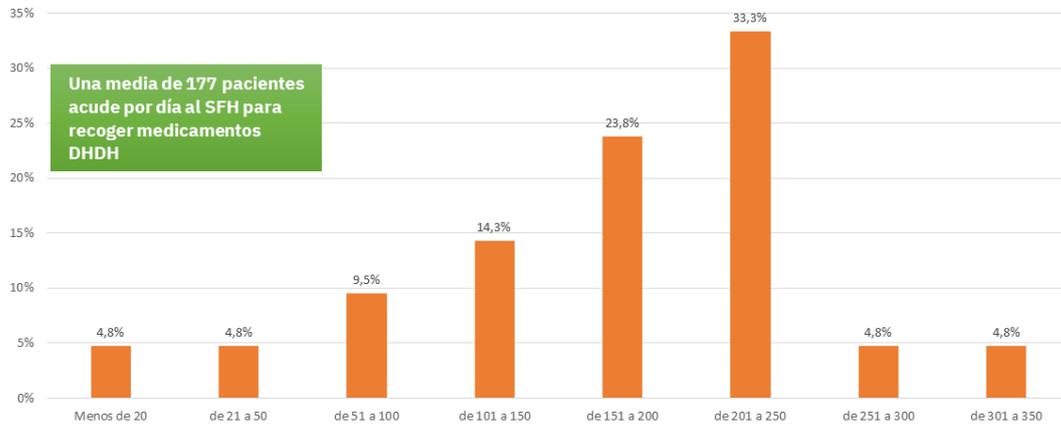
PROFESIONALES NO FARMACÉUTICOS EN LA FH



ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS



Nº DE PACIENTES QUE ACUDEN DE MEDIA AL DÍA A LA FH PARA RECOGER MEDICAMENTOS DHDH



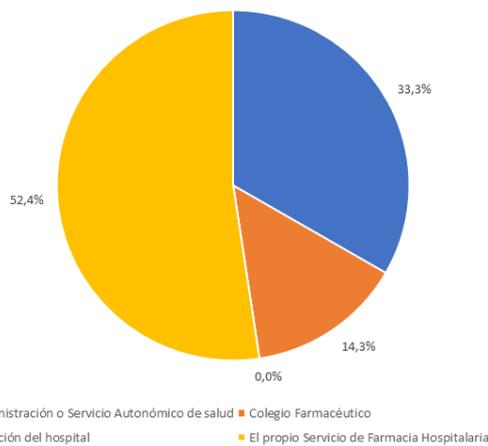
Muestra: 21 Farmacéuticos Hospitalarios

Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS



FUENTE DE INFORMACIÓN PRINCIPAL SOBRE EL PROGRAMA DE DISPENSACIÓN COLABORATIVA



El propio SFH ha sido la principal fuente de información sobre el programa de dispensación colaborativa para la mayoría de FH (52%). Para un tercio de los FH ha sido la Administración o Servicio Autónomo de Salud (33%) la principal fuente de información.

Muestra: 21 Farmacéuticos Hospitalarios

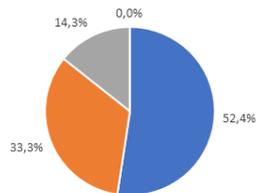
Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS



VALORACIÓN SOBRE LA INFORMACIÓN DEL PROGRAMA RECIBIDA

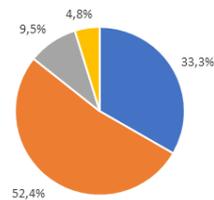
VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA



- Muy bien
- En general bien, aunque me quedaron algunas dudas
- Parcialmente insuficiente
- Prácticamente nadie nos informó de nada

Una mayoría de FH se muestran muy satisfechas con la información recibida (52%) pero también existe un porcentaje significativo (33%) al que le quedaron algunas dudas.

VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN TRANSMITIDA AL PACIENTE SOBRE LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA



- Muy bien
- En general bien, aunque aún refieren algunas dudas
- Parcialmente insuficiente
- Prácticamente nadie les ha informado de nada

Para algo más de la mitad (54%) la información suministrada a los pacientes ha sido buena, aunque aún refieren algunas dudas; para un tercio ha sido muy buena (33%).

Muestra: 21 Farmacéuticos Hospitalarios

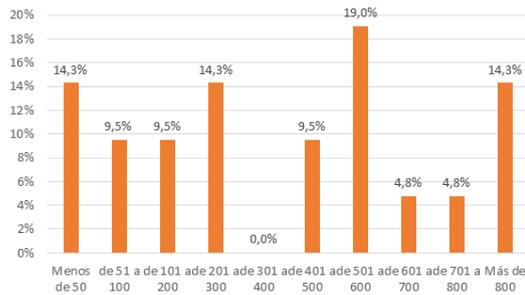
Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS



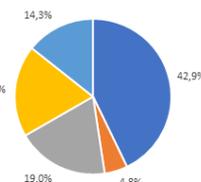
Nº Y SELECCIÓN DE PACIENTES QUE ACUDÍAN A LA FH QUE AHORA ACUDEN A LA FC A POR SU MEDICAMENTO DHDH

PACIENTES DIFERENTES QUE ACUDÍAN DE MEDIA AL MES A LA FH A POR SU MEDICAMENTO DHDH QUE AHORA LO RECOGEN EN LA FC



Se observa una distribución muy heterogénea de pacientes que han sido traspasados al programa de DC. Si se toma en cuenta que la media de pacientes por mes que acuden a estos SFH es de 3.894 (diapositiva 3) se desprende que el número de pacientes en DC es todavía muy limitado

VALORACIÓN DE LA SELECCIÓN DE PACIENTES



- Bien seleccionados
- En general bien seleccionados, con alguna excepción que creo sería mejor que continuase en el servicio de farmacia hospitalaria
- Bien seleccionados, pero sé que hay otros pacientes que se podrían beneficiar pero no se les ha ofrecido participar en la dispensación colaborativa
- NS/NC

La mayoría de los FH (42,9%) considera que los pacientes que ahora reciben el medicamento DHDH en las FC están bien seleccionados.

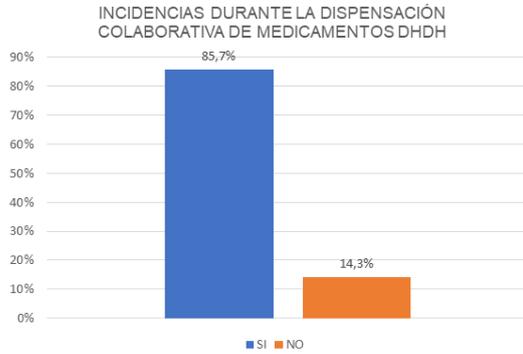
Muestra: 21 Farmacéuticos Hospitalarios

Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS

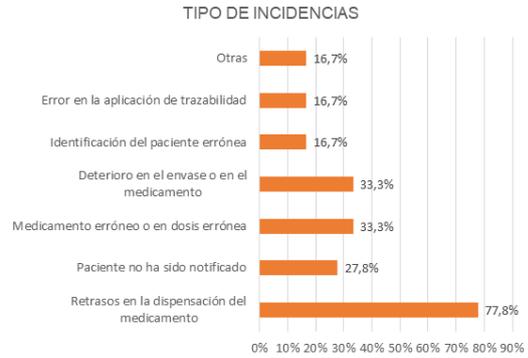


INCIDENCIAS DURANTE LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA DE MEDICAMENTOS DHDH



Gran parte de los FH refieren alguna incidencia durante el proceso de dispensación colaborativa de medicamentos DHDH (85%).

Muestra: 21 Farmacéuticos Hospitalarios



De entre quienes refieren alguna incidencia (18 de 21), la más común es algún retraso en los envíos (78%).

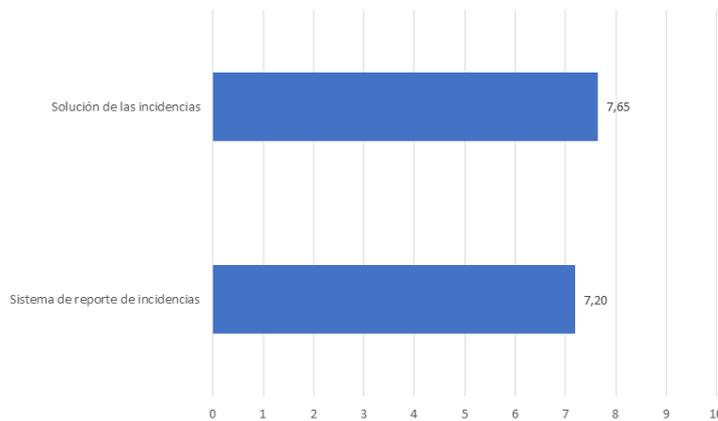
Muestra: 18 Farmacéuticos Hospitalarios



ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS



VALORACIÓN DEL SISTEMA DE REPORTE Y RESOLUCIÓN DE INCIDENCIAS



La valoración del sistema de reporte y resolución de incidencias es buena. Ambas por encima de 7 sobre 10.

Muestra: 21 Farmacéuticos Hospitalarios

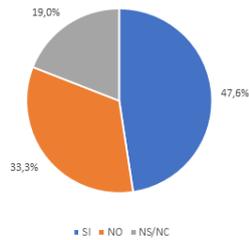


ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS



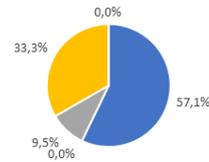
VISITAS AL ESPECIALISTA E IMPORTANCIA DE ACUDIR A LA FH PARA RECIBIR INFORMACIÓN/CONSEJO SOBRE EL MEDICAMENTO DHDH

VISITA AL ESPECIALISTA AL ACUDIR A LA FH A POR EL MEDICAMENTO DHDH



La mayoría de los FH (47,6%) indican que al acudir a la SFH a por el medicamento DHDH, el paciente también visita al especialista en el propio hospital.

IMPORTANCIA DE QUE LOS PACIENTES ACUDAN A LA FH PARA RECIBIR INFORMACIÓN/CONSEJO SOBRE SU MEDICAMENTO DHDH



- Sí, cuando se le prescribe por primera vez o si hay un cambio de tratamiento/dosis o problemas con la medicación
- Solo en el caso de determinados medicamentos DHDH, pero no en todos
- Las 2 anteriores
- Sí, siempre

Una ligera mayoría (57%) considera que es importante que los pacientes acudan a la FH a recoger el medicamento DHDH cuando se le prescribe por primera vez, o si hay algún cambio de tratamiento/dosis o problemas en la medicación.

Muestra: 21 Farmacéuticos Hospitalarios

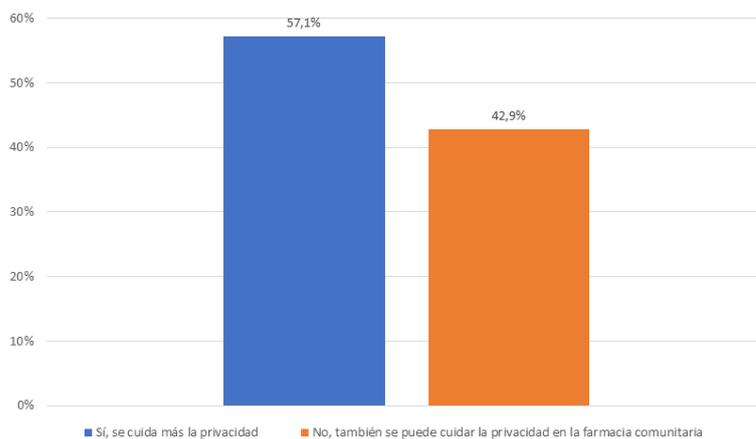
Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS



VALORACIÓN DE LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE EN LA DISPENSACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DHDH

SE CUIDA MÁS LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE EN LA FH QUE EN LA FC



Una ligera mayoría (57%) de FH opina que se cuida más la privacidad del paciente al dispensar el medicamento DHDH en la FH que en la farmacia comunitaria.

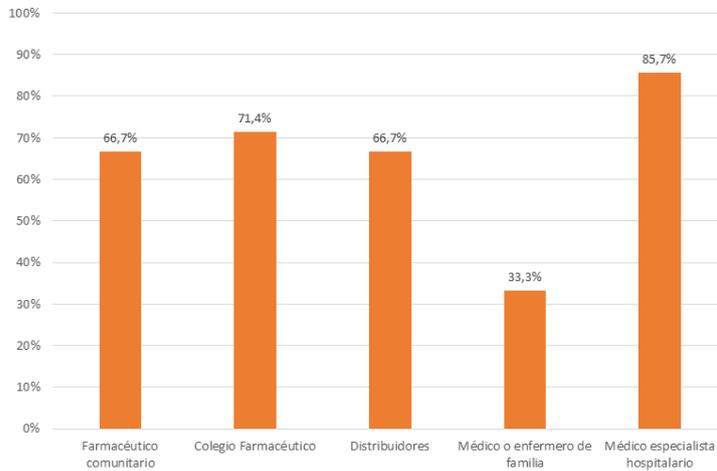
Muestra: 21 Farmacéuticos Hospitalarios

Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS



COMUNICACIÓN CON OTROS PROFESIONALES INVOLUCRADOS



Los FH refieren múltiples interacciones con otros profesionales, las más frecuentes con los médicos especialistas hospitalarios (86%), pero también con el Colegio Farmacéutico (71%) y farmacéuticos comunitarios (67%) y distribuidores (67%).

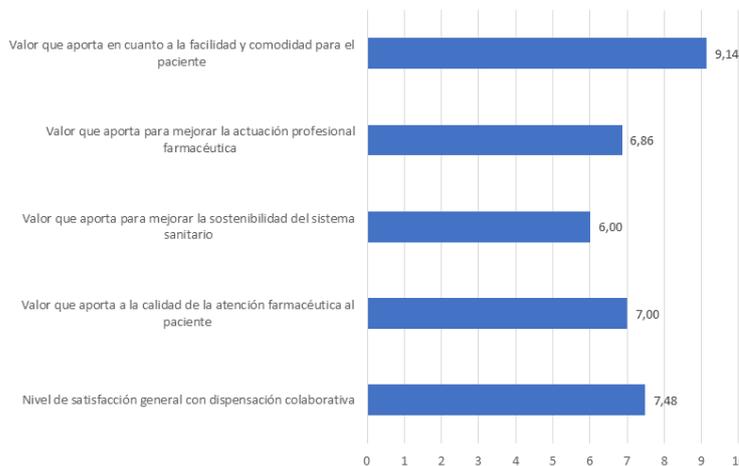
Muestra: 21 Farmacéuticos Hospitalarios



ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS



GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA EN LA ACTUALIDAD



El grado de satisfacción de los FH con la dispensación colaborativa es alto a nivel global (7,48 sobre 10). Destacan el valor que aporta en cuanto a la facilidad y comodidad para el paciente (9,14).

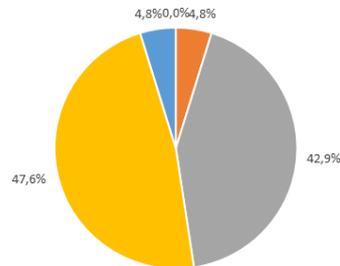
Muestra: 21 Farmacéuticos Hospitalarios



ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS



IMPACTO DE LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA EN LA CARGA DE TRABAJO DEL SFH



- No ha supuesto una carga de trabajo adicional significativa
- Ha supuesto una carga de trabajo adicional, pero lo hemos podido asumir sin demasiados problemas organizando mejor el trabajo
- Ha supuesto una carga de trabajo adicional significativa, pero ha sido compensada con más recursos suficientes para realizarla
- Ha supuesto una carga de trabajo adicional significativa. Se han puesto recursos adicionales pero no suficientes para poder realizarlo bien
- Está siendo una carga de trabajo adicional inasumible para el servicio

Para la gran mayoría de los SFH la DC ha supuesto una carga de trabajo adicional significativa (90%). Para el 43% se ha resuelto con recursos adicionales, y para el restante 48% se han dispuesto más recursos, aunque insuficientes.

Muestra: 21 Farmacéuticos Hospitalarios

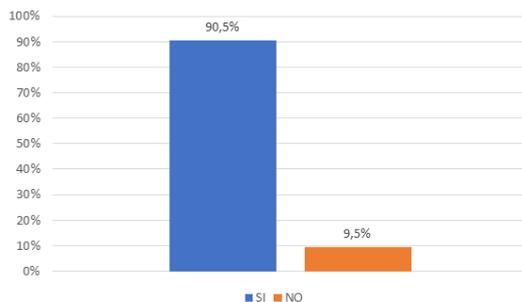
Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS



IMPACTO DE LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA EN LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

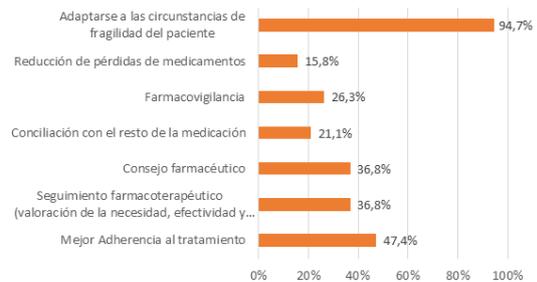
IMPACTO POSITIVO DE LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA EN LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA



La gran mayoría de los FH encuestados (91%) creen que la dispensación colaborativa tiene un impacto positivo en la calidad de la prestación farmacéutica.

Muestra: 21 Farmacéuticos Hospitalarios

TIPO DE IMPACTO POSITIVO EN LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA



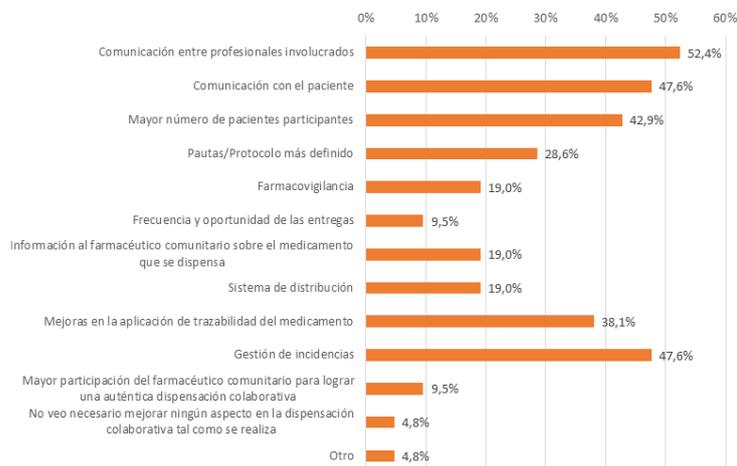
En concreto, le dan mucho valor a la mayor adaptación a las circunstancias de fragilidad del paciente (95%), seguido de una mayor adherencia al tratamiento (47%), seguimiento y consejo farmacéuticos (37% cada una de ellas).

Hiris

ENCUESTAS A FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS



¿CÓMO MEJORAR LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA?



Los FH encuestados consideran que debería haber una **mejor comunicación entre los profesionales involucrados (52%)**, una **mejor comunicación con el paciente (48%)**, una **mejor gestión de incidencias (48%)** y una **mayor extensión a pacientes (43%)**.

Muestra: 21 Farmacéuticos Hospitalarios

Hiris

Encuestas a Pacientes

Hiris

FICHA TÉCNICA

- Se realizaron **48 encuestas online a pacientes** participantes en los programas de dispensación colaborativa de las cinco Comunidades Autónomas (Andalucía, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Navarra) con dicha modalidad en funcionamiento. Nueve de Andalucía, catorce de Cantabria, ocho de Cataluña, diez de Comunidad Valenciana y siete de Navarra.
- La selección de todos los pacientes se llevó a cabo desde los Servicios de Farmacia Hospitalaria de los hospitales participantes en la dispensación colaborativa.
- Las encuestas estructuradas, constaban de cuatro preguntas clasificatorias (edad, género, lugar de residencia y enfermedad por la que reciben el medicamento DHDH), y veintiuna preguntas de valoración sobre el funcionamiento del programa. De ellas, dieciocho preguntas eran de elección única, de las cuales seis eran de respuesta dicotómica, tres de ellas con posibilidad de complementar con respuesta abierta; tres preguntas de respuesta múltiple, y seis preguntas incluían una valoración cuantitativa de nueve ítems diferentes en total.
- Fase de campo realizada entre 17 de julio y el 18 de septiembre de 2023.
- Este estudio observacional fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Parc de Salut Mar (Barcelona) con número de protocolo 2022/10728 el 18 de abril de 2023 y por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos y productos sanitarios de Cantabria con el número de protocolo 2022/10728 el 2 de junio de 2023.

Hiris

Opinión de Pacientes Principales hallazgos (1)

- El 48% de los pacientes reside a más de 20 km del hospital donde recogían su medicamento DHDH; 19% a más de 50 km.
- Casi un cuarto de los pacientes (22,9%) han faltado alguna vez al trabajo para recoger el medicamento DHDH en el SFH. Una mayoría (77%) no ha necesitado faltar.
- Más de la mitad de los pacientes (58%) gastan 5 euros o más en cada trayecto para ir a recoger el medicamento DHDH al SFH. Para el 29% el coste por trayecto es mayor de 15 euros.
- Dos tercios de los pacientes (69%) han estado recogiendo la medicación DHDH en el SFH durante más de 3 años. Un 21% durante 10 años o más.
- La mayoría de los pacientes (58,4%) afirma que ha tenido que esperar entre 5 y 20 minutos para poder recoger su medicamento DHDH en el SFH. Aunque un cuarto (25%) señala que han sido más de 30 minutos de media.
- El 92% afirma que no tiene que esperar más de 5 minutos para recoger su medicamento DHDH en la FC.
- Lo que más valoran los pacientes de recoger sus medicamentos DHDH en la FC, es no emplear tiempo en trasladarse (98%) y el ahorro de dinero en traslados (94%). También la mayor amplitud de horarios (69%).

Hiris

Opinión de Pacientes Principales hallazgos (2)

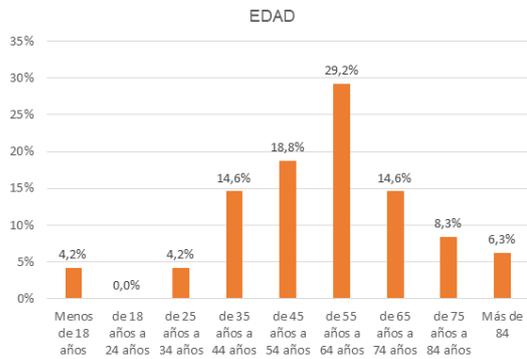
- Aunque casi dos de cada tres pacientes (65%) no encuentran ventajas en recoger sus medicamentos DHDH en el SFH, un número significativo de pacientes (21%) considera que le explicaban con más detalle los medicamentos DHDH que estaban tomando en el SFH y que el FH estaba mejor preparado para dispensar esta medicación.
- La confianza de los pacientes en los profesionales que entregan la medicación DHDH es superior en el modelo de DC. La confianza plena asciende de un 65% cuando la dispensación se hace en el servicio de farmacia hospitalaria al 81% cuando se realiza en el modelo de dispensación colaborativa con la participación de la farmacia comunitaria.
- La inmensa mayoría de los pacientes (98%) opinan que se guarda plena privacidad del paciente durante la entrega del medicamento DHDH en la FC.
- La gran mayoría de pacientes (92%) no han tenido incidencias durante la recogida del medicamento DHDH en la FC.
- El 85% de los pacientes se muestran totalmente satisfechos con la DC, en comparación con el 48% cuando recibía la medicación en el SFH. Todos los pacientes valoran con 8 sobre 10 o por encima su satisfacción global con la DC.
- Todos los pacientes entrevistados recomiendan continuar con este modelo de dispensación colaborativa.

Hiris

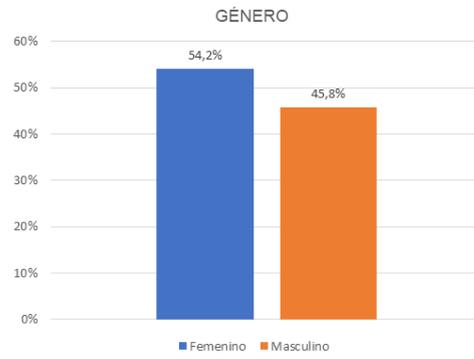
ENCUESTAS A PACIENTES



EDAD Y GÉNERO DE LOS PACIENTES



La mayoría de los pacientes se encuentran entre los 45 y los 64 años (48%), aunque existen también pacientes de menos de 18 años (4%) y de más de 85 (6%).



Hay una **distribución homogénea** en cuanto a género entre los pacientes encuestados.

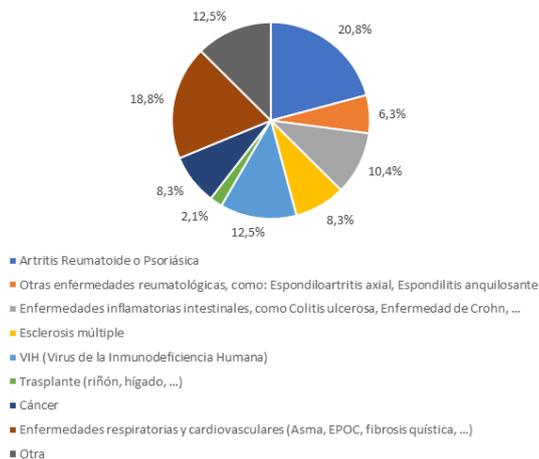
Muestra: 48 pacientes



ENCUESTAS A PACIENTES

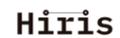


ENFERMEDAD QUE PADECEN LOS PACIENTES



Las enfermedades más frecuentes entre los pacientes que recogen medicamentos DHDH son **enfermedades reumatológicas (27%)**, **enfermedades respiratorias y cardiovasculares (19%)**. Otras a continuación son VIH (13%), inflamatorias intestinales (10%), cáncer (8%) y esclerosis múltiple (8%).

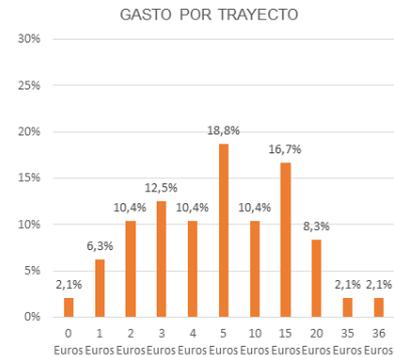
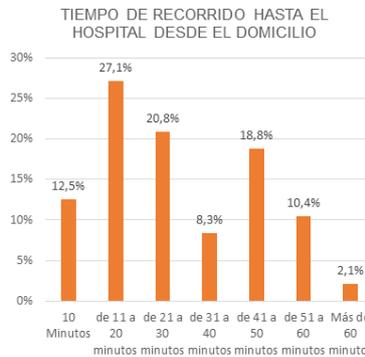
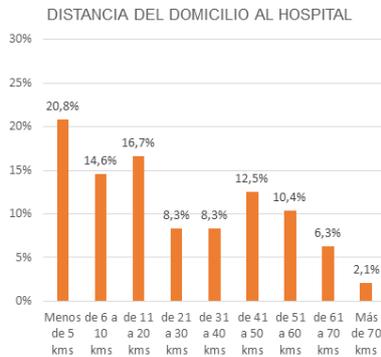
Muestra: 48 pacientes



ENCUESTAS A PACIENTES



DISTANCIA, TIEMPO Y COSTE DESDE EL DOMICILIO HASTA EL HOSPITAL



Casi la mitad de los pacientes (**48%**) residen a más de 20 km del hospital donde recogían su medicamento DHDH. Y **19%** a más de 50 kms.

Más de la mitad de los pacientes (**60%**) residen a más de 20 minutos del hospital donde recogían su medicamento DHDH. El doble si se considera el traslado de ida y vuelta (solo tiempo de traslado).

También más de la mitad de los pacientes (**58%**) gastan 5 euros o más en cada trayecto para ir a recoger el medicamento DHDH al SFH. Para el 29% el coste por trayecto es mayor de 15 euros.

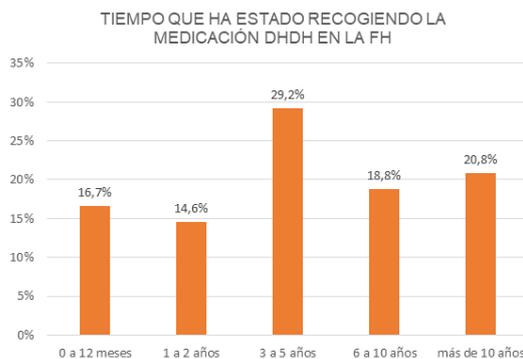
Muestra: 48 pacientes

Hiris

ENCUESTAS A PACIENTES



TIEMPO DURANTE EL QUE EL PACIENTE HA RECOGIDO EL MEDICAMENTO DHDH EN LA FH Y EN LA FC



Dos tercios de los pacientes (**69%**) han estado recogiendo la medicación DHDH en el SFH durante más de 3 años. Un 21% durante 10 años o más.



Una mayoría de pacientes (**90%**) lleva ya más de un año recogiendo su medicamento DHDH en la FC.

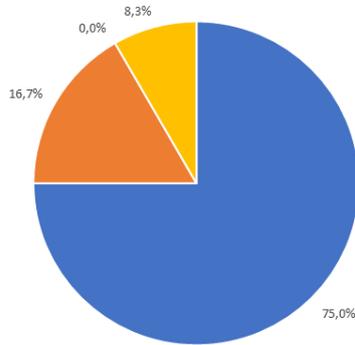
Muestra: 48 pacientes

Hiris

ENCUESTAS A PACIENTES



Nº DE MEDICAMENTOS DHDH DISTINTOS QUE RECOGE EN LA FC



Tres cuartas partes de los pacientes (75%) recogen solo un medicamento DHDH en la FC. Un 17% recogen dos y un 8,3% recogen más de tres.

■ Solo 1 medicamento ■ 2 medicamentos ■ 3 medicamentos ■ Más de 3 medicamentos

Muestra: 48 pacientes

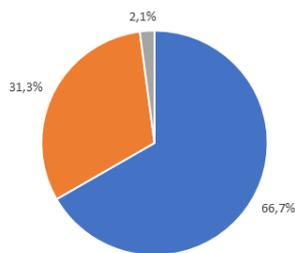
Hiris

ENCUESTAS A PACIENTES



PERSONA QUE ACUDE A LA FH Y A LA FC A POR EL MEDICAMENTO DHDH

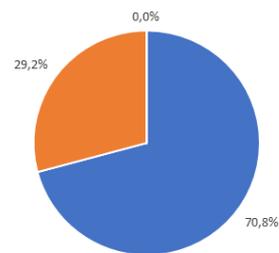
QUIÉN ACUDÍA A POR EL MEDICAMENTO DHDH A LA FH



■ Yo mismo ■ Familiar ■ Otro (vecino, cuidador, amigo,...)

La mayoría de los pacientes acuden ellos mismos a por el medicamento DHDH al SFH (67%). No obstante, uno de cada tres asegura que lo recoge un familiar (31%).

QUIÉN ACUDE A POR EL MEDICAMENTO DHDH A LA FC



■ Yo mismo ■ Familiar ■ Otro (vecino, cuidador, amigo,...)

Aumenta el número de pacientes que acuden ellos mismos a la FC a por el medicamento DHDH hasta el 70,8%.

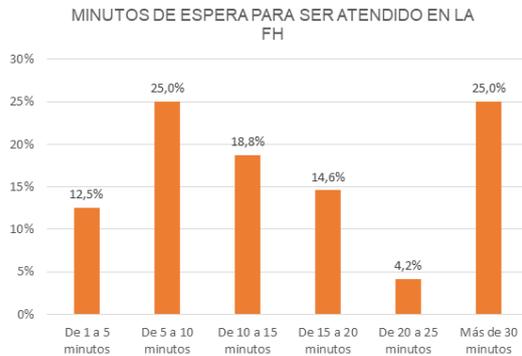
Muestra: 48 pacientes

Hiris

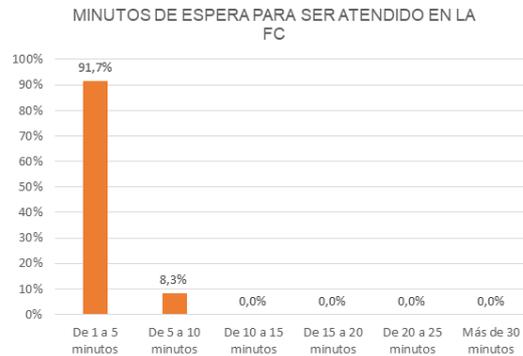
ENCUESTAS A PACIENTES



MINUTOS DE ESPERA PARA SER ATENDIDO Y RECOGER EL MEDICAMENTO DHDH



Un cuarto de los pacientes (25%) afirma que tenía que esperar de media más de 30 minutos para poder recoger su medicamento DHDH en el SFH. 38% entre 10 y 25 minutos y 13% menos de 5 minutos.



Una gran mayoría de los pacientes (92%) afirma que no tiene que esperar más de 5 minutos para recoger su medicamento DHDH en la FC. El resto (8%) esperan entre 5 y 10 minutos.

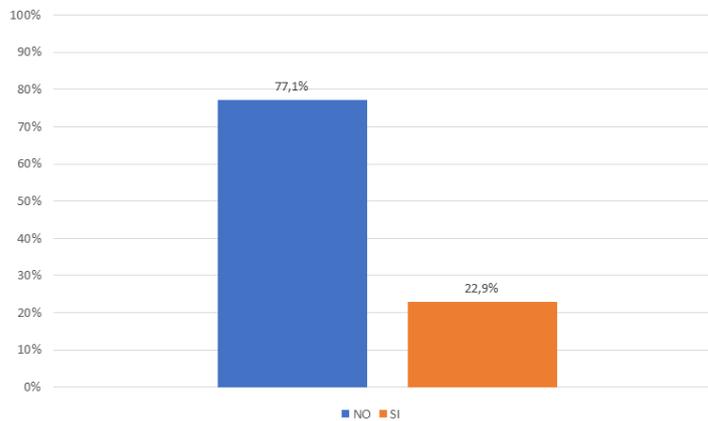
Muestra: 48 pacientes

Hiris

ENCUESTAS A PACIENTES



AUSENCIA AL TRABAJO PARA RECOGER EL MEDICAMENTO DHDH EN LA FH



Casi un cuarto de los pacientes (22,9%) han faltado alguna vez al trabajo para recoger el medicamento DHDH en el SFH. Una mayoría (77%) no ha necesitado faltar.

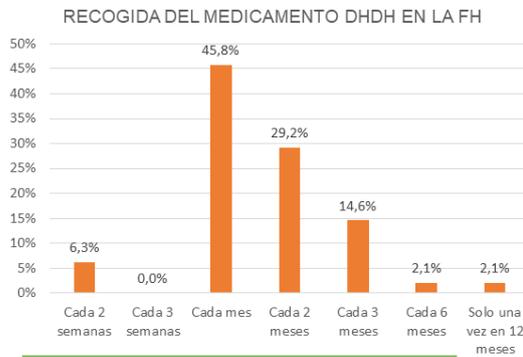
Muestra: 48 pacientes

Hiris

ENCUESTAS A PACIENTES

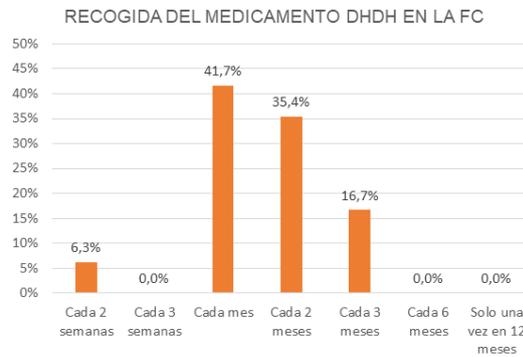


TIEMPO ENTRE ENTREGAS DEL MEDICAMENTO DHDH EN LA FH Y EN LA FC



La mayoría de los pacientes (52%) acudían al menos una vez por mes a recoger su medicamento DHDH en el SFH.

Muestra: 48 pacientes



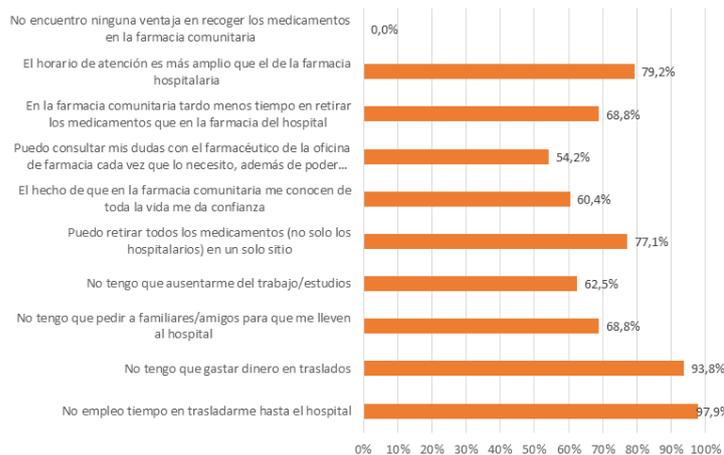
La distribución del periodo entre recogidas de medicamento en la dispensación colaborativa es muy similar a la que se hacía en la dispensación hospitalaria. Con una ligera tendencia hacia periodos más prolongados.

Hiris

ENCUESTAS A PACIENTES



ASPECTOS QUE SE VALORAN POSITIVAMENTE DE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DHDH A TRAVÉS DE LA FC



Todos los pacientes encuentran ventajas en recoger sus medicamentos DHDH en la FC. Lo que más valoran es no emplear tiempo en trasladarse (98%) y el ahorro de dinero en traslados (94%). También la mayor amplitud de horarios (69%).

Muestra: 48 pacientes

Hiris

ENCUESTAS A PACIENTES



ASPECTOS QUE CONSIDERA MEJOR DE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DHDH EN LA FH



Casi dos de cada tres pacientes (65%) no encuentran ventajas en recoger sus medicamentos DHDH en el SFH. No obstante, un 21% considera que le explicaban con más detalle los medicamentos DHDH que estaban tomando en el SFH. Un número similar considera al FH mejor preparado para dispensar esta medicación.

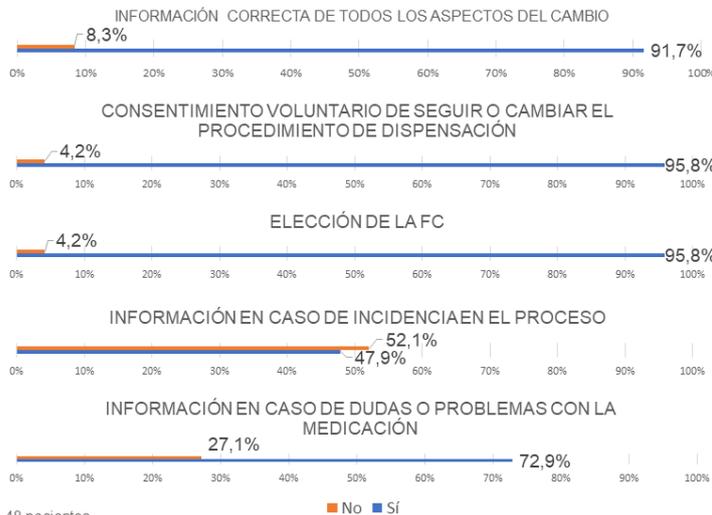
Muestra: 48 pacientes

Hiris

ENCUESTAS A PACIENTES



VALORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE INCLUSIÓN EN EL CIRCUITO DE DISPENSACIÓN COLABORATIVA



La gran mayoría de los pacientes considera que le han informado correctamente de todos los aspectos del cambio (92%), ha podido dar su consentimiento voluntario para participar (96%) y ha podido elegir la FC donde recoger el medicamento DHDH. No obstante, aproximadamente la mitad de los pacientes (52%) afirma no haber recibido información suficiente en caso de incidencia en el proceso, y un 27% no haber recibido información en caso de dudas o problemas con la medicación.

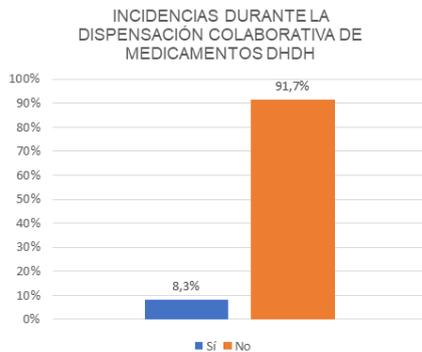
Muestra: 48 pacientes

Hiris

ENCUESTAS A PACIENTES



INCIDENCIAS DURANTE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DHDH



La gran mayoría de pacientes (92%) no han tenido incidencias durante la recogida del medicamento DHDH en la FC.



COMENTARIOS ADICIONALES:

He tenido que esperar alguna vez 2-3 días por no ir al hospital y ahorrar los 60km. Sobre todo en agosto, alguna vez se ha denegado el medicamento DHDH por falta de comunicación entre el médico especialista y la farmacia hospitalaria. Una vez se lo denegaron a la farmacia porque tardó demasiado en pedirlo y tuvo que explicárselo al del hospital.

Los cuatro pacientes que refieren incidencias han tenido que ver con la necesidad de volver a la FC porque el medicamento DHDH no estaba disponible.



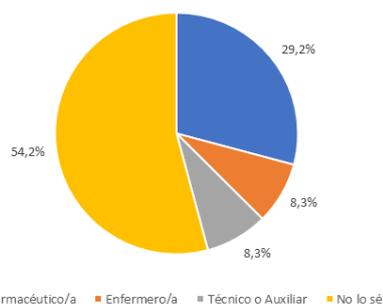
Muestra: 48 pacientes

ENCUESTAS A PACIENTES



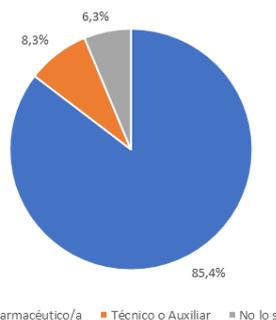
PROFESIONAL QUE ATIENDE EN LA FH Y FC DURANTE LA RECOGIDA DEL MEDICAMENTO DHDH

PROFESIONAL QUE LE ATENDÍA EN LA FH



La mayoría de los pacientes (54%) no conocen la especialidad del profesional sanitario que les atendía en el SFH. Un 29% afirma que era un farmacéutico/a.

PROFESIONAL QUE LE ATIENDE EN LA FC



La mayoría de los pacientes (85%) afirma conocer que en la FC les atiende un farmacéutico en el momento de recoger su medicamento DHDH.

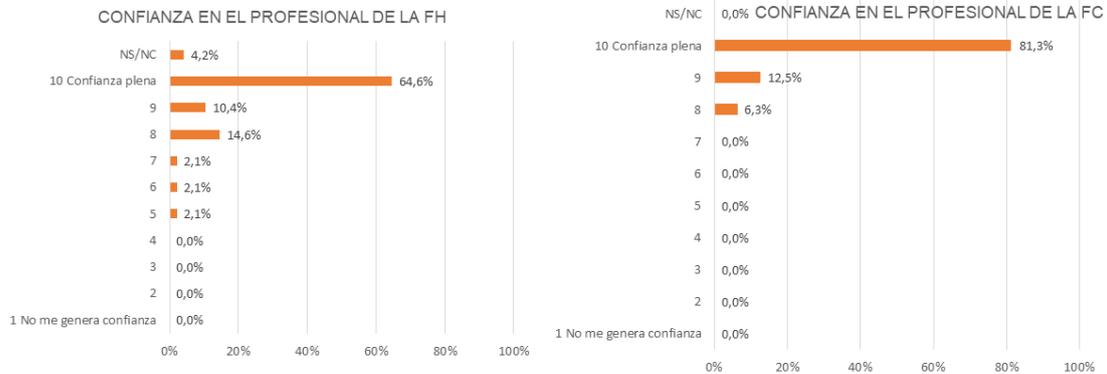


Muestra: 48 pacientes

ENCUESTAS A PACIENTES



GRADO DE CONFIANZA CON EL PROFESIONAL QUE ATIENDE AL PACIENTE DURANTE LA ENTREGA DEL MEDICAMENTO DHDH



La confianza de los pacientes en los profesionales que entregan la medicación DHDH es superior en el modelo de DC. La confianza plena asciende de un 65% cuando la dispensación se hace en el servicio de farmacia hospitalaria al 81% cuando se realiza en el modelo de dispensación colaborativa con la participación de la farmacia comunitaria.

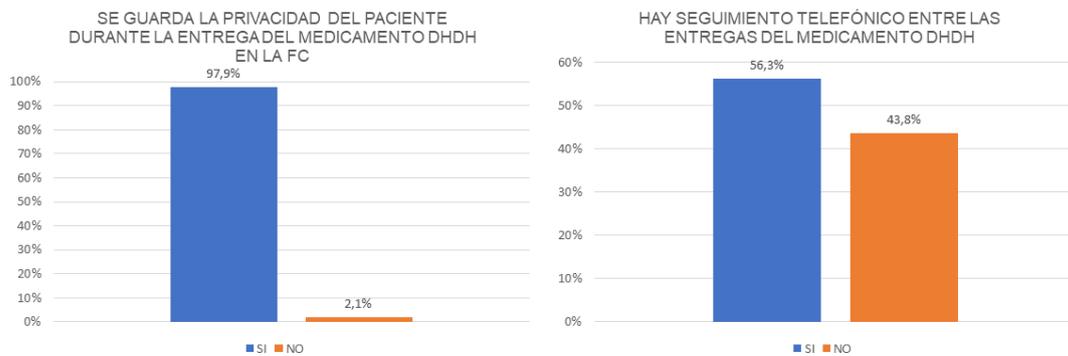
Muestra: 48 pacientes

Hiris

ENCUESTAS A PACIENTES



PRIVACIDAD DEL PACIENTE Y SEGUIMIENTO ENTRE ENTREGAS DEL MEDICAMENTO DHDH



La inmensa mayoría de los pacientes (98%) opinan que se garantiza plena privacidad del paciente durante la entrega del medicamento DHDH en la FC.

Un poco más de la mitad de los pacientes (56%) no recibe seguimiento telefónico entre las entregas del medicamento DHDH, aunque casi la mitad afirma que sí obtienen (44%).

Muestra: 48 pacientes

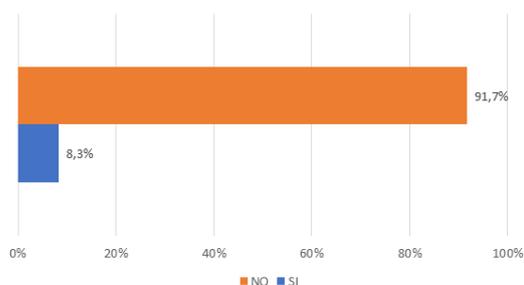
Hiris

ENCUESTAS A PACIENTES



PROPUESTAS DE MEJORA DE LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA

DEBERÍA MEJORAR ALGÚN ASPECTO DE LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA Y LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS DHDH EN FC



La gran mayoría de los pacientes (**92%**) no observa ningún aspecto necesario de mejora de la dispensación colaborativa.

Muestra: 48 pacientes

POSIBLES MEJORAS ENTRE LOS QUE SÍ LAS PROPONEN (4 pacientes):

Debería existir una conexión entre el médico y la farmacia del hospital porque facilitaría las incidencias. Esto mejoraría mucho el proceso.

Deberían remunerar a las farmacéutica/os comunitaria/os por el servicio.

La petición del medicamento la tengo que realizar telefónicamente a la FH para que la envíe a la FC. Para tratamientos crónicos esto se podría evitar con el envío automático del medicamento, sin necesidad una petición telefónica.

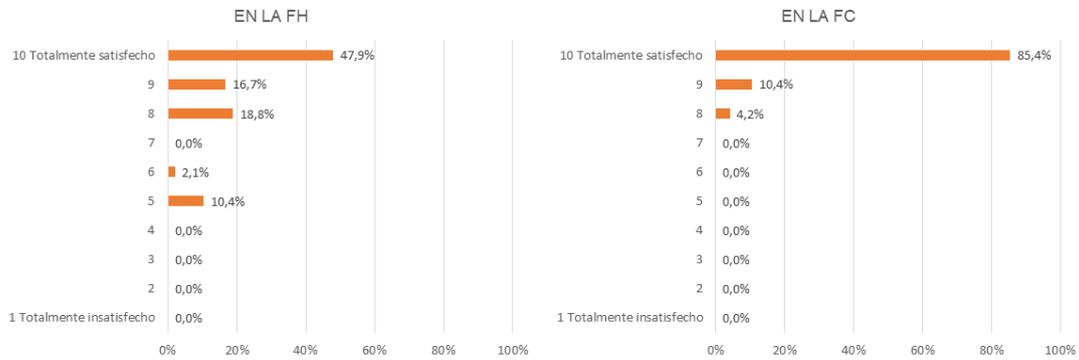
Posibilidad de entregar a domicilio.

Hiris

ENCUESTAS A PACIENTES



SATISFACCIÓN GLOBAL CON LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA



Una comparación del índice de satisfacción global con la dispensación colaborativa con respecto a la dispensación en farmacia hospitalaria muestra una rotunda mejoría. 85% de los pacientes se muestran totalmente satisfechos con la DC, en comparación con el 48% cuando recibía la medicación en la farmacia hospitalaria. Por otra parte, todos los pacientes valoran con 8 sobre 10, o por encima, su satisfacción global con la DC.

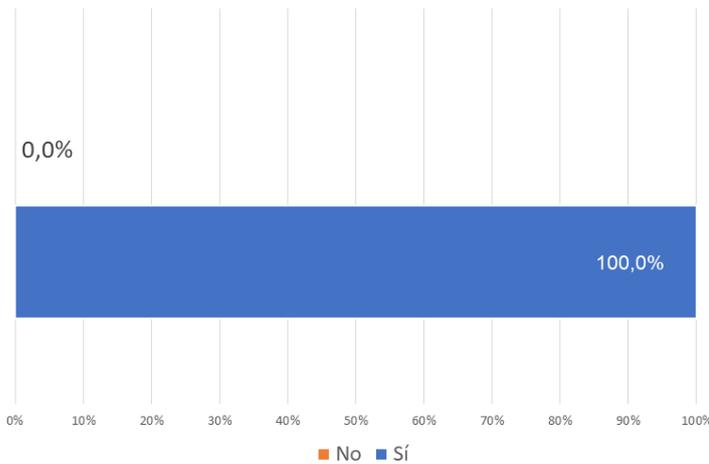
Muestra: 48 pacientes



ENCUESTAS A PACIENTES

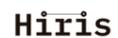


RECOMENDACIÓN DE SEGUIR CON LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA



Todos los pacientes entrevistados recomiendan continuar con este modelo de dispensación colaborativa.

Muestra: 48 pacientes



Encuestas a Responsables de prestación farmacéutica

Hiris

FICHA TÉCNICA

- Se realizaron **11 encuestas online** a seis **responsables de ámbito autonómico de prestación farmacéutica o de asistencia sanitaria de Comunidades Autónomas** sin proyectos de dispensación colaborativa (DC) en la actualidad, y a cinco responsables del mismo perfil en las cinco CCAA con proyectos de DC en funcionamiento (Andalucía, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Navarra).
- Las encuestas constaban en el caso de responsables de CCAA con DC de siete preguntas estructuradas, cinco de ellas de respuesta múltiple, una de respuesta dicotómica y una pregunta con ocho ítems de valoración cuantitativa. En el caso de responsables de CCAA sin DC, la encuesta constaba de ocho preguntas, tres de respuesta múltiple, cuatro dicotómicas y una de elección única entre tres opciones.
- Fase de campo realizada entre **17 de julio y el 15 de septiembre de 2023**.
- Este estudio observacional fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Parc de Salut Mar (Barcelona) con número de protocolo 2022/10728 el 18 de abril de 2023 y por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos y productos sanitarios de Cantabria con el número de protocolo 2022/10728 el 2 de junio de 2023.

Opinión de Responsables de CCAA con y sin Dispensación Colaborativa

Principales hallazgos (1)



- Los aspectos de la DC más valorados por todos son: **mayor facilidad, comodidad y satisfacción para el paciente** (80% de los responsables con DC y 67% de los responsables sin DC), así como la **mayor integración y aprovechamiento de la red de FC en el SNS** (80% de los responsables con DC y 67% de los responsables sin DC).
- Los responsables sin DC valoran de la dispensación hospitalaria en primer lugar que garantiza **mejor la seguridad y trazabilidad del medicamento DHDH** (40%) y los responsables con DC la **mejor colaboración entre la FH y los servicios médicos para el seguimiento del paciente**.
- Los responsables con DC **valoran muy positivamente todas las dimensiones de la DC** (7,4 sobre diez), especialmente la **integración y labor del distribuidor** (8), la **trazabilidad del medicamento** (7,8), la **colaboración y adaptación de las FC** (7,6) y el **sistema de comunicación con el paciente** (7,6).

Hiris

Opinión de Responsables de CCAA con y sin Dispensación Colaborativa

Principales hallazgos (1)



- Tanto para los responsables con DC como aquellos que no la tienen, la mayor barrera para la DC es la **resistencia por parte de los servicios de FH** (100% de los responsables con DC y 83% de los responsables sin DC), seguido de los recursos adicionales solicitados por estos servicios (80% de los responsables con DC y 50% de los responsables sin DC).
- Para los responsables con DC debería **mejorar, sobre todo, la digitalización de todo el proceso** (80%). En segundo lugar, **ex - aequo** (60%): la **comunicación interprofesional, la formación del FC y la resolución de incidencias**.
- De los responsables sin DC, la mayoría (66,7%) **desearía implantar la DC en su Comunidad Autónoma**. No obstante, uno de cada dos responsables sin DC tiene perspectivas de que la DC se implementará en su Comunidad Autónoma en algún momento, y el otro 50% cree que no.
- Todos los responsables con DC (100%) creen que **debería extenderse la DC al conjunto del SNS**. También la mayoría los responsables sin DC creen que tendría sentido (67%).

Hiris

ENCUESTAS A RESPONSABLES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA



ASPECTOS QUE VALORA POSITIVAMENTE DE LA DISP. COLABORATIVA



Los aspectos más valorados de la **Disp. Colaborativa (DC)** por todos son la **mayor facilidad, comodidad y satisfacción para el paciente**, así como la **mayor integración y aprovechamiento de la red de FC en el SNS.**

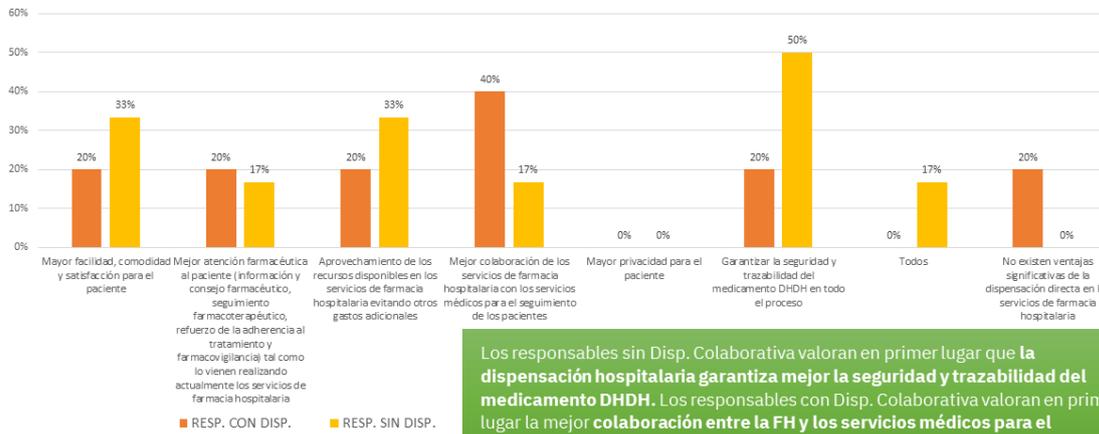


Muestra: 5 Resp. Con Disp. y 6 Resp. Sin Disp.

ENCUESTAS A RESPONSABLES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA



ASPECTOS QUE VALORA POSITIVAMENTE DE LA DISP. DE MEDICAMENTOS DHDH DIRECTAMENTE EN LOS SERVICIOS DE FH



Los responsables sin Disp. Colaborativa valoran en primer lugar que la **dispensación hospitalaria garantiza mejor la seguridad y trazabilidad del medicamento DHDH**. Los responsables con Disp. Colaborativa valoran en primer lugar la **mejor colaboración entre la FH y los servicios médicos para el seguimiento del paciente.**

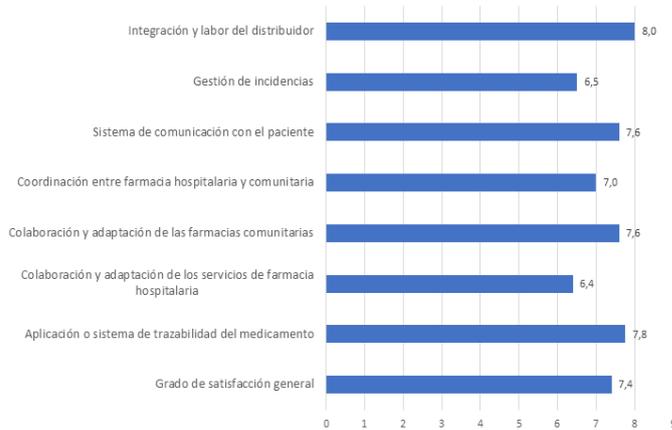


Muestra: 5 Resp. Con Disp. y 6 Resp. Sin Disp.

ENCUESTAS A RESPONSABLES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA



GRADO DE SATISFACCIÓN CON LOS DIFERENTES ASPECTOS DE LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA
Respuesta de Responsables Con Dispensación Colaborativa



Los responsables con Disp. Colaborativa valoran muy positivamente todas las dimensiones de la Disp. Colaborativa, especialmente la **integración y labor del distribuidor (8)**, la **trazabilidad del medicamento (7,8)**, la **colaboración y adaptación de las farmacias comunitarias (7,6)** y el sistema de **comunicación con el paciente (7,6)**.

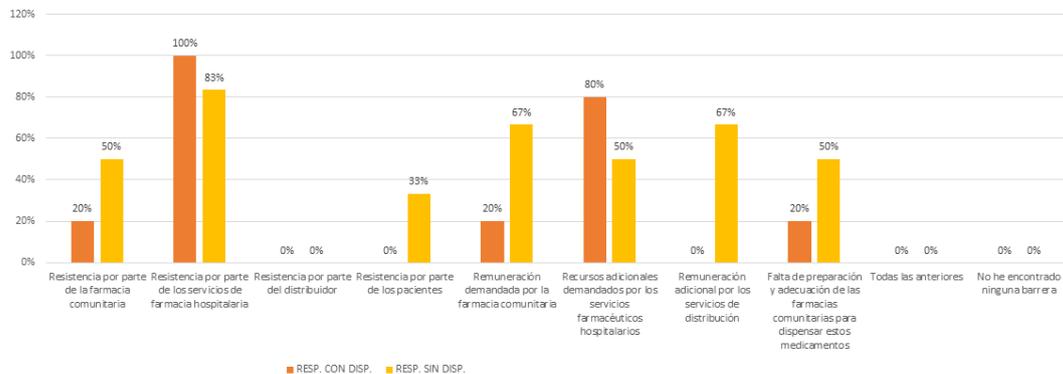
Muestra: 5 Resp. Con Disp..

Hiris

ENCUESTAS A RESPONSABLES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA



DIFICULTADES O BARRERAS PARA IMPLANTAR O EXTENDER LA DISPENSACIÓN



Tanto para los Resp. Con Disp. Colaborativa como para aquellos que no la tienen, **la mayor barrera es la resistencia por parte de los servicios de farmacia hospitalaria**, seguido de los recursos adicionales solicitados por estos servicios. No se aprecia sin embargo una resistencia por parte de los pacientes. 1 de cada 5 (Resp. con DC) y uno de cada dos (Resp. sin DC) aprecian falta de preparación en las FC.

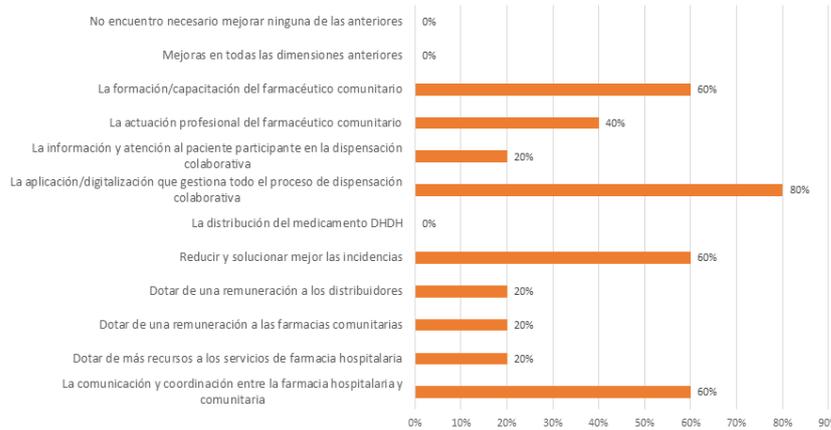
Muestra: 5 Resp. Con Disp. y 6 Resp. Sin Disp.

Hiris

ENCUESTAS A RESPONSABLES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA



ASPECTOS QUE DEBERÍAN MEJORAR DE LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA
Respuesta de Responsables Con Dispensación Colaborativa



Para los responsables con Disp. Colaborativa debería mejorar, sobre todo, la digitalización de todo el proceso. En segundo lugar, ex-aequo: la comunicación interprofesional, la formación del FC y la resolución de incidencias.

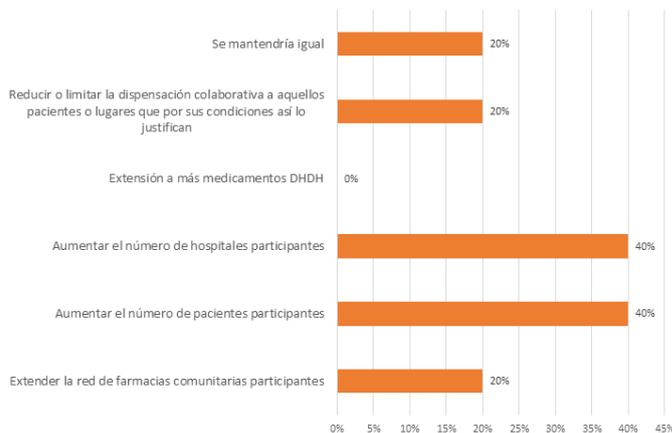
Hiris

Muestra: 5 Resp. Con Disp.

ENCUESTAS A RESPONSABLES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA



PERSPECTIVAS DE FUTURO PARA LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA
Respuesta de Responsables Con Dispensación Colaborativa



Un mayor número de responsables con Disp. Colaborativa opinan que **en el futuro se aumentará el número de hospitales y el número de pacientes participantes, que quienes opinan que se reducirá o discontinuará.** No se prevé, sin embargo, la inclusión de nuevos medicamentos.

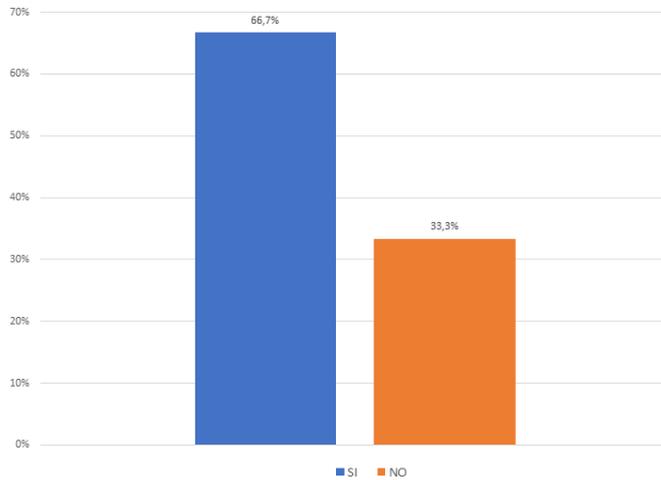
Hiris

Muestra: 5 Resp. Con Disp.

ENCUESTAS A RESPONSABLES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA



DESEO DE IMPLANTAR LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA
Respuesta de Responsables Sin Dispensación Colaborativa



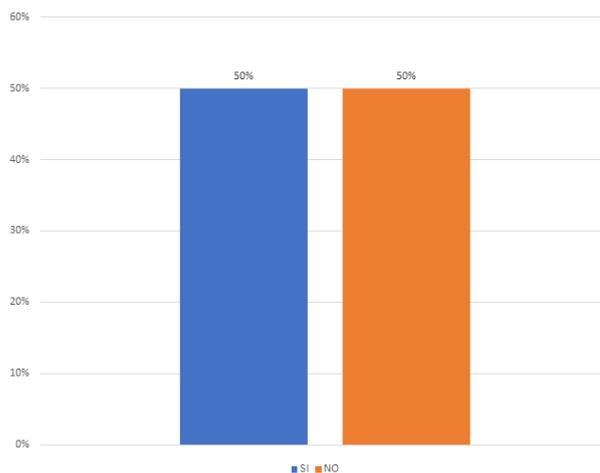
De los responsables sin Disp. Colaborativa, la mayoría (66,7%) desearía implantar la Disp. Colaborativa en su Comunidad Autónoma.

Hiris

ENCUESTAS A RESPONSABLES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA



PREVISIÓN PARA IMPLANTAR LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA
Respuesta de Responsables Sin Dispensación Colaborativa



Sin embargo, uno de cada dos responsables sin Disp. Colaborativa tiene perspectivas de que se implementará la Disp. Colaborativa en su Comunidad Autónoma en algún momento, y el otro 50% cree que no.

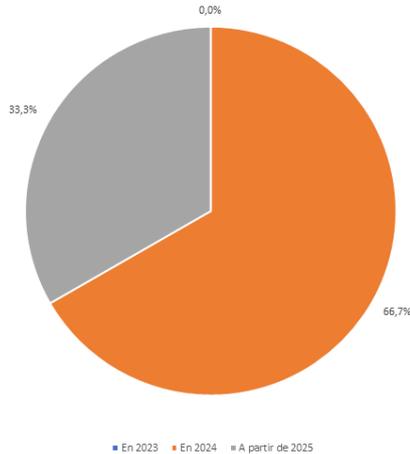
Hiris

Muestra: 6 Resp. Sin Disp.

ENCUESTAS A RESPONSABLES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA



AÑO DE IMPLANTACIÓN EN CASO DE TENER PREVISTA LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA
Respuesta de Responsables Sin Dispensación Colaborativa



De los tres responsables sin Disp. Colaborativa que sí tienen perspectiva de implementar la Disp. Colaborativa en su Comunidad, **la mayoría (66,7%) cree que se llevará a cabo en 2024**. El otro tercio opina que será a partir de 2025.

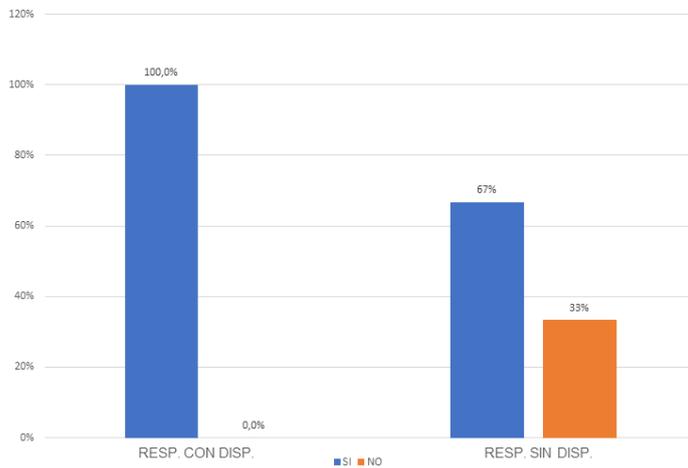
Muestra: 6 Resp. Sin Disp.

Hiris

ENCUESTAS A RESPONSABLES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA



¿TIENE SENTIDO EXTENDER LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA EN EL CONJUNTO DEL SNS?



Todos los responsables con Disp. Colaborativa creen que **debería extenderse la Disp. Colaborativa al conjunto del SNS**. También la mayoría de los responsables sin Disp. Colaborativa creen que debería extenderse (67%).

Muestra: 5 Resp. Con Disp. y 6 Resp. Sin Disp.

Hiris

Referencias

- AIREF. (2020). Gasto Hospitalario del Sistema Nacional de Salud: Farmacia e Inversión en Bienes de Equipo. Disponible en: <https://www.airef.es/wp-content/uploads/2020/10/SANIDAD/PDF-WEB-Gasto-hospitalario-del-SNS.pdf>
- Andalucía. (2021). Convenio de colaboración entre el servicio andaluz de salud y el consejo andaluz de colegios oficiales de farmacéuticos de andalucía para la entrega por las oficinas de farmacia a los pacientes externos de los medicamentos de dispensación hospitalaria. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2021-05/CONVENIO%20SAS-CACOF%20Dispensacion%20hospitalaria.pdf>
- CGCOF. (2021). Estudio y valoración de experiencias de dispensación colaborativa de medicamentos de Diagnóstico hospitalario y Dispensación hospitalaria (DHDH) durante la COVID-19. Disponible en: <https://www.farmacéuticos.com/wp-content/uploads/2021/10/INFORME-HIRIS-20-07-2021.pdf>
- Eurostat. (2023). Labour productivity per person employed and hour worked (EU27_2020=100). Recuperado el día 2 de octubre de 2023 de <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TESEM160/default/table?lang=en>
- IDAE. (Sin Fecha). Consumo y emisiones de CO2. Recuperado el día 2 de octubre de 2023 de <https://coches.idae.es/consumo-de-carburante-y-emisiones>
- INE. (Sin Fecha a). Encuesta de Población Activa (EPA). Serie histórica (Datos en miles de personas). Recuperado el día 2 de octubre de 2023 de https://www.ine.es/prensa/epa_tabla.htm
- INE. (Sin Fecha b). Población por nacionalidad, sexo y comunidad autónoma. Media de los cuatro trimestres del año. Recuperado el día 3 de octubre de 2023 de <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=4927&L=0>
- SEFH. (2015). Informe sobre la situación de los servicios de farmacia hospitalaria: Infraestructuras, recursos y actividad. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/informe-situacion-sfh-2015/libroblanco_sefhFIN.pdf
- SEFH. (2019). Libro blanco de la farmacia hospitalaria. Informe sobre la situación de los servicios de farmacia hospitalaria: Infraestructuras, recursos y actividad. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/informe-situacion-sfh-2019/libro_blanco_de_la_farmacia_hospitalaria.pdf?ts=20200902164230

Evaluación de Experiencias de Dispensación Colaborativa de Medicamentos de Diagnóstico Hospitalario y Dispensación Hospitalaria (DHDH) y Recomendaciones de Buenas Prácticas

Desarrollado por:

Hiris



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España