

# Estudio y valoración de experiencias de dispensación colaborativa de medicamentos de Diagnóstico hospitalario y Dispensación hospitalaria (DHDH) durante la COVID-19

octubre 2021



**Hiris**

 **Farmacéuticos**  
Consejo General de Colegios Farmacéuticos

El estudio ha sido coordinado por el Comité Director constituido en el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, compuesto por las siguientes personas:

- Jordi de Dalmases, Vicepresidente
- Raquel Martínez, Secretaria General
- Ana Isabel López – Casero, Tesorera
- Ana Herranz, Vocal Nacional de Farmacéuticos en los Servicios de Farmacia Hospitalaria
- Carmen Recio, Directora de Gabinete de Presidencia
- Natividad Calvente, Directora de Formación, Innovación y Relaciones Institucionales

Edita: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España.

# Presentación

La situación de pandemia producida por la COVID-19 que impulsó la publicación de la Orden Ministerial SND/293/2020, de 25 de marzo, permitió a cada Comunidad Autónoma establecer las medidas oportunas para garantizar la dispensación de medicamentos de diagnóstico hospitalario para la dispensación a pacientes externos (DHDH). Así, las Autoridades Sanitarias y Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF) de diferentes CCAA trabajaron de manera coordinada para establecer procedimientos excepcionales en la dispensación de dichos medicamentos a aquellos pacientes con un elevado riesgo clínico por presentar posibles compromisos inmunitarios, fragilidad o comorbilidades que les hicieran especialmente susceptibles a la infección.

Se consideró necesario evitar que este tipo de pacientes acudiera a los centros hospitalarios a recoger su medicamento DHDH, razón por la cual se idearon sistemas alternativos de dispensación de medicación que implicaban a las farmacias comunitarias, potenciando la práctica colaborativa entre profesionales de dos niveles asistenciales diferentes. De ahí que el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) elaborara un protocolo general de recomendaciones para homogeneizar estos procedimientos de colaboración para la dispensación de medicamentos DHDH, que pudieran ser utilizados por los Colegios en las conversaciones mantenidas con sus CCAA para definir los protocolos específicos que se habrían de seguir en sus respectivos territorios.

Para evaluar esta iniciativa de colaboración, el CGCOF ha encargado a la consultora HIRIS Care el estudio denominado “Estudio y valoración de experiencias de dispensación colaborativa de medicamentos DHDH durante la COVID-19”. Concretamente, el estudio tiene los objetivos de: (i) entender la situación actual de los medicamentos DHDH en cuanto a su marco legal, dimensión económica y características de los pacientes; (ii) describir y comparar los procedimientos de dispensación colaborativa puestas en marcha en las diversas CCAA que la implantaron; y (iii) conocer las opiniones de los profesionales farmacéuticos de ambos niveles asistenciales, de los gestores que han tomado las decisiones correspondientes en cada Comunidad Autónoma, y de los pacientes beneficiarios de estas experiencias. Se trata de evaluar la idoneidad de la experiencia, las condiciones y garantías con las que se ha llevado a cabo, la satisfacción de unos y otros, su conveniencia y las áreas de mejora a tomar en cuenta para su eventual continuidad y extensión.

# TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO.....	4
1. ESTUDIO DE SITUACIÓN DE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DHDH PRE-COVID .....	11
1.1 MARCO LEGAL .....	12
Antecedentes y marco legal actual .....	12
Últimas adiciones al marco legal.....	12
Aplicación y litigiosidad en diferentes CCAA.....	14
1.2 PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES Y GASTO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN PACIENTES EXTERNOS.....	16
1.3 ESTIMACIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO, SOCIAL Y AMBIENTAL ATRIBUIBLE A LA DISPENSACIÓN HOSPITALARIA DE MEDICAMENTOS DHDH Y POSIBLES ALTERNATIVAS .....	25
1.4 TESTIMONIOS HUMANOS DE PACIENTES EXTERNOS.....	29
2. MODALIDADES DE DISPENSACIÓN COLABORATIVA DE MEDICAMENTOS DHDH PUESTAS EN MARCHA DURANTE LA COVID-19 .....	31
2.1 ESTUDIO COMPARATIVO DE PROTOCOLOS DE DISPENSACIÓN COLABORATIVA DURANTE LA COVID-19 .....	32
Marco legal durante la COVID-19 .....	32
Puesta en marcha de los protocolos de dispensación colaborativa.....	33
Objetivos del procedimiento de dispensación colaborativa .....	34
Génesis y participación en los nuevos circuitos colaborativos.....	34
Descripción y comparación de los circuitos establecidos .....	35
2.1.1 Tabla comparativa: Protocolos de las diferentes CCAA.....	39
2.2 ESTUDIO DE OPINIÓN A PACIENTES.....	40
Ficha técnica y características de los pacientes .....	40
Experiencia del paciente antes del estado de alarma .....	42
Experiencia del paciente durante el estado de alarma.....	44
Opinión de los pacientes.....	46
2.3 ESTUDIO A PROFESIONALES INVOLUCRADOS EN LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA DE LOS MEDICAMENTOS DHDH.....	49
Ficha técnica y características de los profesionales entrevistados.....	49
La puesta en marcha de la colaboración en la dispensación de medicamentos DHDH.....	51
Criterios de selección y comunicación con el paciente .....	53
Consentimiento del paciente, asignación de la FC y comienzo del procedimiento.....	53
Labor clave del distribuidor .....	53
Pacientes con medicamentos DHDH atendidos por las FC durante la COVID-19 .....	54
Cualificación de la FC y trazabilidad del proceso .....	54
Garantías de confidencialidad .....	55
Valoración, Ventajas e inconvenientes del circuito puesto en marcha .....	56
Alternativas para la dispensación de los medicamentos DHDH .....	58
Continuidad y Potenciales mejoras del circuito de colaboración en la dispensación .....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXO.....	65
ANÁLISIS POR FASES DE LOS PROTOCOLOS DE LAS CCAA .....	66
REUNIONES CON COMITÉS.....	73
COMITÉ ASESOR .....	74
Principales conclusiones del Comité Asesor .....	76
COMITÉ DE PACIENTES .....	78
Principales conclusiones del Comité de Pacientes.....	78

# RESUMEN EJECUTIVO

La situación de pandemia por COVID-19 indujo a las autoridades sanitarias de seis CCAA a poner en marcha mecanismos de colaboración entre los servicios de farmacia de los hospitales (SFH) y las farmacias comunitarias (FC) para la dispensación de medicamentos de diagnóstico hospitalario (DHDH) para pacientes externos en las FC cercanas al domicilio del paciente con objeto de evitar los riesgos que para estos pacientes suponía acudir al hospital a recoger su medicación. En algunas de estas CCAA ya existían experiencias o proyectos encaminados a poner en marcha una dispensación colaborativa en pacientes estables que hacen uso continuado de este tipo de medicamentos. Se puede decir, por tanto, que en estos casos la pandemia sirvió para impulsar estas experiencias de continuidad en la atención farmacéutica ya previstas o en fase de inicio.

Las iniciativas de colaboración en la dispensación de medicamentos DHDH durante la COVID-19 contaron siempre con el liderazgo y la activa participación de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF) y Consejos Autonómicos de Colegios, según el caso. Todas las instituciones involucradas facilitaron las condiciones legales y técnicas necesarias para alcanzar el objetivo de mantener la continuidad del tratamiento, con plenas garantías respecto de la calidad de la atención farmacéutica dispensada a estos pacientes y la reducción de riesgos de transmisión de la infección por SARS-CoV-2.

En primer lugar, el Ministerio de Sanidad mediante la Orden Ministerial SND/293/2020, de 25 de marzo, permitió que las CCAA pudieran establecer las medidas oportunas para garantizar la entrega de los medicamentos DHDH a pacientes sin ser dispensados en las dependencias del hospital. El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), por su parte, diseñó un protocolo general para servir de ayuda en el diseño e implantación homogénea de esta colaboración en la dispensación de medicamentos DHDH. Seis CCAA (Andalucía, Aragón, Cantabria, Catalunya, La Rioja y Navarra) se sumaron a dicha iniciativa, y para ello configuraron sus propios protocolos de dispensación colaborativa acordados con los COF respectivos.

Tanto los SFH como las FC involucradas se sumaron de manera entusiasta, voluntaria y altruista a la iniciativa cuando fueron requeridos. Su colaboración en la dispensación respondía a varios objetivos, entre los que podemos nombrar: (i) asegurar el acceso y continuidad de los tratamientos durante el confinamiento domiciliario decretado y las restricciones de transporte y movilidad, (ii) limitar la presencia en los centros hospitalarios de pacientes externos con el consiguiente riesgo para ellos, sus familiares, el personal sanitario y los pacientes hospitalizados.

El estudio que se ha llevado a cabo pretende describir y comparar las características de los protocolos de colaboración puestos en marcha en las seis CCAA durante la pandemia, y realizar una evaluación de dichas experiencias basada en encuestas de opinión a los pacientes, farmacéuticos comunitarios y de los SFH y profesionales de la gestión farmacéutica autonómica participantes. También se ha tenido presente la experiencia de la Distribución Farmacéutica. Previamente se describe la situación actual y evolución reciente de los medicamentos DHDH en España, analizando el marco legal, el perfil y experiencia de los pacientes, el gasto farmacéutico que conllevan, así como una estimación del impacto económico, social y ambiental que supone mantener la actual situación de dispensación de medicamentos DHDH en los SFH.

El objetivo último del estudio es contribuir con información rigurosa al debate en torno a una posible continuidad y extensión de estas experiencias buscando conciliar los diferentes intereses involucrados: calidad de la atención a los pacientes, sostenibilidad económica del Sistema Nacional de Salud, aprovechamiento de todos los recursos farmacéuticos comunitarios y hospitalarios en España, y desarrollo de mecanismos de continuidad asistencial en la atención farmacéutica entre niveles asistenciales (FC y SFH). Una vía para la extensión y continuidad de una colaboración que ha sido abierta legalmente por el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. También la AIReF, en su reciente informe de octubre de 2020 sobre el gasto farmacéutico hospitalario evalúa la dispensación de medicamentos DHDH a pacientes externos y recomienda revisar la actual situación y la aprobación de una nueva regulación específica en la materia, incluyendo la delimitación de competencias profesionales y la retribución a la FC.

## **Perfil de la medicación DHDH en España**

Con el fin de elaborar un perfil de los pacientes actualmente en medicación DHDH en España, el volumen de gasto que conllevan y el impacto social y económico que inducen hemos acudido a tres fuentes de referencia: los datos publicados por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, las memorias del Servicio Madrileño de Salud y el reciente informe sobre gasto farmacéutico en los SFH publicado por la AIReF. Como bien reconoce este último informe, se debe mejorar la transparencia sobre estas dimensiones del medicamento DHDH. Ni los Ministerio de Sanidad, ni el de Hacienda y

Administraciones Públicas ni la mayoría de las CCAA y sus Servicios Autonómicos de Salud publican regularmente estos datos de manera desagregada. En ocasiones se incluyen en las mismas tablas medicamentos a pacientes ambulatorios (administración en el propio hospital) con pacientes externos (administración fuera del hospital), o medicamentos hospitalarios (H) y de diagnóstico hospitalario (DH) dispensados a pacientes externos. El precio neto de compra no siempre es conocido debido a la naturaleza de las negociaciones de los acuerdos de compra entre los hospitales y los laboratorios, y los abonos retroactivos de diferente especie que estos realizan a los hospitales. En definitiva, existen muchas restricciones al estudio de estos medicamentos que deberían reducirse con una mayor transparencia de información, tal como solicita la AIReF. Basado en dichas referencias podemos resumir que en España existe cerca de un millón de pacientes externos en tratamiento con medicamentos hospitalarios. Un número que crece progresivamente en torno a un 5%-10% anual, según sean estimaciones de la SEFH o de AIReF. El importe económico de estos medicamentos supondría entre el 45%, estimado por la SEFH, y el 60%, estimado por la AIReF, del gasto farmacéutico hospitalario global, lo cual representaría entre 3.000 y 4.500 millones de euros en 2019 de gasto en medicamentos DHDH.

La mayor parte de los pacientes, 70%, son enfermos crónicos que llevan muchos años en tratamiento con esta medicación. Las principales indicaciones de estos medicamentos son infecciones por virus, esclerosis múltiple, enfermedades inflamatorias intestinales, artritis y espondiloartropatías inmunomediadas, psoriasis y tratamientos con hormona de crecimiento. Por tanto, muchos de estos enfermos tienen enfermedades que debutan en edades relativamente tempranas. Se desconoce el coste de administración y gestión de medicamentos involucrados en los SFH, aunque de acuerdo con el informe de AIReF basado en entrevistas y visitas a hospitales se reconoce que en la mayoría de las unidades de pacientes externos de los SFH (más del 75% en los hospitales de más de 500 camas y por encima del 95% de los de menor tamaño) el sistema no está automatizado, y por tanto recomienda una mayor inversión en la modernización de estos SFH, particularmente en hospitales de mayor tamaño.

Tomando en cuenta las estimaciones de número de pacientes en tratamiento DHDH, y utilizando los datos recogidos en las entrevistas a pacientes respecto de la frecuencia de visitas al SFH para recoger el tratamiento y las distancias recorridas o tiempos medios empleados, hemos calculado el impacto económico indirecto para los pacientes y la huella de carbono que representan estos desplazamientos. Estimamos en casi 10 millones de visitas al año de pacientes externos, 16 millones de horas perdidas, 448 millones de euros de productividad perdida, 705 millones de kms. recorridos y casi 200.000 toneladas de CO2 emitidas a la atmósfera.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Estimaciones basadas en el escenario descrito en el informe completo.

## **La puesta en marcha de la dispensación colaborativa de medicamentos DHDH durante la COVID-19: los protocolos de actuación**

El estudio comparativo de los protocolos para la colaboración en la dispensación de medicamentos DHDH contiene numerosas similitudes y pocas variaciones entre las CCAA o provincias que lo implantaron. Un resumen de los contenidos cubiertos por estos protocolos se describe en la tabla 2.1.1 del informe completo. Los protocolos de cada provincia se establecieron en tiempo record en colaboración entre las autoridades sanitarias, los COF y los SFH involucrados. La selección de pacientes a los que se ofreció la entrega de medicamentos DHDH en la FC la hicieron siempre los SFH, atendiendo de manera prioritaria, aunque no exclusivamente, a aquellos pacientes estables que presentasen un elevado riesgo clínico en caso de infección. La participación de los pacientes fue siempre voluntaria, recogiendo su previo consentimiento. También las FC participaron siempre de manera voluntaria y altruista, como ya se ha dicho, al igual que las empresas distribuidoras que se encargaron de la distribución del medicamento desde los SFH hasta la FC. El SFH fue el encargado de entrar en contacto con el paciente para informarle de esta opción y acordar la FC donde recibir el medicamento en la mayoría de CCAA, excepto Andalucía y en La Rioja. En la mayor parte de los casos se le ofrecía al paciente recoger el medicamento en la FC de su elección dentro de su municipio de residencia.

En todos los casos, la trazabilidad del medicamento desde su salida del SFH hasta la entrega al paciente, fue completa. Solo en dos CCAA se dispuso de un gestor informático para garantizar la trazabilidad. En las seis CCAA se estableció un canal de comunicación directa entre el SFH y la FC, excepto en Aragón, Andalucía y La Rioja donde esta comunicación se realizaba siempre a través del COF. En los protocolos de Andalucía y Aragón se explicitaba que en caso de incidencia, la FC debería comunicarla a través del COF, mientras en Cantabria, la FC debería comunicarla directamente al SFH.

En todas las CCAA, se contemplaba la opción de la entrega a domicilio del medicamento por parte de la FC, en casos de imposibilidad del paciente para desplazarse. El protocolo general del CGCOF llamaba a realizar la atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico de manera coordinada y colaborativa entre el SFH y la FC.

En general, no se contemplaba en ningún protocolo la realización de una evaluación de esta dispensación colaborativa, si bien en algún caso se han realizado alguna encuesta de satisfacción de pacientes.



## Opinión de los pacientes

Se realizaron un total de 50 encuestas telefónicas estructuradas a pacientes que participaron en la dispensación colaborativa de sus medicaciones DHDH durante la pandemia por COVID-19, residentes en 8 provincias españolas, y cuyos perfiles demográficos y clínicos se describen en el informe.

Una gran mayoría de los pacientes entrevistados (72%) señalaban llevar dos años o más recogiendo su tratamiento DHDH en el hospital. Una proporción importante (12%) llevaba 10 años o más. La mayor parte de los pacientes (60%) refiere acudir al menos una vez al mes a su hospital de referencia para recoger la medicación. La distancia a menudo es elevada, una media de 42 kilómetros hasta el hospital, empleando una media de 55 minutos para el desplazamiento.

Según el aproximadamente la mitad de los encuestados (54%), el farmacéutico del hospital fue el encargado de ponerse en contacto con el paciente para ofrecerle la alternativa de recoger sus DHDH en la FC en vez de en el SFH, un 16% señaló que fue algún profesional de enfermería del hospital y otro 16% afirmó que fue por petición propia o por la de algún familiar.

La inmensa mayoría de pacientes recibió información sobre la posibilidad de recoger su medicación en la FC a través de algún profesional del SFH. Un 94% de los pacientes encuestados refiere haber podido escoger la FC y un 98% que lo hizo en su farmacia habitual.

En la mayoría de los casos fue el propio farmacéutico comunitario el que les contactaba telefónicamente para anunciarles cuando estaba la medicación estaba ya disponible.

Más de la mitad de encuestados (64%) recibió la medicación para un mes de tratamiento. Casi la totalidad de los encuestados (96%) señalaron que los medicamentos llegaban a la FC en una caja, sobre o bolsa cerrada, para preservar la confidencialidad del tratamiento, aunque la misma mayoría (96%) apuntaba que no les preocupa que su farmacéutico comunitario conociese el tratamiento, ya que para ellos se preserva la misma confidencialidad que en el hospital.

Los pacientes muestran una alta satisfacción general con la experiencia realizada, 9,84 sobre 10 de media, valorando positivamente y casi en igual proporción los siguientes atributos: amplio horario de recogida, comodidad, rapidez en la recogida, trato recibido y calidad del servicio. Solo un 4% mostraba cierto nivel de insatisfacción por un insuficiente interés del FC en la entrega del medicamento, y un 4% por haber perdido la posibilidad de contacto con el SFH. Todos los pacientes encuestados manifestaron su deseo de continuidad de esta modalidad en el futuro, prefiriendo recibir el medicamento en su farmacia comunitaria habitual y mantener la posibilidad de contactar con el SFH en caso necesario.

## Opinión de los profesionales participantes

Para conocer la experiencia y valoración de los profesionales participantes en la dispensación colaborativa de medicamentos DHDH durante la pandemia de COVID-19 se realizaron 32 entrevistas telefónicas en profundidad, no estructuradas, a 14 profesionales farmacéuticos de FC, 12 profesionales de los SFH y 6 responsables de la prestación farmacéutica a nivel autonómico o de área sanitaria. La distribución geográfica y características de las FC y SFH donde trabajan dichos profesionales se describen en el informe.

Todos los profesionales entrevistados reconocen y valoran muy positivamente la experiencia de puesta en marcha de dicha colaboración en la dispensación de medicamentos DHDH a pacientes externos. Se considera de gran valor la total implicación y voluntariedad de todos los agentes implicados: autoridades y gerencias sanitarias, COF, SFH, FC y distribuidoras de medicamentos, con el fin de lograr el objetivo compartido de asegurar la continuidad del acceso a estos tratamientos, respetando las condiciones de confinamiento y queriendo eliminar el riesgo de contagio para los pacientes y profesionales. En varias CCAA (Andalucía, Aragón, Catalunya y Navarra) ya existían algunas experiencias previas, proyectos piloto o estudios encargados para poner en marcha este tipo de colaboración antes incluso de la pandemia.

Los farmacéuticos comunitarios consideran que poseen la cualificación suficiente y las FC la dotación adecuada para la dispensación de los medicamentos DHDH. Asimismo, consideran que los protocolos preparados y negociados por los COF con las autoridades sanitarias contenían todos los elementos necesarios para llevar adelante esta dispensación colaborativa en condiciones de total garantía para los pacientes. Por su parte los SFH han sido los principales ejecutores de estos procedimientos, encargados de seleccionar, contactar e informar a los pacientes, organizar la medicación y reparto a través de los distribuidores, y contactar con la FC cuando era necesario. Ha supuesto una importante carga de trabajo y reestructuración de funciones y tareas en parte realizada gracias a nuevo personal contratado o voluntario. Pero se sienten satisfechos de haber logrado un importante objetivo asistencial. A diferencia de los SFH, la carga de trabajo para las FC no ha sido elevada dado que en la mayoría de las ocasiones han significado unos pocos pacientes al día (1-2 en la mayor parte de las ocasiones). También señalan los FC que cuando ni el paciente ni alguno de sus familiares podían trasladarse a la FC para recoger los medicamentos, eran los propios farmacéuticos comunitarios quienes entregaban el medicamento en el domicilio del paciente.

Las incidencias durante la puesta en marcha fueron excepcionales (lo más habitual algún retraso en la entrega a la FC), y en estos casos la resolución rápida y satisfactoria.

Todos los profesionales entrevistados califican muy positivamente la labor de los distribuidores farmacéuticos, que garantizaban con total garantía las condiciones de transporte de todos los medicamentos, rapidez y respeto de la confidencialidad en todo el proceso. Algunos FC aducen que el hecho de que en determinados casos no tuvieran conocimiento del medicamento que entregaban dificultaba su labor de asesoramiento al paciente como sería deseable.

Todos los profesionales entrevistados sin excepción se muestran satisfechos con el procedimiento de dispensación colaborativa puesto en marcha y creen que, respecto de otras posibles alternativas (incremento de dosis entregadas para alargar los periodos entre dispensaciones, distribución a través de farmacéuticos de atención primaria o de empresas de mensajería) para entregar el medicamento a los pacientes en su domicilio, es el más adecuado para la mayoría de los pacientes. Es el procedimiento que ofrece la mayor calidad y seguridad, trazabilidad, condiciones de conservación en toda la cadena, pleno respeto a la confidencialidad y privacidad, comodidad y confianza del paciente de que quien le entrega el medicamento es un profesional en un centro sanitario.

Los farmacéuticos de los SFH entrevistados se muestran proclives a que los pacientes externos actuales que cumplan ciertos criterios puedan recibir la medicación DHDH en las FC, tras recibir la primera dispensación en el hospital. En ese caso, señalan la necesidad de reestructurar ciertas tareas en los SFH y habilitar algún mecanismo de seguimiento directo al paciente desde el SFH (por ejemplo, consultas telefónicas). Aunque señalan que esta reestructuración es en todo caso necesaria dada la actual saturación de muchas unidades de pacientes externos de los SFH debido al progresivo incremento de actividad.

Como cuestiones a mejorar en una deseable continuidad de esta experiencia se señalan: una mayor comunicación entre profesionales, el reforzamiento del papel profesional de todos en beneficio de una continuidad asistencial farmacéutica, la digitalización del sistema de trazabilidad, la reestructuración de tareas y recursos en los SFH y una compensación justa a FC y distribuidores por el servicio prestado.

En definitiva, la pandemia por COVID-19 ha puesto en marcha experiencias de colaboración en la dispensación de medicamentos DHDH a pacientes externos que la inmensa mayoría de los profesionales entrevistados consideran conveniente dar continuidad y extender, mejorando algunas condiciones del servicio. Para los FC supone integrarse en la continuidad de la asistencia farmacéutica pudiendo ofrecer un consejo farmacéutico integrado al paciente y colaborar en la adherencia terapéutica a estos fármacos.

# 1. ESTUDIO DE SITUACIÓN DE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DHDH PRE-COVID



# 1.1 MARCO LEGAL

## Antecedentes y marco legal actual

Con la **Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento** aparecieron las reservas singulares que aplican tanto a la farmacia comunitaria (FC) como a los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH), reforzando un nuevo rol de estos últimos. Dicha Ley se refiere a los SFH como “estructuras para el uso racional de los medicamentos en los hospitales”, actualizando y ampliando las funciones que tenían hasta el momento (Jefatura del Estado, 1990). El artículo 22 de dicha ley alude a las especialidades farmacéuticas sometidas a ciertas restricciones en su diagnóstico, prescripción y dispensación:

*"El Ministerio de Sanidad y Consumo, por razones sanitarias objetivas, podrá sujetar a reservas singulares la autorización de las especialidades farmacéuticas que así lo requieran por su naturaleza o características. También podrá consistir la limitación en la restricción al uso hospitalario de la especialidad farmacéutica, en exigir un diagnóstico hospitalario o requerir la prescripción por médicos especialistas".*

En 1991, con la entrada en vigor del Programa de Selección y Revisión de Medicamentos (**Prosereme**), por el que se calificaron una serie de medicamentos como de uso hospitalario, se incrementa la dispensación de medicamentos a pacientes externos por parte de los SFH. Posteriormente, otras disposiciones han ido definiendo los medicamentos y requerimientos sujetos a estas limitaciones: medicamentos para tratar la hemofilia, la infección por VIH, la fibrosis quística, la esclerosis múltiple, y otros medicamentos de uso hospitalario para pacientes externos (Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, 1991).

## Últimas adiciones al marco legal

En el año 2006, se dictó la **Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios**, actualizando la Ley del Medicamento de 1990, donde también se recogen los criterios y procedimientos de los medicamentos de uso humano y productos sanitarios, para que éstos se distribuyan con probadas garantías de calidad, seguridad y eficacia (Jefatura del Estado, 2006). Concretamente, esta Ley estableció, en el párrafo 6º de su artículo 2, que la custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponderá exclusivamente a los SFH si “su aplicación (debe realizarse) dentro de dichas instituciones o para los medicamentos que exijan una particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinar de atención a la salud, de conformidad con la calificación otorgada por la AEMPS para tales medicamentos”.

En cuanto a las normas de carácter reglamentario, se destaca el **Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre**, que completa la transposición de la Directiva 2004/27/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, que modifica la Directiva 2001/83/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano, que armoniza y recopila en un solo texto la normativa comunitaria sobre medicamentos de uso humano (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Según el artículo 24 de este RD, la AEMPS clasifica los medicamentos sujetos a prescripción facultativa en tres grupos: (i) prescripción renovable o no renovable, (ii) fármacos de prescripción médica especial, y (iii) **medicamentos sujetos a prescripción médica restringida**, siendo estos últimos los que tienen una utilización reservada a determinados ámbitos asistenciales:

- Los **Medicamentos de Uso Hospitalario (H)**, que por causa de sus características farmacológicas o por su novedad, o por motivos de salud pública, se reservan para tratamientos que sólo puedan utilizarse o seguirse en el medio hospitalario.
- Los **Medicamentos de Diagnóstico Hospitalario (DH)**, que se utilizan en el tratamiento de enfermedades que deban ser diagnosticadas en el ámbito hospitalario, o en un centro que disponga de medios de diagnóstico adecuados o por determinados médicos especialistas. Aunque la administración y seguimiento de estos medicamentos puedan realizarse fuera del hospital, para que su financiación sea realizada a través del SNS deben ser sometidos al visado de inspección correspondiente.

Así, los medicamentos clasificados por la AEMPS como medicamentos de DH sin visado de inspección ni cupón precinto, que nombraremos a lo largo de este informe como medicamentos DHDH, son medicamentos financiados que se dispensan en los SFH y que no conllevan una aportación por parte de los pacientes, porque, como veremos más adelante, se trata de medicamentos sobre los que el Ministerio de Sanidad ha acordado establecer reservas singulares en el ámbito del SNS. En este sentido, es importante destacar que, en el ámbito de la sanidad privada, al no tratarse de medicamentos de uso hospitalario, de conformidad con la calificación otorgada por la AEMPS, estos medicamentos pueden ser dispensados en las farmacias comunitarias "... al no tratarse de medicamentos que exijan una particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinar de atención a la salud, de conformidad con la calificación otorgada por la AEMPS".

Con la aprobación del **Real Decreto-Ley 4/2010**, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud, se modifica el Real Decreto 618/2007, determinándose que el Ministerio de Sanidad puede acordar el establecimiento de reservas singulares en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación sin necesidad de visado a los pacientes no hospitalizados en los SFH.

Este cambio normativo, se consolidó en el referido apartado 6º del artículo 2 de la Ley 29/2006, que fue modificado por el artículo 1 del Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011, añadiendo un nuevo apartado c), con el siguiente literal:

*“c) En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, además de los medicamentos especificados en el punto b) de este apartado, corresponderá a los servicios de farmacia de los hospitales, la custodia, conservación y dispensación de los medicamentos de uso humano en los que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad acuerde establecer reservas singulares, limitando su dispensación sin necesidad de visado a los pacientes no hospitalizados.”*

De esta manera, se concede la potestad al Ministerio de Sanidad, en el ámbito del SNS, de establecer reservas singulares sobre determinados medicamentos, limitando su dispensación (restringiéndola a los servicios de farmacia) sin necesidad de visado, a los pacientes no hospitalizados.

Esta redacción de la Ley de Garantías con relación a quién corresponde la custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano con reserva singular y sin cupón precinto es la que permanece en la actualidad y ha quedado incorporada en el apartado 6º del artículo 3 del vigente Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

## **Aplicación y litigiosidad en diferentes CCAA**

A pesar de la voluntad de clarificación contenida en la Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios para dar una respuesta uniforme a la necesaria cohesión, equidad e igualdad de prescripción y dispensación al paciente, la normativa estatal y autonómica sobre el medicamento es aún compleja y ha estado sometida a una intensa revisión jurisdiccional en esta materia. Fueron varias las CCAA que a partir de 2010 adoptaron resoluciones dirigidas a trasladar medicamentos DH desde el canal de farmacia comunitaria hacia la farmacia hospitalaria por motivaciones económicas y sanitarias, como consecuencia de casos que se produjeron con motivo del uso fraudulento de EPO para dopaje o la hormona de crecimiento. Resoluciones u otras decisiones administrativas que fueron impugnadas y anuladas por diversos tribunales por resultar contrarias al ordenamiento jurídico que se ha expuesto.

En relación con esta dispensación de medicamentos por SFH para tratamientos fuera del centro, son las autoridades estatales (la AEMPS, para los medicamentos de uso hospitalario, y el Ministerio de Sanidad para los medicamentos sujetos a reservas singulares), y no las autonómicas, las que pueden decidir que el medicamento sea objeto de custodia, conservación y dispensación por el SFH. La necesidad de esta previa actuación estatal se encuentra ampliamente reconocida a nivel jurisprudencial. Así ha quedado de manifiesto en diversas sentencias de Tribunales Superiores de Justicia autonómicos (Tribunal Superior de Justicia de la Rioja, 2011; Tribunal Superior de Justicia de Aragón, 2014) y del propio Tribunal Supremo, que en 2016 casó en el mismo sentido que previamente se habían pronunciado los citados altos tribunales superiores de justicia autonómicos (Tribunal Supremo, 2016). Esta sentencia del TS sostiene que los ámbitos de prescripción y dispensación de medicamentos no pueden dejarse en manos de las CCAA, para evitar “discriminaciones que se pueden dar en función del lugar de residencia de los pacientes”.

De este modo, el Ministerio de Sanidad ha ido estableciendo, para el ámbito del SNS, amparándose en el marco legal vigente (letra c) del art. 3.6 del RD Leg. 1/2015 y art. 2.4 del RD 618/2007), los medicamentos que debían pasar desde la dispensación en oficina de farmacia a dispensación hospitalaria (Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, 2012 y 2013).



## 1.2 PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES Y GASTO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN PACIENTES EXTERNOS

Los pacientes no ingresados se pueden distinguir en dos tipologías: pacientes ambulatorios y pacientes externos. Los primeros serían aquellos pacientes a los que se les administran medicamentos H o DH en un hospital de día por profesionales del propio hospital y no tiene que pernoctar. En cambio, los pacientes externos serían aquellos a los que el SFH dispensa medicación que los propios pacientes se administran en sus domicilios sin la intervención de un profesional sanitario (SEFH, 2012).

Las limitaciones para estudiar el perfil y dimensión económica de los medicamentos DHDH en España son numerosas. Existe muy poca transparencia en cuanto a los datos desagregados de pacientes externos en tratamiento con estos medicamentos, sus patologías, el coste económico que representan, los precios netos de compra de dichos medicamentos o los costes internos de gestión. Por eso el presente estudio realiza estimaciones basadas en las referencias disponibles, estudios muestrales de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal o datos publicados por el Servicio Madrileño de Salud para su propio territorio. Sin embargo, en algunas ocasiones, se entremezclan pacientes externos con pacientes ambulatorios, y medicamentos DH con medicamentos H dispensados a pacientes externos. A pesar de todo, pensamos que nuestras estimaciones, con las limitaciones citadas y estando basadas en diferentes fuentes que no siempre resultan coincidentes, aportan una información útil, aunque aproximada, respecto de las características y dimensión de esta actividad farmacéutica.

Para caracterizar las patologías más frecuentes entre los pacientes externos, hacemos uso de la información que publica la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria basada en una encuesta a 368 responsables de SFH socios de la SEFH con una amplia tasa de respuesta, superior al 70% (SEFH, 2019). El “Libro Blanco de la Farmacia Hospitalaria” de la SEFH recoge el número de pacientes externos atendidos en España por patologías en 2018 en la siguiente tabla:

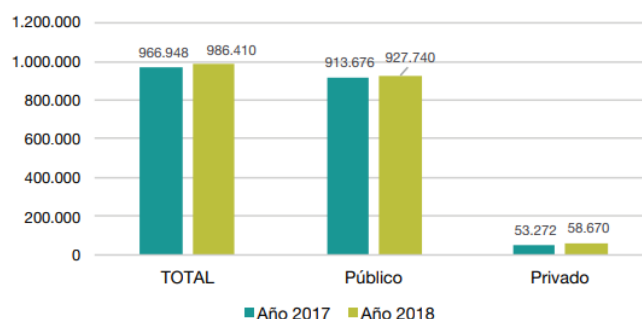
**Tabla 1.2.1: Número de pacientes externos a los que se les dispensa medicamentos por patología. 2018**

Patología	Nº Pacientes
VIH	139.403
ERC en prediálisis y CAPD	44.182
Hepatitis B	26.054
Hepatitis C	27.074
Anemia y/o neutropenia por quimioterapia	49.150
Esclerosis múltiple	38.595
Artropatía	62.161
Psoriasis	21.976
Enf. Inflamatoria Intestinales	21.972
Hormona de Crecimiento	13.480
Hipertensión Pulmonar	5.108
Asma Grave	5.183
Dislipemia severa	6.199
Enfermedades raras	2.751
Antineoplásicos orales	117.817
Otros programas	172.360
Fuera de indicación	46.427

Fuente: SEFH, 2019

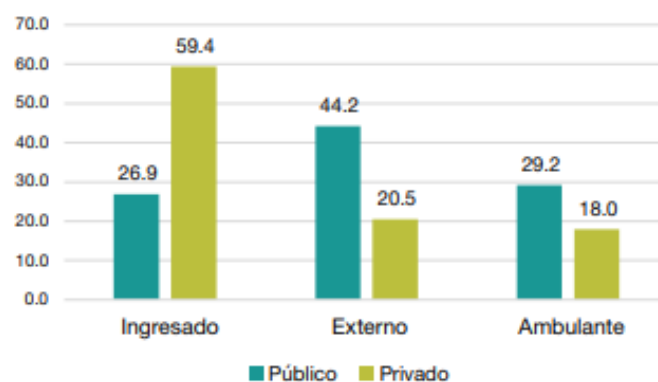
Según las estimaciones de la SEFH del año 2018 con base en dicha encuesta, el número de pacientes externos que recibieron asistencia en los SFH, tanto en hospitales públicos como privados, fue de 980.410. En un informe realizado en 2013 por la misma sociedad se estimó en 774.244 el número de pacientes hospitalarios externos. Esto supone un incremento de más de 200.000 nuevos pacientes (27%) en cinco años (SEFH, 2015 y 2019).

**Gráfico 1.2.1: Número total de pacientes externos atendidos anuales en los SFH**



De acuerdo también con la SEFH, el gasto de los pacientes externos representa el 44,2% del gasto farmacéutico hospitalario total (GFH) en los hospitales públicos en 2018. La otra mitad del GFH en hospitales públicos se distribuye casi equitativamente entre el paciente ingresado y el paciente ambulatorio.

**Gráfico 1.2.2: Distribución porcentual del gasto farmacéutico hospitalario por tipo de paciente y dependencia del hospital en el año 2018**



Fuente: SEFH, 2019

Según la misma sociedad, en 2017 había disponibles 313 medicamentos de diagnóstico hospitalario sin cupón precinto, también conocidos como fármacos DHDH, 120 marcas comerciales y 78 principios activos (Redacción Médica, 2017).

Los medicamentos hospitalarios, incluyendo los medicamentos DHDH, son gestionados por las CCAA, disponiendo según los casos de diferentes grados de autonomía de gestión entre los distintos agentes involucrados (hospitales, comisiones centrales, comisiones de farmacia, comisiones de uso racional del medicamento...). Pueden encontrarse sistemas basados en centrales de compras u otorgar mayor autonomía de gasto a los centros. En todo el proceso intervienen distintas comisiones con diferentes competencias y mandatos (guías clínico-terapéuticas, negociación de precio de compra, concursos públicos, acuerdos marco...). Como consecuencia, el resultado es de una gran diversidad y poca transparencia tanto en el precio final de adquisición, como en el número y tipo de pacientes tratados.

Aunque tanto el Ministerio de Hacienda como el de Sanidad publican periódicamente el GFH de cada Comunidad Autónoma, no se diferencia entre el gasto en medicamentos H y el gasto en los medicamentos DH ni según las características de los pacientes (hospitalizado, ambulatorio, externo). Por otra parte, los precios de facturación tampoco coinciden con los precios netos de compra debido a la diferente naturaleza de los acuerdos a los que los laboratorios llegan con los hospitales.

Efectivamente el último *Spending Review* sobre gasto farmacéutico hospitalario realizado y publicado por la AIReF en el mes de octubre de 2020 alude a esta falta de transparencia sobre los precios netos realmente pagados por los hospitales, ya que según estima esta Autoridad

independiente, el 91% de los hospitales reciben abonos en cuenta, el 67% materiales a coste cero, el 46% descuentos cruzados y el 30% descuentos directos sobre factura (AIReF 2020).

Tal como señala el reciente informe de la AIReF, el número de pacientes externos se acerca al millón de personas, con un crecimiento anual mayor del 10%, suponiendo la mayor proporción de la factura farmacéutica hospitalaria (en torno al 60%), y correspondiendo en su mayoría a pacientes crónicos, como se aprecia en el siguiente gráfico recogido en dicho informe (AIReF, 2020).

### Gráfico 1.2.3 La Importancia creciente de la dispensación a pacientes externos por los SFH



Fuente: AIReF, 2020. (i) Elaboración a partir de datos del cuestionario de farmacia hospitalaria, (ii) (SEFH, 2015) (iii) (AQUAS, 2017) Cuantificación del impacto económico, organizativo y de la seguridad de la dispensación robotizada de fármacos en hospitales en España y (iv) información de las entrevistas realizadas por AIReF con 41 hospitales

Muy pocos servicios autonómicos publican datos de GFH en pacientes externos. Entre las pocas CCAA que lo hacen, Catalunya publica datos que combinan los pacientes externos (dispensación en la farmacia hospitalaria y administración en el domicilio), con aquellos pacientes ambulatorios cuya dispensación y administración se realiza en el hospital.

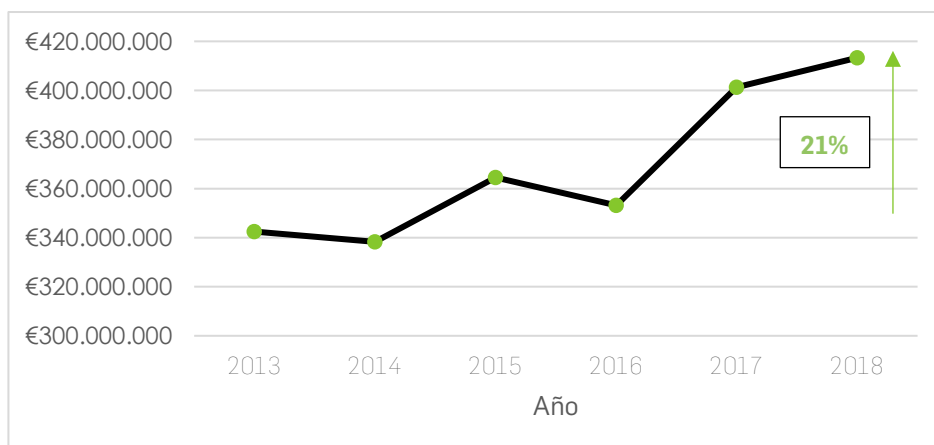
El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) publica desde 2013 en sus memorias anuales el GFH en pacientes no ingresados de los hospitales con financiación pública de la Comunidad de Madrid (públicos y concertados). Los datos aportados por el SERMAS entremezclan algunos pacientes con tratamientos en hospital de día con pacientes externos, así como medicamentos H y DH en pacientes externos. Sin embargo, es la única fuente que nos permite conocer la evolución en el tiempo del gasto farmacéutico en pacientes externos por patologías.

El SERMAS identifica los siguientes procesos patológicos de mayor impacto económico entre los pacientes no ingresados:

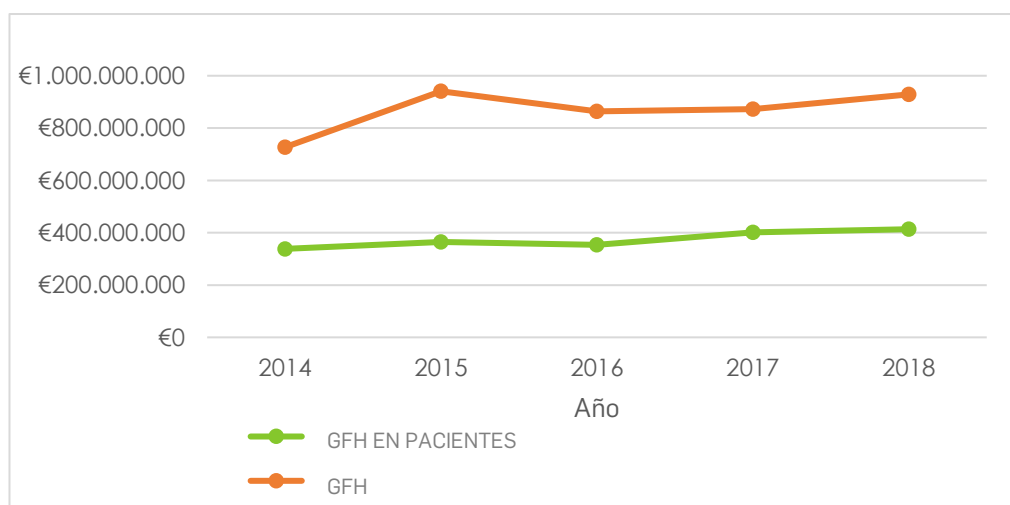
- > VIH en tratamiento de antirretrovirales
- > Hepatitis B
- > Esclerosis múltiple
- > Hormona del crecimiento pediátrico
- > Artritis Reumatoide en tratamiento con biológicos
- > Espondiloartropatías en tratamiento con biológicos
- > Artritis Psoriásica en tratamiento con biológicos
- > Psoriasis en tratamiento con biológicos
- > Enfermedad Inflamatoria Intestinal en tratamiento con biológicos
- > Hipertensión Pulmonar

Según la Memoria de 2018 del SERMAS, en ese año los pacientes no ingresados de las patologías citadas conllevaron un GFH de 413 millones de euros (SERMAS, 2018). Esto supone casi la mitad del GFH público total de la Comunidad de Madrid, que en 2018 -según el Ministerio de Hacienda- fue de 928 millones de euros, lo que resulta algo mayor que el 44,2% estimado por la SEFH e inferior al 60% citado estimado por AIREF (Ministerio de Hacienda, 2020; SEFH, 2019; AIREF, 2020). En valores absolutos, el GFH en pacientes no ingresados en la Comunidad de Madrid ha crecido un 21% en el periodo 2013-2018. (SERMAS, 2018; 2017; 2016; 2015; 2014; 2013).

**Gráfico 1.2.4: GFH en pacientes no ingresados en la Comunidad Autónoma de Madrid**



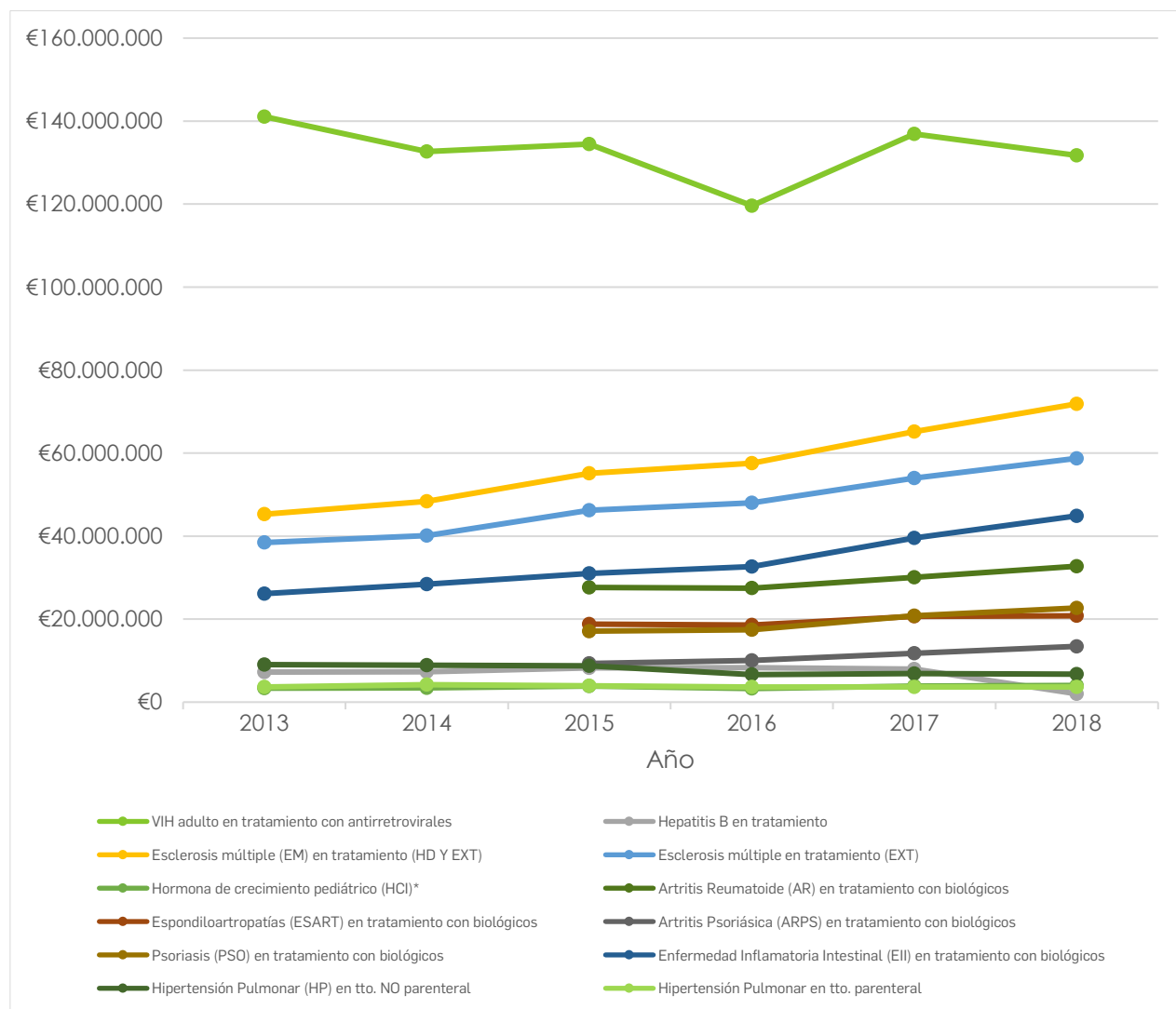
**Gráfico 1.2.5: GFH en pacientes no ingresados vs. GFH en la CCAA de Madrid**



Fuentes: SERMAS, Memorias 2018; 2017; 2016; 2015; 2014; 2013; Ministerio de Hacienda, 2020

En el siguiente gráfico podemos ver la evolución del GFH correspondiente a dichos pacientes no ingresados por indicación, que muestra una tendencia generalizada de incremento, exceptuando el caso de pacientes con VIH en tratamiento con antirretrovirales cuyo gasto ha disminuido ligeramente seguramente debido a la entrada de medicamentos genéricos. En cambio, el gasto farmacéutico de los pacientes con esclerosis múltiple y enfermedad inflamatoria intestinal se incrementa de manera sustancial, siendo las patologías con mayor gasto farmacéutico después de los tratamientos antirretrovirales.

**Gráfico 1.2.6: GFH en pacientes no ingresados según patología en la Comunidad Autónoma de Madrid**



Fuente: Servicio Madrileño de Salud, Memorias 2018; 2017; 2016; 2015; 2014; 2013

En nuestra estimación, a partir de los datos publicados por el SERMAS, y teniendo en consideración que la población de la Comunidad de Madrid representa el 14,19% de la población española, y el 13,5% del GFH total en España durante 2019, podemos extrapolar el GFH en pacientes no ingresados multiplicando el gasto de la CAM por 7,14 (equivalente a una proporción del 14%). Aplicando esta proporción, el GFH en pacientes no ingresados correspondiente a las patologías de mayor impacto económico identificadas por el Servicio Madrileño de Salud asciende a casi 3.000 millones de euros en el conjunto del SNS español. El detalle por patología se recoge en la siguiente tabla:

**Tabla 1.2.2: GFH en pacientes no ingresados en la Comunidad Autónoma de Madrid y GFH en pacientes no ingresados en España (aproximación), por patología**

Patología	Gasto medicamento hospitalario de pacientes externos en C.A. Madrid	Gasto medicamento hospitalario de pacientes externos en España (aprox.)
VIH adulto en tratamiento con antirretrovirales	€ 131.714.784,30	€ 940.443.559,90
Hepatitis B en tratamiento	€ 2.003.775,27	€ 14.306.955,43
Esclerosis múltiple (EM) en tratamiento (HD Y EXT)	€ 71.876.000,94	€ 513.194.646,71
Esclerosis múltiple en tratamiento (EXT)	€ 58.744.209,81	€ 419.433.658,04
Hormona de crecimiento pediátrico (HCI)	€ 4.022.702,60	€ 28.722.096,56
Artritis Reumatoide (AR) en tratamiento con biológicos	€ 32.747.868,07	€ 233.819.778,02
Espondiloartropatías (ESART) en tratamiento con biológicos	€ 20.795.877,38	€ 148.482.564,49
Artritis Psoriásica (ARPS) en tratamiento con biológicos	€ 13.438.018,14	€ 95.947.449,52
Psoriasis (PSO) en tratamiento con biológicos	€ 22.684.990,62	€ 161.970.833,03
Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) en tratamiento con biológicos	€ 44.886.736,44	€ 320.491.298,18
Hipertensión Pulmonar (HP) en tto. No parenteral	€ 6.740.103,30	€ 48.124.337,56
Hipertensión Pulmonar en tto. parenteral	€ 3.660.610,17	€ 26.136.756,61
<b>Total</b>	<b>€ 413.315.677,04</b>	<b>€ 2.951.073.934,07</b>

Elaboración propia a partir de SERMAS, Memorias 2018



Para estimar el gasto farmacéutico hospitalario en pacientes externos podemos utilizar las referencias de AIReF de que el 60% del GFH corresponde a pacientes externos, o de la SEFH que calcula que un 44,2% del GFH en hospitales públicos corresponde a estos pacientes externos (SEFH, 2019). Aplicando dichas proporciones sobre la última cifra de GFH 2019 publicada por el Ministerio de Hacienda, que asciende a 7.435 M€, el GFH en pacientes externos se situaría en un rango de gasto entre 3.300 y 4.400 M€.

Al gasto de adquisición referido anteriormente, habría que añadir los costes de personal, infraestructura, equipos de preparación y costes de almacenamiento que se requieren en los servicios de farmacia hospitalaria para gestionar este enorme volumen de medicamentos. Sin contar los costes indirectos que suponen las pérdidas de horas de trabajo y gastos de desplazamiento de los pacientes que han de acudir al hospital para recibir sus tratamientos y que estimamos en la siguiente sección.

# 1.3 ESTIMACIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO, SOCIAL Y AMBIENTAL ATRIBUIBLE A LA DISPENSACIÓN HOSPITALARIA DE MEDICAMENTOS DHDH Y POSIBLES ALTERNATIVAS

El impacto económico de la dispensación de los medicamentos DHDH va más allá del gasto directo para el SNS desarrollado en la sección anterior, y se traduce en unas consecuencias económicas, sociales y ambientales muy significativas. Tanto para los pacientes como para la sociedad en general.

Hemos tratado de modelizar este impacto asumiendo ciertas hipótesis. Para ello se ha utilizado el número de pacientes externos estimado por la SEFH en 2018, 980.410 pacientes externos, y aplicado los resultados obtenidos en la encuesta a pacientes realizada por este mismo estudio, considerando el número de veces al año que deben acudir a los SFH para retirar sus medicamentos, la distancia a la que se deben desplazar para retirar los medicamentos, y el tiempo empleado en dicho desplazamiento, por medios propios o en transporte público. Con ello y aplicando una serie de valores estándar publicados por organizaciones internacionales (productividad media por hora trabajada en España, consumo medio de combustible según tipo de transporte y nivel medio de emisiones según combustible) obtenemos unas estimaciones reveladoras en cuanto al tiempo dedicado, productividad perdida y huella de carbono producida con carácter anual por los desplazamientos de los pacientes externos a los hospitales para recoger sus medicamentos DHDH. Los resultados de este impacto económico, social y ambiental indirecto se muestran en la siguiente infografía.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Para realizar estos cálculos se han utilizado los datos reportados por los pacientes en las encuestas realizadas sobre la distancia o tiempo medio de desplazamiento al hospital de referencia, utilizando como factor de conversión de una a otra variable una velocidad media de desplazamiento de 46 km/h. Con ello la distancia media calculada es de 35,9 kms. Adicionalmente hemos asumido que los pacientes que informan que no se desplazan caminando utilizan bien transporte público (50%) o vehículo privado (50%), la media de visitas al hospital a partir de las respuestas de los pacientes es de 9,94 por paciente año; no se incluye en el tiempo empleado la espera en el SFH para retirar la medicación. Hemos utilizado la productividad promedio en España de 45,3 euros/hora en 2019 publicada por la OCDE y tenido en cuenta que el 38% de los participantes en la encuesta de pacientes son población no activa por lo que la productividad perdida correspondería al 62% restante; la huella de carbono se obtiene multiplicando las distancias recorridas por un consumo de combustible medio en transporte público o privado y multiplicado por su correspondiente factor de emisión en función del tipo de combustible o gas empleado (en este caso la media entre diésel y gasolina), tal y como se recoge en el Inventario Nacional de Gases de Efecto Invernadero del Gobierno español.



Fuente. Estimaciones propias

Solo la productividad perdida estimada en este estudio de 448 millones de euros, lo que prácticamente equivale al impacto económico para el SNS estimado por la SEFH, y basado en estimaciones del Servicio Madrileño de Salud de 2016, por el traslado de estos medicamentos a la farmacia comunitaria de 500 millones de euros (SEFH, 2017). Otros estudios, como el publicado por la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) en el Observatorio del Medicamento de mayo de 2016 comparan el coste de compra unitario de los hospitales (a PVL) con el coste que supondría para el SNS la dispensación de ese mismo medicamento DHDH en farmacia comunitaria (a PVP e incluyendo las aportaciones del paciente y las deducciones a las farmacias legalmente establecidas) para encontrar un coste unitario semejante para el SNS en ambas modalidades (FEFE, 2016). Ninguna de las estimaciones anteriores cuantifica el coste de gestión interno de la dispensación de estos fármacos, que en el caso de la dispensación en farmacia comunitaria ese coste de dispensación no repercutiría en el sistema de salud sino en la propia farmacia a costa de su margen.

Son estimaciones que no toman en consideración posibles alternativas como la dispensación colaborativa que, manteniendo la compra directa de los medicamentos DHDH por parte de los servicios públicos de salud, pudieran canalizar estos medicamentos a través de las farmacias comunitarias, tal como se ha realizado durante la pandemia.

La AIReF en su informe de evaluación del gasto en medicamentos hospitalarios reconoce las numerosas dificultades que encuentran los pacientes externos para acudir periódicamente a recoger estos medicamentos a los SFH (saturación de consultas, falta de locales adecuados, insuficiente confidencialidad, viajes innecesarios y dificultades de movilidad de muchos pacientes), aun cuando reconoce también ciertas ventajas (acceso a historia clínica, seguimiento farmacoterapéutico y de adherencia, ...). Por todo ello, este organismo solicita en sus recomendaciones que, garantizando la adquisición y gestión de esta medicación por los servicios de farmacia hospitalaria, se establezcan alternativas para “mejorar la humanización en la atención y dispensación farmacéutica a pacientes externos a través de dos vías: garantizando una atención adecuada en el hospital y, por otra, tratando de acercar la medicación a determinados grupos de pacientes con problemas de accesibilidad utilizando la alternativa que mejor se ajuste a sus características personales” (AIReF, 2020).

En concreto considera la AIReF que la atención farmacéutica en el hospital debe ceñirse a los casos en que sea imprescindible la atención presencial del farmacéutico hospitalario, situaciones que concreta en las siguientes:

- Primeras consultas
- Información, formación y pautas de tratamiento y uso de medicación
- Consultas periódicas de control y seguimiento
- Cambios en la medicación o en las pautas de tratamiento
- Reevaluación de la terapia o del tratamiento
- Cambios en la adherencia o tolerancia a la medicación

La AIReF apunta también a los pacientes que serían beneficiarios de esta dispensación fuera de los hospitales:

- Pacientes con problemas de movilidad o que viven lejos del hospital
- Pacientes que ya están en seguimiento por parte del servicio de farmacia (no son nuevos)
- Pacientes crónicos con pocos cambios previstos a lo largo del tiempo
- Pacientes que han demostrado alta adherencia al tratamiento
- Pacientes clínicamente estables

Siendo estas categorías de pacientes las que evidentemente resultan más adecuadas para una dispensación colaborativa, AIReF no hace referencia a las características de la medicación que recibe el paciente y a la justificación o no de su mantenimiento en dispensación hospitalaria.

Como opciones, la AIReF plantea tres posibilidades: (i) entrega y dispensación domiciliaria, (ii) dispensación en otros centros sanitarios públicos (centros de atención primaria); (iii) dispensación en FC. Precisamente son las tres opciones que se valoran y comparan como posibles alternativas a la dispensación hospitalaria en las entrevistas a profesionales farmacéuticos realizada en este estudio y presentadas más adelante.

## 1.4 TESTIMONIOS HUMANOS DE PACIENTES EXTERNOS

**Antonia** tiene 58 años y en 2014 le diagnosticaron **Artritis Reumatoide**. Desde entonces, tiene que acudir de manera rutinaria al SFH del centro hospitalario de su comarca para recoger su medicación DHDH. Antonia lamenta no tener a quien recurrir para que le traiga el medicamento ya que tiene que desplazarse 160 km cada vez que lo requiere, aproximadamente una vez cada dos meses. Esto le supone un gran trastorno en su vida laboral ya que el SFH no está abierto a la tarde y por lo tanto, tiene que pedir dos horas en el trabajo cada vez que necesita acudir a por su medicamento DHDH.

*“Cada vez que acudo al hospital, el trato en el SFH es muy bueno. Pero para los que tenemos que desplazarnos y no tenemos a nadie para recogerlo... Cuando se podría dejar en una farmacia cerca del domicilio, habría menos gente en el hospital y se pierde menos trabajo. Sería mejor para todo el mundo.” – Antonia*

**Estos 6 años de desplazamientos han supuesto aproximadamente un total de 5.760 km, 99 horas en carretera y una huella de carbono de 0,99 toneladas de CO2.**

---

**Martín** tiene 43 años y padece **de Enfermedad Inflamatoria Intestinal** desde el año pasado. Durante estos doce meses, ha acudido al SFH 6 veces a por su medicamento DHDH. Al vivir en un pueblecito de su comunidad autónoma, a 80 km del hospital, y tener muy mala conexión en transporte público, se desplaza con su coche particular al SFH, aproximadamente una vez cada dos meses. Martín muestra una clara preocupación por el coste de dichos trayectos, tanto a nivel laboral como económico. Su enfermedad crónica parece haberle condenado de por vida a un coste adicional que no cree justo ni necesario.

*“Tengo que acudir en coche particular porque el transporte público tiene una combinación muy mala. Vivo a 80 km. Esto supone un trastorno y un gasto en gasolina significativo.” – Martín*

**Este año de desplazamientos han supuesto aproximadamente un total de 840 km, 17 horas y media en carretera y una huella de carbono de 0,14 toneladas de CO2.**

---

**Sara** tiene 57 años, de los cuales 13 con **Policitemia Vera** diagnosticada. Para poder llevar a cabo su tratamiento, durante más de una década ha acudido al SFH del hospital que le corresponde a recoger su medicación DHDH. La frecuencia de dicha recogida ha variado durante estos años, según el resultado de sus analíticas y consiguiente necesidad de tratamiento. No obstante, calcula que ha tenido que acudir a recoger su medicación DHDH una media de 5 veces al año. Sara puede acudir a su hospital en autobús público, aunque tarda alrededor de 45 minutos ida y vuelta. Resalta la gran diferencia entre acudir al SFH y a la FC, que se encuentra a 100 metros de su casa y a la que debe acudir regularmente a por otros fármacos.

*“La cercanía a mi FC es tanto física como personal. Mi farmacéutico es como un médico general en el que confío plenamente.” - Sara*

**Estos 13 años de desplazamientos han supuesto aproximadamente un total de 2.291 km, 49 horas en transporte público y una huella de carbono de 0,24 toneladas.**

---

**Ana María** tiene 30 años y hace 5 le diagnosticaron **Asma Bronquial Severa**. Durante estos años, ha acudido una vez al mes al servicio de farmacia hospitalaria a por su medicación DHDH y tendrá que seguir acudiendo hasta que su alergólogo le indique lo contrario. Ella vive en una localidad alejada del centro hospitalario que le corresponde por lo que le cuesta un total de dos horas desplazarse hasta el hospital y volver a su hogar. En cambio, durante el estado de alarma acudió a la farmacia comunitaria, a tan solo 3 minutos andando de su casa. A esto se le suman las regulares visitas al médico que tienen lugar en el mismo hospital y que, aunque siempre lo intenta, muchas veces le ha resultado imposible que coincidan con sus citas del SFH para la recogida del medicamento.

*“Tengo cita para las revisiones y para los medicamentos en momentos diferentes por lo que imagínese lo que esto supone a mi rutina.”*

**Estos 5 años de desplazamientos han supuesto aproximadamente un total de 5.640 km, 120 horas en transporte público y una huella de carbono de 0,96 toneladas de CO<sub>2</sub>.<sup>3</sup>**

---

<sup>3</sup> Información extraída de entrevistas en profundidad a cuatro de los participantes de la encuesta y teniendo en cuenta las mismas indicaciones que en la infografía anterior.

## **2. MODALIDADES DE DISPENSACIÓN COLABORATIVA DE MEDICAMENTOS DHDH PUESTAS EN MARCHA DURANTE LA COVID-19**





## 2.1 ESTUDIO COMPARATIVO DE PROTOCOLOS DE DISPENSACIÓN COLABORATIVA DURANTE LA COVID-19

### Marco legal durante la COVID-19

Durante el estado de alarma debido a la COVID-19, el Ministerio de Sanidad permitió mediante la Orden Ministerial SND/293/2020, de 25 de marzo, que cada CCAA pudiera establecer “de manera excepcional” las medidas oportunas para “garantizar la dispensación de los medicamentos de Dispensación Hospitalaria sin que deban ser dispensados en las dependencias del hospital” (Ministerio de Sanidad, 2020). Dicha Orden era de aplicación hasta la finalización del estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, y sus prórrogas. Han sido seis las CCAA que, amparándose en ella, decidieron contar con la colaboración de las farmacias comunitarias (FC) para la dispensación de medicamentos DHDH desde los SFH correspondientes, aunque finalmente en algunas CCAA se incluyeron además otros medicamentos de uso hospitalario.

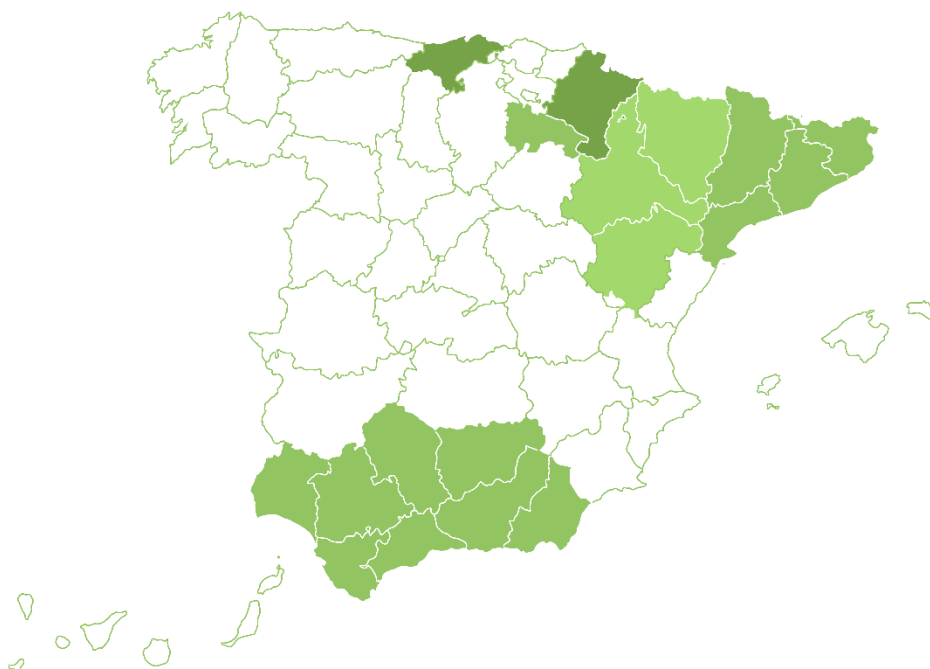
La anterior previsión normativa dictada al amparo del estado de alarma, se ha incorporado con rango de Ley a nuestro ordenamiento jurídico, con vigencia hasta que se declare la finalización de la situación excepcional sanitaria derivada de la COVID-19, mediante la disposición adicional sexta, de “Gestión de la prestación farmacéutica” introducida por el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Actualmente se encuentra en trámite parlamentario el proyecto de Ley derivado de dicho RDL 21/2020. Esta disposición establece, entre otras previsiones, la siguiente:

*“Asimismo, hasta el momento que se declare la citada finalización, cuando exista una situación excepcional sanitaria, con el fin de proteger la salud pública, o bien cuando la situación clínica, de dependencia, vulnerabilidad, riesgo o de distancia física del paciente a los centros indicados en los párrafos b) y c) del artículo 3.6 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios así lo requiera, los órganos, o autoridades competentes de la gestión de la prestación farmacéutica de las comunidades autónomas podrán establecer las medidas oportunas para la dispensación de medicamentos en modalidad no presencial, garantizando la óptima atención con la entrega, si procede, de los medicamentos en centros sanitarios o, en establecimientos sanitarios autorizados para la dispensación de medicamentos próximos al domicilio del paciente, o en su propio domicilio.”*

Sin embargo, como bien afirma la AIReF en su informe de octubre de 2020 sobre el gasto hospitalario, “existen múltiples controversias originadas por cuestiones legales o regulatorias aún sin resolver que dificultan su implantación y consolidación”. En ese sentido alude a la necesidad de definir cuestiones como “la delimitación de funciones y competencias, la presencia de farmacéuticos en los centros de salud, ... o la retribución a las oficinas de farmacia por la prestación de estos servicios”. Por eso entre las recomendaciones de este organismo se propone definir e implantar un marco regulatorio específico para la prestación farmacéutica al paciente externo (AIReF, 2020).

## Puesta en marcha de los protocolos de dispensación colaborativa

A partir de la citada Orden Ministerial, de 25 de marzo, el CGCOF diseñó un protocolo general para la homogeneización de la colaboración de la FC con los SFH para la dispensación de los medicamentos DHDH, con el fin de mejorar las condiciones en que se producía este servicio a nivel nacional. Seis CCAA (Andalucía, Aragón, Cantabria, Catalunya, La Rioja y Navarra) se sumaron a dicha iniciativa, y para ello configuraron sus propios protocolos utilizando y adaptando, en su caso, el modelo o las recomendaciones propuestas por el CGCOF.



Elaboración propia

## Objetivos del procedimiento de dispensación colaborativa

El procedimiento de continuidad asistencial en la dispensación de los medicamentos DHDH tiene como objetivo evitar desplazamientos a los centros hospitalarios durante la pandemia, asegurar el acceso y continuidad de los tratamientos durante el confinamiento y limitar la presencia innecesaria en los centros hospitalarios de pacientes externos. Los medicamentos DHDH se dispensaron mediante el envío coordinado y consensuado desde el SFH a la FC que, una vez recibidos, se hacían cargo de su entrega a los pacientes implicados.

La actuación estuvo destinada prioritariamente, aunque no exclusivamente, a aquellos pacientes estables que presentaban un elevado riesgo clínico en caso de infección por SARS-CoV-2, debido a posibles compromisos inmunitarios o comorbilidades de base que les hacían especialmente susceptibles a la infección. Aunque pensado inicialmente para tratamientos DHDH, en la práctica los SFH incluyeron también en la dispensación colaborativa medicamentos H para pacientes externos estables.

## Génesis y participación en los nuevos circuitos colaborativos

Dentro del protocolo excepcional, el CGCOF recomendó a los COF que las CCAA que quisieran participar en la dispensación colaborativa de los medicamentos DHDH concretaran acuerdos específicos entre las Consejerías de Salud de dichas comunidades y los Colegios Oficiales Provinciales o Consejos Autonómicos de Colegios de Farmacéuticos.

En seis CCAA se formalizaron acuerdos de dispensación colaborativa:

- En Andalucía se involucraron el Servicio Andaluz de Salud y los SFH de los hospitales de Jerez de la Frontera, Juan Ramón Jiménez de Huelva, Virgen de la Macarena de Sevilla, el Complejo Hospitalario de Jaén, el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CACOF) y los diferentes COF de las provincias andaluzas concernidas, junto con la empresa de distribución Bidafarma.
- En Aragón, la Dirección General de Asistencia Sanitaria, los COF de Zaragoza, Huesca y Teruel y los almacenes de distribución (Alliance Healthcare, Cofares y Novaltia) firmaron el protocolo de colaboración. Se ofreció a los SFH de Aragón, pero finalmente solo participó el Hospital Provincial de Nuestra Señora de Gracia, junto al COF de Zaragoza y el distribuidor Novaltia.

- En Cantabria, la Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección de la Consejería de Sanidad, los SFH de los hospitales Universitario Marqués de Valdecilla, Sierrallana en Torrelavega y hospital de Laredo, con el COF de Cantabria y los almacenes de distribución que operan en la comunidad (Cofares, Cofas o Cenfarte).
- En Catalunya, el Departamento de Salud, los SFH de los hospitales del Mar, de Sant Pau, Clínic, Fundació Puigvert, Doctor Josep Trueta, Santa Caterina, Verge de la Cinta de Granollers, hospital de Bellvitge, Institut Guttmann de Terrasa, Santa Creu Jesus-en Tortosa, Sagrat Cor, Comarcal de Amposta, hospital de Sant Celoni, Clínica Girona, de Igualada, el Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya y el almacén de distribución Fedefarma.
- En La Rioja, el acuerdo se alcanzó entre la Dirección General de Humanización, Prestaciones y Farmacia del Gobierno de La Rioja, el SFH del hospital San Pedro, la Fundación Hospital Calahorra y hospital Viamed Los Manzanos, el COF de La Rioja y el almacén de distribución Riofarco.
- En Navarra, fue la Subdirección de Farmacia del Servicio Navarro de Salud quien acordó junto con el SFH del Hospital García Orcoyen en Estella, con el COF y con los almacenes de distribución Nafarco y Cofares.

## Descripción y comparación de los circuitos establecidos

Desde el CGCOF se indicaron ciertas recomendaciones que sirvieran como pautas generales:

1. **El SFH:** Se encargaba de la consulta telemática de coordinación con la FC, y de avisar al paciente del envío de la medicación a la FC designada e indicarle a partir de qué fecha estaría disponible para su recogida.
2. **Los almacenes de distribución:** Se mantuvieron a disposición de las FC o del SFH, según CCAA, para proceder a la recogida del medicamento DHDH en el SFH y su posterior entrega en la FC seleccionada para su entrega al paciente.
3. **Las FC:** Recibieron los medicamentos DHDH agrupados en cajas cerradas con indicación de las condiciones de conservación especificadas en el embalaje exterior. La FC debía firmar un albarán de entrega al almacén de distribución y custodiar una copia.

4. Posteriormente, la FC debía revisar el contenido de la caja y verificar que coincidiese con la documentación enviada (número de envases, medicamento, datos del paciente). La FC comunica al SFH correspondiente la recepción de la medicación por los medios establecidos en cada caso (digital, telefónico o papel). Si hubiera alguna incidencia con la medicación, la FC debía comunicarla al SFH.
5. **Entrega al paciente:**
6. El paciente se identificaría presentando su DNI y TSI.
7. El paciente, o su representante autorizado, firmaría el justificante de entrega del tratamiento.
8. En el caso de que no hubiera persona alguna que pudiese retirar personalmente la medicación en la FC, cada COF lo solucionaría según su protocolo.
9. **Una vez realizada la entrega:** la FC debía comunicar al SFH que la dispensación se había realizado y enviaría al SFH el justificante correspondiente firmado por el paciente/representante autorizado. Por último, el CGCOF invitaba en su protocolo general a que “tanto el SFH como la FC realizarán el servicio de atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico de la medicación para garantizar que el paciente conoce cómo tomar el medicamento, comprobará el estado del paciente y la adherencia al tratamiento” (CGCOF, 2020, p. 7).

Aunque las seis CCAA siguieron dichas pautas mayoritariamente, cada comunidad protocolizó su procedimiento de dispensación colaborativa con ciertas diferencias entre ellas y respecto a la guía de recomendaciones general proporcionada por el CGCOF. A continuación, detallamos las principales diferencias autonómicas:

- > En Andalucía, es el propio paciente, una vez informado del nuevo circuito de dispensación colaborativa por parte del SFH y consentida su participación, quien se encarga de solicitar el medicamento DHDH a una FC de su elección. Así, la FC comunica al COF los datos del paciente y recae en el COF la tarea de remitir al SFH el listado de pacientes y tratamientos. Una vez preparados los medicamentos DHDH, el SFH coordina con el almacén distribuidor la recogida de la medicación para su transporte a la FC.
- > En Aragón, el paciente es contactado por parte del SFH, quien le informa sobre el circuito de dispensación colaborativa, solicita su consentimiento y realiza las actividades de atención farmacéutica. Además, el SFH se encarga de concretar con el paciente la FC donde debe recoger los medicamentos DHDH e indicar la fecha aproximada de recogida. Según el protocolo de dicha comunidad, queda bajo responsabilidad del SFH preparar con la periodicidad que decida en cada caso los medicamentos a distribuir. Dichos paquetes incluyen la información de contacto del SFH, del paciente y del almacén de distribución, así como indicaciones especiales de conservación de los medicamentos DHDH si fuese necesario.

Los SFH incluyen los datos del paciente y de la FC asignada en la plataforma de gestión documental. Personal farmacéutico autorizado del COF accedía a la plataforma para contactar con el paciente y la farmacia y acordar el envío. En caso de pacientes vulnerables el protocolo autorizaba al FC para llevar a domicilio la medicación.

- En Cantabria, es también el SFH quien contacta con el paciente susceptible de participar en el circuito de dispensación colaborativa con el fin de obtener su consentimiento. El paciente indica al SFH la FC próxima dónde desea recibir su tratamiento, eligiendo una de las FC participantes. Los almacenes de distribución acuden diariamente al SFH a recoger los paquetes de medicamentos DHDH para realizar su entrega en la FC indicada. Una vez recepcionados los fármacos, la FC contacta y acuerda con el paciente su entrega.
- En Catalunya, el SFH contacta con el paciente susceptible de participar en el circuito con el fin de informarle acerca del procedimiento y pedir su consentimiento. Además, el SFH asigna la FC al paciente. El SFH se encarga de preparar la medicación y coordinar con el almacén de distribución y la FC su recogida y entrega. Una vez enviado el medicamento DHDH, también es el propio SFH el encargado de avisar al paciente del envío y de los detalles para su recogida.
- En La Rioja, desde los SFH se remiten al COF los listados con la identificación de los pacientes, su dirección y los medicamentos a enviar, previo contacto telefónico con ellos para obtener su consentimiento. El COF asigna la farmacia más cercana al domicilio del paciente, y remite el nuevo listado al SFH, al distribuidor y a la Dirección General de Humanización, prestaciones y Farmacia del Gobierno de La Rioja, al tiempo que informa a las farmacias de los paquetes que van a recibir y de los datos de contacto de los pacientes a los que corresponden. El SFH se responsabiliza de preparar la medicación acondicionada y etiquetada. La farmacia es la encargada de avisar al paciente cuando recibe su medicación
- En Navarra, el SFH contacta con los pacientes susceptibles de participar en el circuito de dispensación colaborativa para informarles sobre la iniciativa y ofrecerles la oportunidad de participar. En caso de aceptar, se le ofrece la posibilidad de recoger la medicación en una farmacia comunitaria situada en su municipio, y si no la hubiera, en un municipio que la tuviera dentro de su Zona Básica de Salud. Por tanto, la FC es elegida por el paciente de acuerdo con el criterio anteriormente expuesto. Los SFH se encargan de contactar con la FC y avisar a los distribuidores. Según el protocolo de esta comunidad, en el interior del paquete debe incluirse una hoja con la información de la medicación, datos del paciente y número de unidades por medicamento. Así, las FC reciben los medicamentos debidamente identificados y ésta puede contactar con el paciente para realizar la entrega y ofrecer consejo farmacéutico si fuese preciso o solicitado.

La tabla siguiente ofrece un resumen comparativo por Comunidad Autónoma de cómo se aplicaron durante la COVID-19 los principales aspectos que deberían tomarse en consideración en los procedimientos de dispensación colaborativa de medicamentos DHDH. Podemos ver una gran similitud en los procedimientos, en concordancia con las recomendaciones emitidas por el CGCOF. Sin embargo, vemos diferencias en la utilización de instrumentos informáticos para la gestión y trazabilidad de todo el proceso. Solo en algunas CCAA se dispuso de un gestor documental informático, siendo la mayoría las que implementaron circuitos basados en papel.

Apreciamos también que en algunos casos el hecho de que el FC no conociera el medicamento que estaba entregando imposibilitaba la colaboración del farmacéutico comunitario en el consejo farmacéutico oportuno en caso de que fuera preciso. Por otra parte, no siempre se habilitaba o protocolizaba la manera de comunicar el FC con el correspondiente SFH.

Es de destacar que en todos los casos el procedimiento se ha realizado de manera completamente altruista por parte de las FC y distribuidores, ya que en ningún caso se habilitó ningún tipo de remuneración. Y finalmente cabe destacar la conveniencia de implementar sistemas de evaluación de estas experiencias que permitan determinar la correcta aplicación de los protocolos establecidos, la conveniencia de su posible continuidad, y los mecanismos de corrección y mejora que pudieran ser necesarios. Estos sistemas de evaluación reglados no se contemplan en ninguno de los protocolos, si bien, de acuerdo con las entrevistas a profesionales realizadas, algunas CCAA contemplan realizar algún tipo de evaluación, siquiera parcial.

## 2.1.1 Tabla comparativa: Protocolos de las diferentes CCAA<sup>4</sup>

	Andalucía	Aragón	Cantabria	Catalunya	La Rioja	Navarra
Elección de los pacientes susceptibles de participar	SFH	SFH	SFH	SFH	SFH	SFH
Elección de la FC	Paciente	SFH y paciente	SFH y paciente	SFH	COF	SFH y paciente
Protocolo por Comunidad Autónoma						
Consentimiento del paciente						
Voluntariedad de la FC						
Trazabilidad extremo a extremo						
Gestor documental						
Comunicación directa SFH / FC		 A través de los COF			 A través del COF	
Posibilidad de atención farmacéutica	 No específica	 SFH		 No específica	 SFH	 FC
Posibilidad de entrega a domicilio						
Gestión de incidencias				 No específica	 No específica	 No específica
Remuneración a distribuidor						
Remuneración a FC						
Evaluación						

<sup>4</sup> Tabla desarrollada en el Anexo del informe.

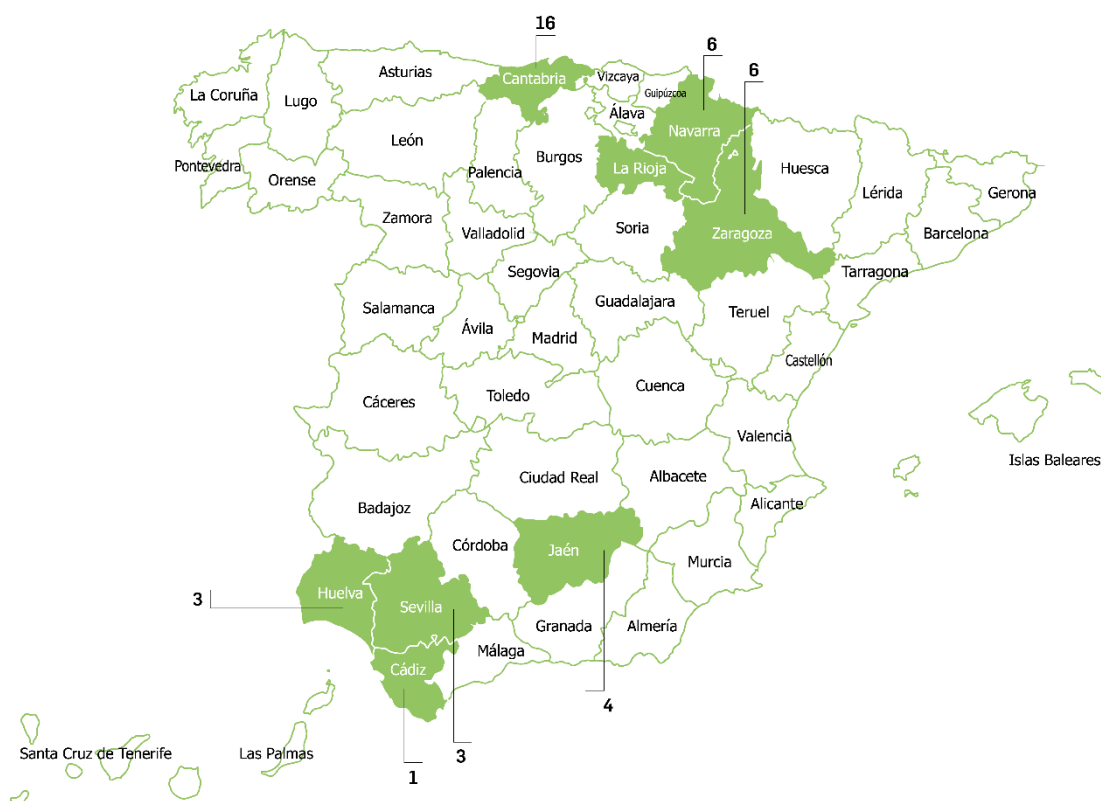


## 2.2 ESTUDIO DE OPINIÓN A PACIENTES

### Ficha técnica y características de los pacientes

Tras el fin del estado de alarma debido a la COVID-19, que tuvo lugar desde el 14 de marzo hasta el 21 de junio, se realizaron entrevistas telefónicas de carácter estructurado a pacientes externos que participaron en el circuito de dispensación colaborativa de medicamentos DHDH. El estudio de campo se realizó entre el 24 de julio y el 7 de agosto. En concreto, se llevaron a cabo un total de 50 entrevistas a pacientes en 8 provincias de España, correspondientes a 5 CCAA (Andalucía, Aragón, Cantabria, La Rioja y Navarra), con el fin de conocer su experiencia dentro del circuito. El CatSalut no autorizó la realización de encuestas a pacientes en Catalunya.

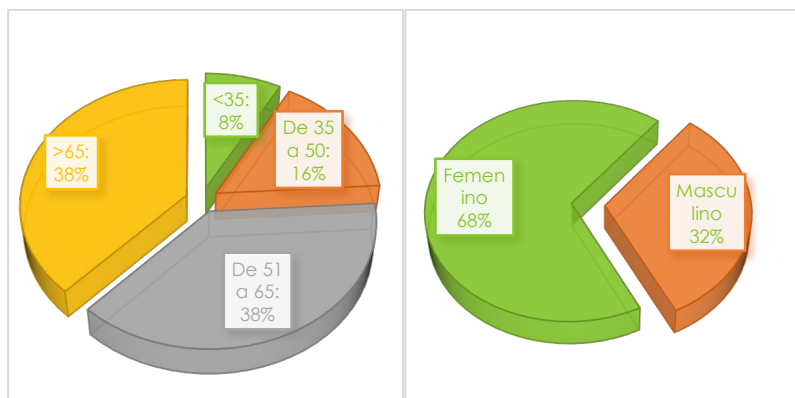
Gráfico 2.2.1: Número de entrevistados según CCAA



Elaboración propia

El 38% de los entrevistados tenían una edad superior a 65 años, el 38% entre 51 y 65 años y el 24% eran menores de 50 años. Del conjunto de pacientes entrevistados el 68% fueron mujeres y el 32% hombres.

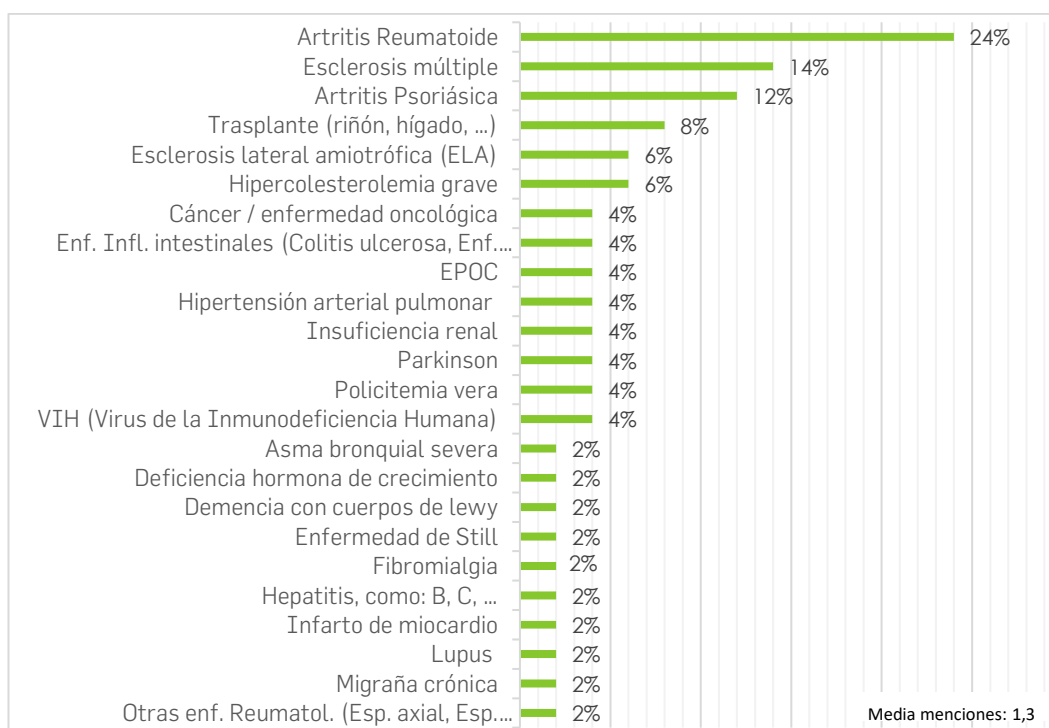
**Gráfico 2.2.2: Entrevistados (%) según rango de edad y según género**



Elaboración propia

En cuanto a las patologías de los sujetos entrevistados, el 24% tenían artritis reumatoide, el 14% esclerosis múltiple, el 12% artritis psoriásica, el 8% trasplantes, el 6% esclerosis lateral amiotrófica, el 6% hipercolesterolemia grave y el restante 30% una de las 18 patologías que aparecen en el siguiente gráfico.

**Gráfico 2.2.3: Patologías de los pacientes entrevistados**



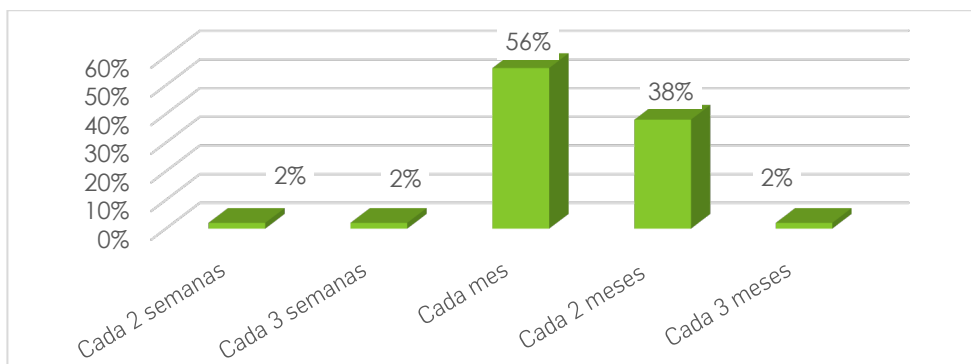
Elaboración propia

## Experiencia del paciente antes del Estado de Alarma

Respecto a su experiencia antes del estado de alarma, los pacientes señalaban que para recoger sus medicamentos DHDH en el SFH, debían recorrer una distancia importante. Más del 50% lo expresaron en kilómetros, alcanzando una media de 42 kilómetros de trayecto hasta el hospital, un 34% lo contabilizó en minutos de coche o transporte público, con una media de 55 minutos, y apenas un 16% señaló que realizaban el recorrido andando, con una media de 13 minutos a pie. En cuanto al número de veces que debían realizar dicho trayecto para revisión médica antes de la COVID-19, el 40% de los pacientes tenían revisión en el hospital cada 3 meses, mientras que un 20% realizaban control médico entre 1 y 2 meses, y un 20% de forma semestral. Normalmente se trata de coordinar la revisión médica con la recogida de medicación en el SFH, pero no siempre resulta factible.

El 56% de los pacientes señalaron que debían acudir una vez al mes al hospital para recoger su medicación, un 38% de ellos cada 2 meses, solo un 2% lo hacía con una frecuencia superior a 2 meses (gráfico 2.2.4).

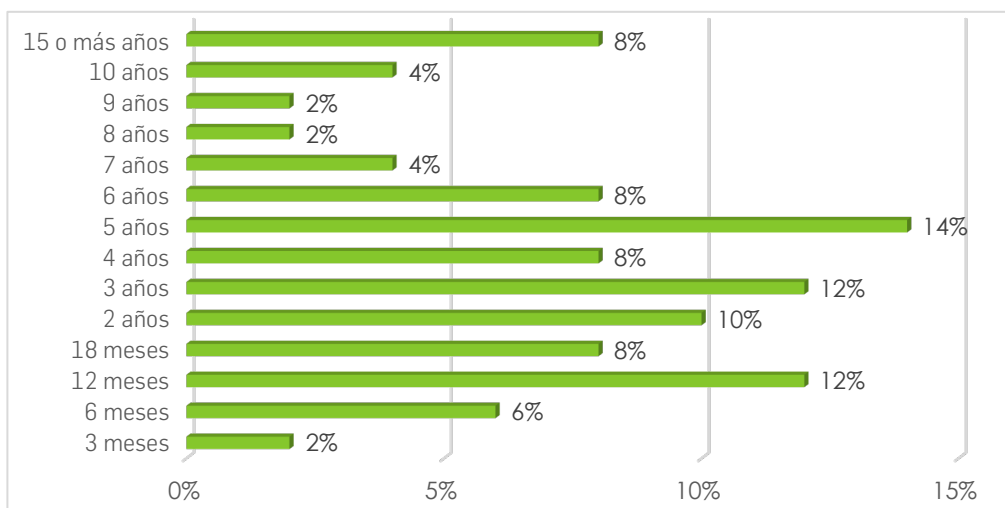
**Gráfico 2.2.4: Frecuencia con la que el paciente acude al SFH a por su medicación DHDH**



Elaboración propia

Más de la mitad de los entrevistados (52%) señalaban llevar entre 2 y 6 años con tratamiento DHDH, el 20% más de 6 años y tan sólo el 8% llevan menos de un año (gráfico 2.2.5).

**Gráfico 2.2.5: Tiempo que lleva acudiendo al SFH a por medicación DHDH**

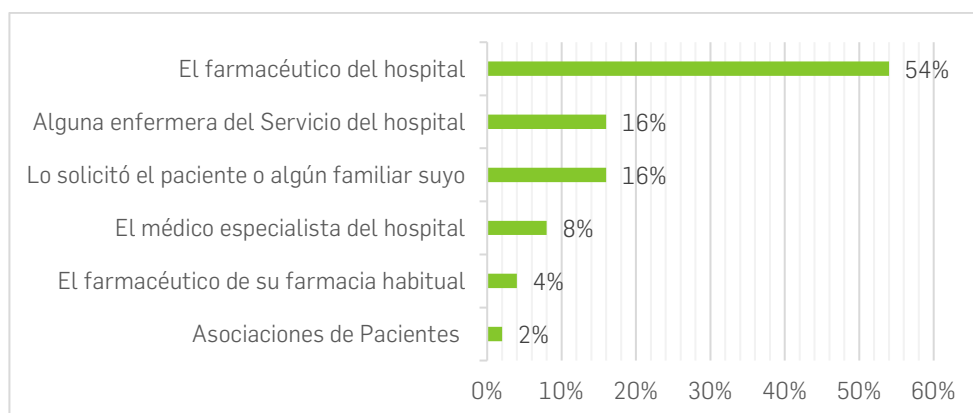


Elaboración propia

## Experiencia del paciente durante el estado de alarma

Durante la etapa COVID-19, ninguno de los pacientes encuestados ha tenido que desplazarse al hospital para recoger su tratamiento DHDH. El 52% comenzaron a recibir su medicación en la FC desde el mes de marzo, el 30% a partir del mes de abril, y el 18 % restante comenzaron a recibir su medicación en la OF a partir del mes de mayo o junio. Según el 54% de los encuestados, el farmacéutico del hospital fue quién le ofreció esta alternativa, un 16% señaló que fue algún profesional de enfermería del hospital y otro 16% afirmó que fue por petición propia o por la de algún familiar (gráfico 2.2.6).

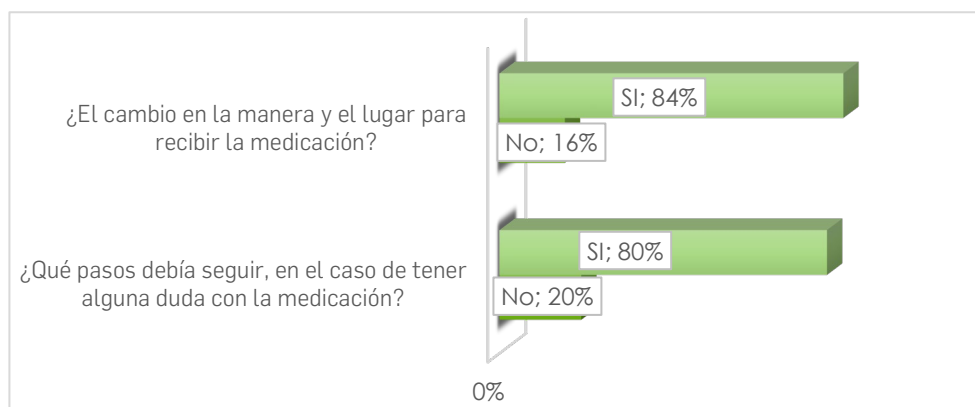
**Gráfico 2.2.6: Persona encargada de informar al paciente sobre el cambio de lugar de entrega**



Elaboración propia

Al 84% de los pacientes les informaron previamente desde el SFH sobre el cambio en la manera de dispensar el medicamento y para acordar el lugar donde recibirían su tratamiento, preparado en el propio SFH. Y al 80% de los casos, también les informaron de los pasos a seguir si tenían cualquier duda con la medicación (gráfico 2.2.7).

## Gráfico 2.2.7: Información por parte del SFH sobre el nuevo procedimiento



Elaboración propia

En cuanto al lugar principal de recogida del medicamento DHDH durante la COVID-19, casi la totalidad de los encuestados (98%) apuntaba que fue su farmacia habitual. También la gran mayoría (94%) declaraba que había podido escoger la FC donde recoger su tratamiento hospitalario. Solo un 6% informó no haber tenido la opción de poder elegir.

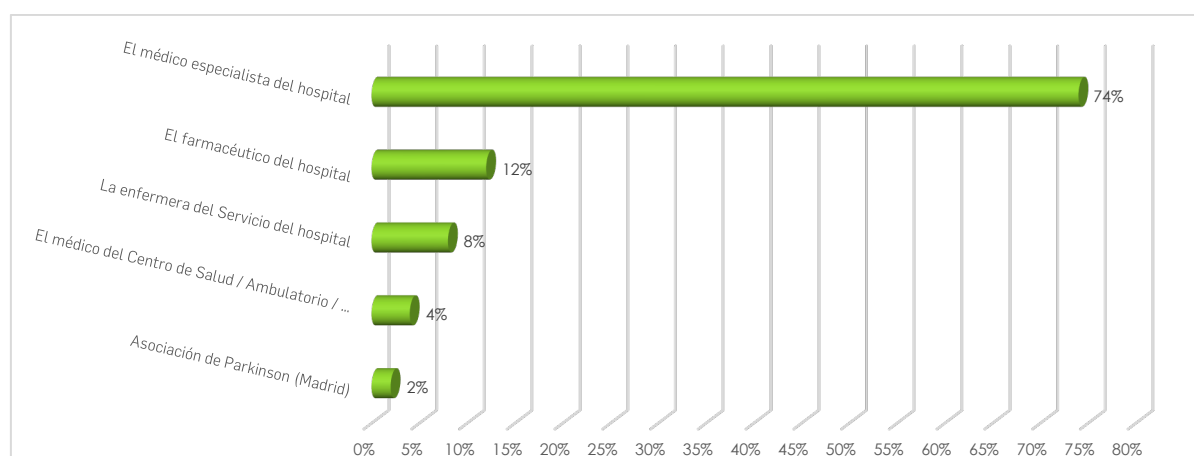
En la mayoría de los casos (88%) fue el propio farmacéutico comunitario el que contactó telefónicamente con los pacientes para que pasasen a recoger la medicación, y en un 2% adicional el FC contactaba por otros mecanismos (whatsapp, SMS o correo electrónico). Durante el trámite, el 82% de los pacientes encuestados explicaron que necesitaron enseñar la tarjeta sanitaria y en algún caso, acompañada del DNI o del informe médico o prescripciones de dispensación hospitalaria sin necesidad, según un 54%, de firmar ningún papel o albarán. En cualquier caso, existían procedimientos para confirmar la entrega del medicamento al paciente. Por otro lado, el 90% de los pacientes afirmaba que en caso necesario podía ir un familiar a recoger el medicamento DHDH, aportando la tarjeta sanitaria (78%) del paciente, el DNI o el informe médico o la receta hospitalaria. Solo en un 2% ha hecho falta, además, aportar la autorización del paciente.

La frecuencia más habitual con la que les llegaron los tratamientos de cada paciente fue mensual (64%), le siguió la frecuencia bimestral con un 32%, mientras que trimestral o quincenal solo representó un 2% en cada caso. Por otro lado, el 58% recibió el tratamiento DHDH para un mes de tratamiento, mientras que un 38% lo recibió para un periodo de dos meses, según recuerdan los pacientes.

La mayoría de los encuestados (96%) señalaron que los medicamentos llegaban a la FC en una caja, sobre o bolsa cerrada, para preservar la confidencialidad del tratamiento del paciente, aunque la misma proporción (96%) también apuntaba que no les preocupa que su farmacéutico conociese su enfermedad, ya que consideran que se mantiene la misma confidencialidad que en el hospital (94%). La vía de administración del medicamento DHDH más frecuente es la intramuscular o subcutánea (62%), representando la vía oral el 40%<sup>5</sup>. El 66% de los medicamentos DHDH referidos por los pacientes encuestados requieren cadena de frío para su conservación.

Según los pacientes encuestados, en el 74% de las ocasiones es el médico especialista del hospital quien resuelve sus dudas sobre la medicación cuando acceden a la consulta correspondiente, el 12% de los pacientes responden que es el farmacéutico del hospital, y en menor escala otros profesionales (gráfico 2.2.8).

**Gráfico 2.2.8: ¿Quién resuelve las dudas en relación con la medicación?**



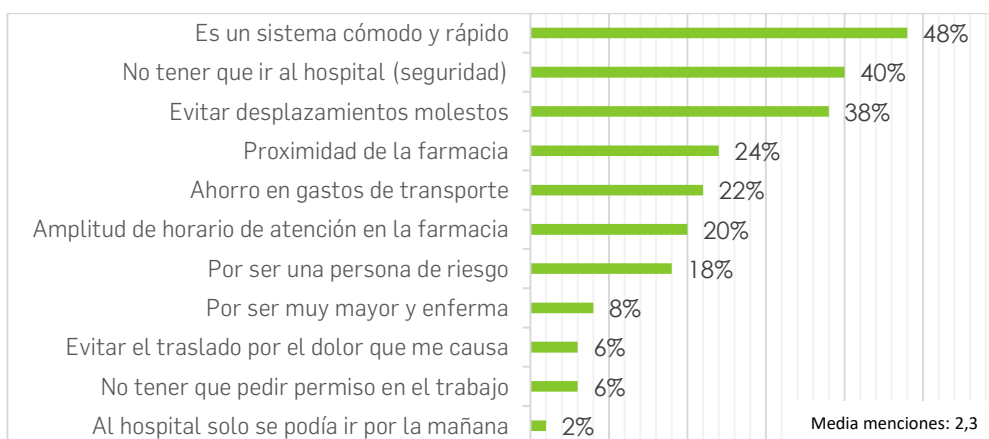
Elaboración propia

## Opinión de los pacientes

El 100% de los pacientes encuestados mostró su satisfacción con el circuito de dispensación colaborativa, que les permitió recoger los medicamentos DHDH en la FC. Los argumentos más valorados fueron la comodidad y rapidez (48%), no tener que ir al hospital (40%), evitar desplazamientos molestos (38%), proximidad de la farmacia (24%), ahorro en transporte (22%) y amplitud del horario de la farmacia (20%) (gráfico 2.2.9).

<sup>5</sup> Un paciente puede tomar más de un medicamento y por tanto referir más de una vía de administración.

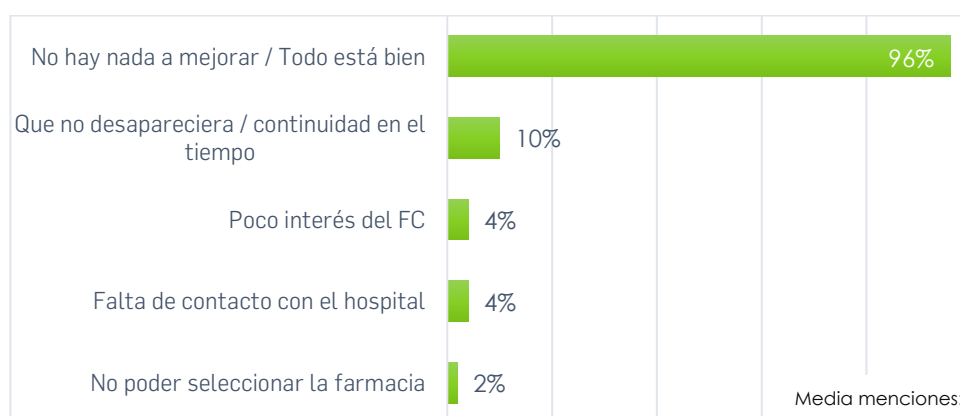
### Gráfico 2.2.9: Argumentos más valorados



Elaboración propia

Una gran mayoría (96%) declara que está totalmente satisfecho con el circuito de dispensación colaborativa. Solo un 4% lamenta el escaso interés por parte del FC y otro 4% la falta de contacto con el hospital (gráfico 2.2.10).

### Gráfico 2.2.10: Argumentos menos valorados o a mejorar



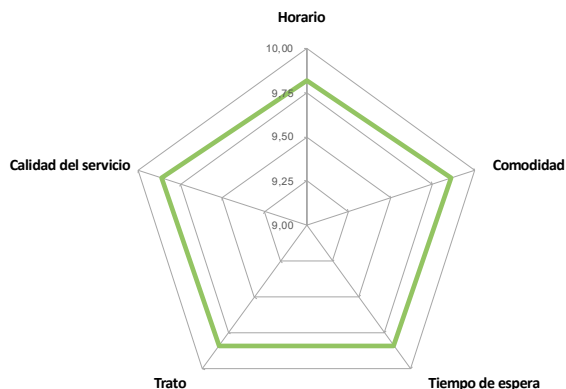
Elaboración propia

En términos generales los pacientes muestran una alta satisfacción general, 9,84 sobre 10 de media, valorando positivamente y casi en igual proporción los siguientes atributos: amplio horario, comodidad, rapidez en la recogida, trato recibido y calidad del servicio (gráfico 2.2.11).



**Gráfico 2.2.11: Grado de satisfacción respecto a los siguientes elementos**

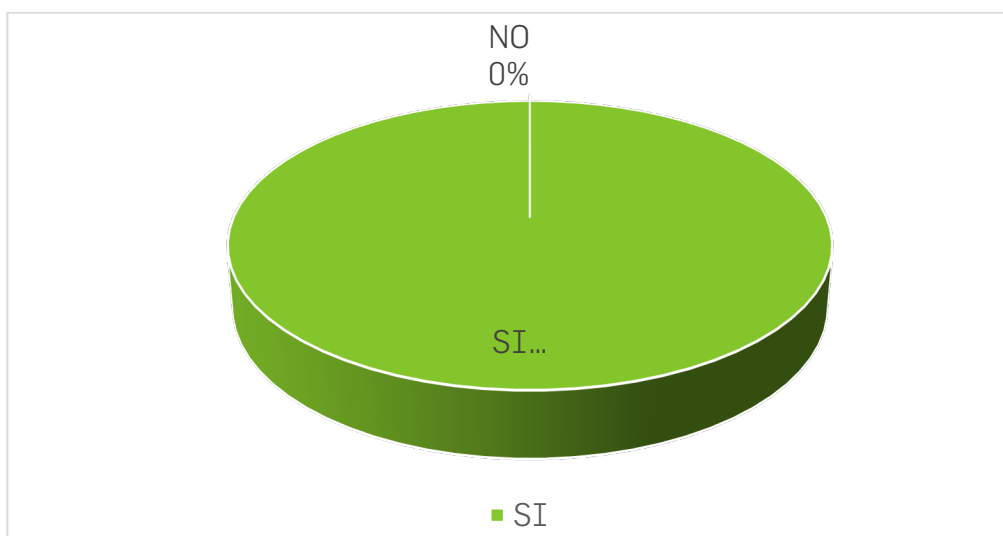
Características / atributos	Valor
Horario	9,82
Comodidad	9,86
Tiempo de espera	9,84
Trato recibido	9,84
Calidad del servicio	9,86



Elaboración propia

En definitiva, el 100% de los encuestados, si pudieran elegir, preferirían continuar con este nuevo circuito de los medicamentos DHDH y no volver al sistema anterior de recogida en el SFH (gráfico 2.2.12). El acuerdo es total en recoger los medicamentos DHDH en la FC habitual, con la posibilidad de llamar al farmacéutico hospitalario para resolver dudas con el tratamiento.

**Gráfico 2.2.12: Satisfacción con el procedimiento de dispensación colaborativa durante la COVID-19**



Elaboración propia

## 2.3 ESTUDIO A PROFESIONALES INVOLUCRADOS EN LA DISPENSACIÓN COLABORATIVA DE LOS MEDICAMENTOS DHDH

### Ficha técnica y características de los profesionales entrevistados

En paralelo al estudio de pacientes, se realizaron una serie de entrevistas telefónicas en profundidad a profesionales involucrados en el circuito de dispensación colaborativa de las seis CCAA participantes. Se realizaron un total de 32 entrevistas entre el 2 de julio y el 10 de agosto de 2020, con la siguiente distribución: 14 farmacéuticos de farmacia comunitaria, 12 farmacéuticos de farmacia hospitalaria y 6 profesionales sanitarios responsables de la prestación farmacéutica autonómica o de área.

**Tabla 2.3.1: Número de entrevistados según CCAA y tipología**

CCAA	Farmacéuticos comunitarios	Farmacéuticos de hospital	Gerencia farmacéutica autonómica o de área	TOTAL
ANDALUCÍA	3	5	1	9
ARAGÓN	2	-	1	3
CANTABRIA	2	-	1	3
CATALUNYA	3	5	2	10
NAVARRA	2	-	1	3
LA RIOJA	2	2	-	4
TOTAL	14	12	6	32

La muestra de los 14 FC entrevistados fue relativamente variada. La tipología del farmacéutico comunitario encuestado más frecuente es la de un profesional que ejerce en una FC donde trabajan entre 2 y 4 farmacéuticos, y entre 1 y 4 auxiliares y/o técnicos. La mitad de ellos trabajan en farmacias del ámbito rural y la otra mitad de ámbito urbano.

Muchas de las farmacias rurales están distantes del hospital de referencia -entre 20 y 100 km-, y no siempre disponen de transporte público. Las farmacias urbanas tienen mayor proximidad al hospital de referencia, con acceso en transporte público -máximo de 20 minutos en coche o transporte público-. En cuanto a la población de pacientes, los propios entrevistados la definieron como una población más bien envejecida, aunque en el caso de los pacientes con medicación DHDH referían tratarse de trabajadores en activo principalmente.

En cuanto a la muestra de FH, los entrevistados formaban parte de hospitales en Andalucía, Catalunya y La Rioja. No fue posible entrevistar a farmacéuticos hospitalarios de las otras tres CCAA participantes (Aragón, Cantabria y Navarra) por declinar su participación. El tamaño de hospital donde trabajan los FH entrevistados era, como en el caso de los FC, variado. Seis pertenecían a hospitales de más de 500 camas, tres a hospitales de menos de 200 camas, y tres a hospitales entre 200 y 500 camas. Dentro del SFH, el número de pacientes al que atienden diariamente era muy variado: dos hospitales asisten hasta 100 pacientes al día, tres entre 100 y 200 pacientes, y otros tres entre 200 y 350 pacientes; en tres hospitales el entrevistado desconocía dicha información. El horario de atención oscilaba según hospital -horario de mañana, horario partido, horario intensivo o ciertas horas a la semana-.

Los tiempos de espera del paciente para la recogida de los medicamentos informados por los FH se distribuía de la siguiente manera: en cinco hospitales la espera media es inferior a 5'; en seis hospitales la espera media es de entre 5' y 30' y en un hospital se refiere una espera media superior a 45'.

A diferencia de las entrevistas a pacientes (realizadas mediante preguntas cerradas estructuradas), la encuesta a profesionales se realizó mediante preguntas y respuestas abiertas siguiendo un guión estructurado. La duración media de cada entrevista fue de 30'. A continuación, se presenta la síntesis organizada de los resultados de dichas entrevistas en profundidad.

## La puesta en marcha de la colaboración en la dispensación de medicamentos DHDH

Antes de que comenzara la pandemia, algunas CCAA (Andalucía, Aragón, Catalunya y Navarra) tenían ya avanzado un plan, o alguna experiencia previa, para facilitar la dispensación de medicamentos DH en colaboración con las FC. A raíz de la pandemia de COVID-19, las FC se pusieron a total disposición de sus Consejerías de Sanidad para colaborar en la dispensación de los medicamentos DHDH, a través de una propuesta que les llegó de los COF. La participación de las FC ha sido voluntaria siempre y secundada por la inmensa mayoría. Así pues, el estado de alarma supuso un motivo de impulso a la colaboración de la FC en la dispensación de medicamentos DHDH que ya venía valorándose y preparando en varias CCAA desde hacía algún tiempo como medida para mejorar el servicio al paciente ambulatorio.

### Tabla 2.3.2: Tendencia a la dispensación colaborativa según CCAA

**ANDALUCÍA:** Se estaba trabajando en un proyecto piloto para resolver estas necesidades de medicación DHDH. Durante la pandemia diferentes comités de crisis, con el apoyo de las direcciones médicas, de las gerencias y del SAS valoraron distintos proyectos. La distribución por mensajería fue la primera opción y paralelamente se pidió la colaboración a los COF y distribuidores.

**ARAGÓN:** Ya había tenido alguna experiencia previa de acercamiento de los medicamentos DHDH a los pacientes a través de los centros de primaria y servicios de mensajería, debido a la gran dispersión geográfica en esta comunidad.

Tras el estado de alarma, la Consejería de Salud propone el acuerdo al COF, otorgando libertad a los hospitales para optar por los diferentes sistemas.

**CANTABRIA:** El SFH del hospital de referencia transmitió la necesidad de buscar una solución por la pandemia y el COF brindó la red de farmacias comunitarias. Dos de los tres hospitales de la región se sumaron a este proyecto.

**CATALUNYA** En 2019, algunos hospitales ya desarrollaron modelos de dispensación colaborativa para facilitar la recogida de medicamentos DHDH a algunos pacientes (según patología y grado de adherencia), utilizando empresas de mensajería. Algunos hospitales (liderados por el Hospital del Mar) se sumaron al proyecto de llevarlo a cabo con el COF en diversas provincias catalanas.

## NAVARRA

Dado el incremento del nº de pacientes con medicación DHDH en los últimos años, en 2019 la Consejería de Sanidad encargó un estudio sobre alternativas. Con el estado de alarma se puso en marcha la dispensación directa desde el SFH hasta el domicilio del paciente a través de empresas de mensajería así como a través de farmacias comunitarias en algunos lugares.

## LA RIOJA:

Inicialmente se había pensado, juntamente con el COF, para unos casos concretos de pacientes, pero se extendió a un porcentaje mayor para evitar que acudieran al hospital. *“Un caso surgió a raíz de la petición de una paciente porque había visto la noticia en las redes, la farmacia hospitalaria, contactó con el Colegio Oficial de Farmacéuticos y a través de la Distribución Farmacéutica se puso en marcha en abril.”*

Entre la segunda quincena de marzo y primera de abril, según territorios, se puso en marcha el circuito de colaboración en la dispensación con la implicación de todos los agentes necesarios: Consejerías de Salud, Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Servicios de Farmacia Hospitalaria, Farmacias Comunitarias y Distribuidores/Mayoristas.

Las Gerencias Hospitalarias y los SFH pusieron en marcha esta medida de dispensación extrahospitalaria con el fin de garantizar la seguridad de los pacientes y obligados por la situación asistencial de los hospitales y las condiciones de confinamiento total decretado por las autoridades. Todos coinciden y agradecen la labor de impulso y coordinación de los COF. Los FH consideran que la red de FC puesta a disposición de la dispensación de los medicamentos DHDH ha sido un ejemplo de colaboración y apoyo al sistema sanitario. En concreto, destacan su total disponibilidad para asumir y ofrecer un servicio a la población, evitando a los pacientes los desplazamientos al hospital de referencia en unas condiciones de gran dificultad. Para los FC el papel de los COF fue clave, asumiendo el liderazgo, la negociación de los protocolos y la coordinación de todos los agentes. Según estos profesionales los protocolos contenían instrucciones claras y en su experiencia los circuitos se implantaron con rapidez y sin mayores problemas.

Por su parte los SFH han sido los principales ejecutores de estos procedimientos, encargados de contactar e informar a los pacientes, organizar la medicación y el reparto a través de los distribuidores, y coordinar con la FC cuando era necesario. En general los FH y los FC se relacionaron siempre que fue necesario, pero cuando era necesaria esa comunicación directa, los entrevistados informan que la relación ha sido sencilla y colaborativa.

Las incidencias durante la puesta en marcha fueron excepcionales, siendo lo más habitual algún retraso en la entrega a la FC, y en estos casos la resolución fue rápida y satisfactoria.

## **Criterios de selección y comunicación con el paciente**

Debido al alto volumen de pacientes externos en cada hospital, se hizo una priorización en función de varios criterios (dependiendo de cada CCAA): proximidad de la fecha de dispensación; movilidad reducida del paciente; distancia de la vivienda con el hospital; problemas sociales; paciente que vive solo y, por supuesto, la voluntariedad en aceptar la propuesta. El proceso de selección y comunicación al paciente lo realizaron los SFH, significando una importante cantidad de llamadas telefónicas para estos servicios, con el objeto de valorar cada situación, informar y solicitar el consentimiento del paciente.

## **Consentimiento del paciente, asignación de la FC y comienzo del procedimiento**

Una vez obtenido el consentimiento del paciente, el SFH acordaba con el paciente la FC donde retirar los medicamentos. A través de una plataforma online, SMS o teléfono, según los territorios, el SFH contactaba con el distribuidor, con la FC y con el COF. En algunos casos fueron las FC las encargadas de contactar directamente con el paciente, una vez los medicamentos DHDH ya se encontrasen en el establecimiento.

En unos hospitales se asignó directamente una FC y en otros se seleccionó la solicitada por el paciente. En algunas ocasiones, también se ha dado el caso de que los distribuidores han tenido que llevar los medicamentos DHDH a otras provincias porque allí estaban pasando el confinamiento los pacientes beneficiados.

## **Labor clave del distribuidor**

En general el distribuidor que ha trasladado los medicamentos DHDH ha sido el habitual de las FC. En algunos casos desde los SFH les preguntaron a través de quién lo querían recibir. Los envíos de medicamentos DHDH, salvo excepciones, fueron siempre en el mismo porte diario que el resto de los fármacos de la FC. La valoración que de este servicio de distribución hacen todos los entrevistados fue excelente.

A las empresas de distribución se las califica como organizaciones muy especializadas en el servicio de suministro de medicamentos, preparadas tanto para el transporte ordinario como para la conservación en frío, garantizando siempre la puntualidad y la seguridad en el envío. Además, se preservó la confidencialidad del paciente al entregar los fármacos desde los SFH en una bolsa independiente, casi siempre anónima y de color distinto (roja o azul) al del resto de paquetes del distribuidor.

## **Pacientes con medicamentos DHDH atendidos por las FC durante la COVID-19**

En la mayor parte de las ocasiones el número de pacientes atendidos en las FC entrevistadas ha oscilado entre 1 y 4 por cada farmacia. Excepcionalmente, alguna FC declara haber tenido más de 10 pacientes distintos. Por otro lado, los entrevistados afirman haber recibido tanto pacientes habituales y conocidos por otros tratamientos, como pacientes no habituales, presumiblemente por proximidad al lugar de trabajo o para mantener la confidencialidad del tratamiento.

## **Cualificación de la FC y trazabilidad del proceso**

Las tareas encomendadas a las FC -custodia, conservación en frío si procede, confidencialidad y entrega al paciente- se realizaron con total garantía y a cargo de un profesional farmacéutico. Según los entrevistados, ningún fármaco recibido necesitó un tratamiento distinto de los habituales. En la mayor parte de los casos se custodiaron como máximo 48h hasta la entrega al paciente, pero habitualmente fueron muy pocas horas, siempre custodiados en un lugar diferenciado de la farmacia.

Todos los farmacéuticos comunitarios participantes reconocen su total cualificación y capacidad para la dispensación de los medicamentos DHDH en las farmacias comunitarias. Se trata de tratamientos sobre los que ya disponen de conocimientos farmacológicos y que pueden contribuir en una mejor adherencia del tratamiento. Al tratarse de la entrega de un medicamento que el paciente toma desde hace mucho tiempo, en general los FC no necesitaron prestar ningún tipo de consejo farmacéutico específico a la medicación.

Según cada CCAA, la entrega fue notificada al COF o al hospital de referencia bien por teléfono, electrónicamente, vía App o plataforma, o bien devolviendo el albarán firmado. Algunas CCAA ya tenían avanzados sistemas informáticos para facilitar esta actuación, pero no todas han contado con estos sistemas de apoyo. Es el caso de Andalucía y Catalunya donde la gestión se ha realizado a través de una plataforma del COF.

También los FC resaltaron que, al tratarse de una colaboración, pero no un acto de dispensación profesional como tal, no fue necesario registrar las entregas en sus programas informáticos o en sus contabilidades internas y, por tanto, no tuvieron que hacer ningún tipo de ajuste informático en sus sistemas de trabajo. Pero consideran que no habría ningún problema de realizar la necesaria adaptación informática, si se tratara de un circuito con continuidad.

## Garantías de confidencialidad

Los farmacéuticos comunitarios consideraron que se preservó en todo momento la debida atención confidencial. En algunos casos, los farmacéuticos comunitarios no conocían la identidad de los medicamentos DHDH porque ni lo ponía en la bolsa ni en el albarán de entrega. En un porcentaje de casos el paciente recogía la medicación en la misma bolsa opaca en la que había llegado desde los SFH. Por ello, los farmacéuticos comunitarios apuntan que esta situación impide su labor de asesoramiento. En cualquier caso, según los FC, la Ley de Protección de Datos, la regulación farmacéutica y el propio código deontológico que les vincula garantiza plenamente la confidencialidad y privacidad de la información.

Por otro lado, los farmacéuticos comunitarios son conscientes de que hay pacientes que por sus patologías prefieren una privacidad máxima, y en ese caso, como coincidieron varios farmacéuticos hospitalarios, algunos pacientes optaron por farmacias más alejadas de su domicilio con el objetivo de evitar que se pudiera conocer su tratamiento. Otros pacientes no quieren que sus familiares sepan de sus tratamientos y eso también se garantizó no facilitando ningún tipo de información a ninguna persona que no fuera el propio paciente o persona autorizada. Esta aproximación no se corresponde a la percepción obtenida en la encuesta de los pacientes.

En la mayor parte de los casos fue el propio paciente o un familiar de éste quien recogió el tratamiento DHDH en la FC. En ciertas ocasiones excepcionales, por dificultades de movilidad del paciente, se entregó directamente en el domicilio, siempre a cargo del farmacéutico comunitario y nunca se utilizaron ni repartidores externos, ni auxiliares de farmacia, con el objetivo de garantizar y preservar la confidencialidad al máximo. En ese sentido, algunos FC refieren ciertas situaciones complicadas de reparto en barrios marginales.



## Valoración, Ventajas e inconvenientes del circuito puesto en marcha

Tanto los farmacéuticos hospitalarios como los comunitarios se muestran satisfechos con el circuito de colaboración en la dispensación implementado y creen que, respecto de otras opciones posibles (entrega a domicilio desde los SFH, a través de los centros de salud, ...), es el más adecuado, y el preferido por la mayoría de los pacientes.

Según los farmacéuticos comunitarios, la colaboración en la dispensación favorece el seguimiento farmacoterapéutico del paciente -al facilitarle tanto su medicación habitual como la medicación hospitalaria-, una atención más personalizada -que puede repercutir en una mejor atención farmacéutica y adherencia-, una normalización de la enfermedad crónica, menor riesgo -por la disminución de la frecuencia de visitas al hospital-, y un ahorro económico y de tiempo significativos. Esta mayor conveniencia para el paciente ocurre tanto cuando se trata de un trabajador en activo y tiene el hospital de referencia lejos, como cuando se trata de un paciente dependiente, como ocurre en muchos casos.

Los FC destacan positivamente que las distintas Consejerías de Salud hayan sido sensibles con este tema y lo hayan apoyado. Por otro lado, entienden que, de mantenerse, mejoraría la colaboración entre el farmacéutico comunitario y hospitalario, lo cual redundaría en una mejora en todos los programas de gestión farmacéutica (seguimiento, adherencia, uso racional, ...). Facilita, por ejemplo, el poder reportar de forma rápida si aparecen reacciones adversas, y es una manera de compartir tareas y avanzar en la tan predicada continuidad asistencial entre distintos niveles. Los farmacéuticos comunitarios no encuentran justificación clínica para que estos medicamentos DHDH continúen dispensándose en el hospital.

Los FH entrevistados también valoran positivamente la experiencia y se muestran proclives a que aquellos pacientes externos que cumplan ciertos criterios (estabilidad clínica, seguridad del fármaco, ...) puedan recibir los medicamentos DHDH en la farmacia comunitaria tras recibir la primera dispensación en el hospital, también después de la pandemia. Los farmacéuticos hospitalarios creen que, para las FC, el circuito de colaboración en la dispensación puede otorgarles un mayor perfil profesional y contribuir a integrarles en la continuidad de cuidados a estos pacientes. Además, se establecería un canal de comunicación más ágil entre las FC y los SFH, favoreciendo otras posibles colaboraciones.

En cuanto a las ventajas para los propios SFH, los farmacéuticos hospitalarios opinan que el procedimiento de colaboración en la dispensación es necesario durante la COVID para reducir el riesgo de contagio en el hospital. Y también valoran la reducción del número de pacientes y de consultas atendidas en el SFH, que se traduce en una mejor atención a los pacientes hospitalizados y a quienes siguen acudiendo presencialmente. Para los FH, a largo plazo la colaboración con las farmacias comunitarias facilitaría la descongestión de trabajo en los SFH y poder dedicar más tiempo para otras tareas con mayor valor profesional.

Los FH también afirmaron la necesidad de reestructuración de tareas dentro del SFH y destacaron la carga de trabajo adicional que han supuesto estas medidas alternativas. El mayor problema para los SFH ha sido la logística en la preparación de paquetes y su envío -entre 2 y 8 horas/diarias en la preparación de paquetes y 2 a 5 personas implicadas-. Además, el tiempo invertido en llamadas a todos los pacientes supuso un gran esfuerzo adicional, haciendo llamadas telefónicas a los pacientes para verificar que éstos daban su consentimiento al circuito y posteriormente para asegurarse de la recepción del medicamento DHDH. En paralelo, el SFH continuó abierto durante todo este periodo para los pacientes que fueron atendidos de forma presencial -entre 15 y 20 pacientes de media al día-, simultaneando los dos sistemas. Aunque durante la pandemia se contó con personal adicional o voluntarios del propio hospital, ese personal ha tenido que volver a sus servicios y de mantenerse el circuito habría que valorar el personal que se precisa para cubrir esa necesidad.

Por último, los FH consideran que, de cara al paciente, el circuito de colaboración en la dispensación minimiza el riesgo de contagio, reduce el número de visitas al hospital, facilita un horario más amplio de recogida, y se respeta su confidencialidad. En definitiva, subrayan que será parte necesaria de los SFH por mucho tiempo y quizás para siempre. Reconocen que se han producido muy pocas incidencias, algún retraso en la entrega de medicamentos a las farmacias comunitarias, que han podido ser solventadas sin dificultad. Los FH alegan como inconveniente la pérdida de contacto y seguimiento de estos pacientes y posibles pérdidas de adherencia. Para tratar de evitarlo, se han hecho llamadas telefónicas y se considera conveniente realizar una evaluación de los efectos. Lo ideal, dicen muchos, sería complementar la dispensación en la FC con el seguimiento desde el hospital.

En cuanto a la percepción de la valoración de los pacientes, los farmacéuticos comunitarios declararon haber comprobado la satisfacción de los pacientes con la implantación del circuito de colaboración en la dispensación durante la pandemia.

Señalan que los propios pacientes han verbalizado lo beneficioso del sistema para ellos y así lo han manifestado a los farmacéuticos comunitarios, resaltando lo siguiente: ahorro de costes por desplazamientos; ahorro de tiempo en viajes y en tiempos de espera en los hospitales; evitar el miedo extra que les supone a este tipo de pacientes entrar en un hospital en estas circunstancias; la proximidad a la FC sin tener que utilizar, en muchos casos, transporte público; satisfacción del familiar que pudo recoger los medicamentos DHDH en la FC; confianza y tranquilidad con la dispensación en la FC; comodidad por el amplio horario de atención. Ha habido muy pocos pacientes reticentes a recibir los medicamentos en la FC. Las pocas reticencias han venido de algunos pacientes reacios a recibir su medicación en la farmacia “que los conoce”, lo cual se ha resuelto ofreciéndoles otra farmacia alternativa.

## **Alternativas para la dispensación de los medicamentos DHDH**

Ya antes de la COVID, y más aún durante la pandemia, los SFH disponen de alternativas para hacer llegar los medicamentos DHDH a los pacientes externos que no pueden desplazarse a los hospitales por los motivos que sean. En ocasiones se suministra la medicación al paciente para periodos más largos. Algunos FH entrevistados ven positivamente esta opción, siempre y cuando se realice de manera individualizada y según el paciente, aunque nadie considera que se deba alargar más allá de 3 meses. No obstante, la gran mayoría no está de acuerdo porque creen que el paciente no está preparado para asumir tanto stock y además es gravoso para el sistema sanitario si se malograra por mal uso, mala conservación, etc. (citan el ejemplo de pacientes trasplantados que no han conservado adecuadamente la eritropoyetina, y pacientes con mala adherencia, incapaces de gestionar por sí solos su tratamiento y con necesidad de supervisión mensual). Si el paciente fallece, tiene una reacción adversa o un evento que obliga a suspenderle o modificar el tratamiento, se pierde una gran cantidad de medicamento, con la consiguiente pérdida económica. Además de que existe un gran número de pacientes a los que no les gusta acumular en casa medicación para largos periodos de tiempo.

Por otro lado, la dispensación hospitalaria con envíos directos al domicilio del paciente sólo la ven viable para una minoría con necesidades especiales, aquellos que no pueden desplazarse por problemas de movilidad o que están confinados por ser positivos. Aunque haya empresas de mensajería o distribución que sí garantizan incluso la conservación en frío, se considera la opción más costosa económicamente, y la que peor garantiza la seguridad del fármaco por la dificultad en la entrega cuando el paciente no está en su domicilio, ya que el medicamento habría salido del canal farmacéutico y no tendría posibilidad de devolución de la medicación al SFH.

Algunos entrevistados afirmaron que se habían realizado estudios donde se comprueba que la efectividad de las entregas por empresas de mensajería solo alcanzaría entre el 30-40% de las mismas. Además, este sistema se ha llevado a cabo en varias regiones por empresas de mensajería que no siempre garantizan la conservación en frío y que no conocen las peculiaridades de los medicamentos; y muchos pacientes manifiestan que quieren que el medicamento sea dispensado por un profesional sanitario, ya que les da seguridad y confianza.

Por último, la dispensación de los medicamentos DHDH a través de los farmacéuticos de atención primaria, para la mayoría de los entrevistados no es una opción viable. Se considera que el sistema de atención primaria no está preparado para esa función, en muchos sitios no existen esos profesionales ni la infraestructura necesaria. En ocasiones el centro de salud sigue estando distante del domicilio del paciente y puede suponer un problema en cuanto a disponibilidad de horario para la recogida de los medicamentos DHDH, sobre todo en los centros rurales con horario de apertura limitado.

En definitiva, la totalidad de entrevistados consideran que el circuito de dispensación colaborativa entre la FH y la FC es el más factible, siendo el que ofrece la mayor calidad y seguridad, confianza en la trazabilidad, puntualidad y cobertura territorial. Éste se muestra como la mejor opción para una situación de “nueva realidad”, que se va a prolongar mucho tiempo, con el fin de evitar consultas innecesarias en los hospitales y reforzar el trabajo de los profesionales de hospital en los pacientes ingresados por COVID o por otras patologías, que van a abundar en el próximo futuro. No obstante, cabe destacar algunas posibles mejoras y actualizaciones para optimizar el procedimiento y dar una respuesta integral a los pacientes con tratamientos DHDH, como se presenta en la sección siguiente.

## **Continuidad y Potenciales mejoras del circuito de colaboración en la dispensación**

De acuerdo con todos los comentarios de los entrevistados (FH, FC y Gestores), la experiencia fue muy positiva y, como ya se ha adelantado en respuestas anteriores, consideran que será necesario y es conveniente continuar con las mismas mientras dure la pandemia, y seguramente implantarla con carácter estable. No obstante, en algunas CCAA se mantienen estos procedimientos colaborativos después del estado de alarma, en otras se han suspendido y en algunas los farmacéuticos entrevistados no saben si continúan o no. Todos consideran necesario realizar una evaluación de la experiencia para conocer la satisfacción de los pacientes, valorar las incidencias que se hayan podido producir, los fallos y las mejoras a introducir. Los entrevistados relatan que los COF de Andalucía y Cantabria han realizado una encuesta de satisfacción de pacientes con resultados favorables, sobre todo en los pacientes que viven en el ámbito rural.

No obstante, en las entrevistas se han destacado algunas mejoras a implantar si el servicio tiene continuidad a corto/medio plazo. Las principales cuestiones señaladas son la mejora de la comunicación entre profesionales, la digitalización del proceso de registro y seguimiento, el refuerzo del papel profesional del FC, la dotación de los recursos necesarios y procesos de trabajo en el SFH, y la potencial retribución del servicio a la FC y distribuidores.

El farmacéutico comunitario es consciente de que su papel en el proceso se ha visto limitado a recibir, custodiar y colaborar en la dispensación de los medicamentos DHDH. Muchos han echado de menos disponer de un mayor rol profesional.

La mayoría de los farmacéuticos consideran necesario establecer una plataforma de comunicación entre los SFH y las FC, compartiendo los datos necesarios para la completa trazabilidad del servicio. También sería conveniente disponer de un sistema para poder recoger las reacciones adversas que el paciente manifieste, así como compartir con el SFH detalles concretos del cumplimiento terapéutico para hacer un seguimiento y comprobar la adherencia. Por último, se considera imprescindible facilitar a todos los pacientes la opción de elegir la FC donde quieren recoger el tratamiento DHDH, pues no en todos los casos han podido elegir. Muchos de los profesionales entrevistados se inclinan porque la primera dispensación del fármaco se haga desde el SFH, y ya las siguientes y de manera progresiva y pautada se pueda hacer la dispensación en colaboración con la FC.

Por parte de los FH, aun cuando consideran también necesario continuar con esta modalidad de colaboración, algunos resaltan la necesidad de no perder el contacto y el seguimiento directo con el paciente. Por ello, consideran conveniente el desarrollo de sistemas telemáticos, compaginándolo con la consulta telefónica, para mantener la atención al paciente externo.

La mayoría de FC considera que se ha tratado de una situación excepcional y todos coinciden que no les ha supuesto una carga de trabajo excesiva. Ahora bien, si el proyecto se mantuviera en el tiempo, un alto porcentaje de los farmacéuticos comunitarios considera que se debería contemplar algún pago o contraprestación. Cuantificarlo sería complicado y dependería del volumen y del tiempo invertido.

Una mayoría de profesionales (farmacéuticos de FC, farmacéuticos de SFH y farmacéuticos con responsabilidad de gestión autónoma o de área) entiende que antes que una retribución económica por acto de dispensación habría que buscar otro tipo de contraprestación.

Algunos de los farmacéuticos hospitalarios y gerentes hablan de valorar, inicialmente, cada dispensación en una horquilla entre los 6 y los 15€ y en un futuro determinar alguna otra fórmula de remuneración no necesariamente en la forma de margen por dispensación, sino como pago por servicios profesionales.

No obstante, todos coinciden en que la decisión adoptada tendría que ser sostenible económicamente, cuestión de negociación y de pacto. Existe una opinión generalizada de que ha de ser la autoridad sanitaria quien establezca y financie el mecanismo de remuneración. La cuestión para muchos encuestados es si el 100% le debe corresponder al SNS, si el paciente debería asumir una parte (como en el copago por receta), o bien se buscan otras fórmulas colaborativas que lo hagan viable.

Por otro lado, si bien en líneas generales, los SFH percibieron a los farmacéuticos comunitarios como profesionales debidamente cualificados para la dispensación de los medicamentos DHDH, también se han recogido algunos testimonios sobre la inconveniencia de introducir un intermediario entre los SFH y el paciente. En opinión de algunos farmacéuticos hospitalarios no todas las FC tienen condiciones para la colaboración en la dispensación de este tipo de medicamentos. Por su parte los FC reconocen que existen reticencias infundadas por parte de sus compañeros hospitalarios hacia el papel profesional que ejercen en las farmacias comunitarias y mucho desconocimiento sobre su labor diaria.

Como conclusión, ambos grupos de profesionales consideran que experiencias como la colaboración entre farmacéuticos hospitalarios y comunitarios en la dispensación de medicamentos DHDH acontecida durante la COVID brinda una enorme oportunidad para revisar los circuitos de dispensación de los medicamentos DHDH, establecer nuevas fórmulas de continuidad asistencial y colaboración entre la FH y la FC y siempre con las necesidades del paciente en el centro de las decisiones.

# BIBLIOGRAFÍA

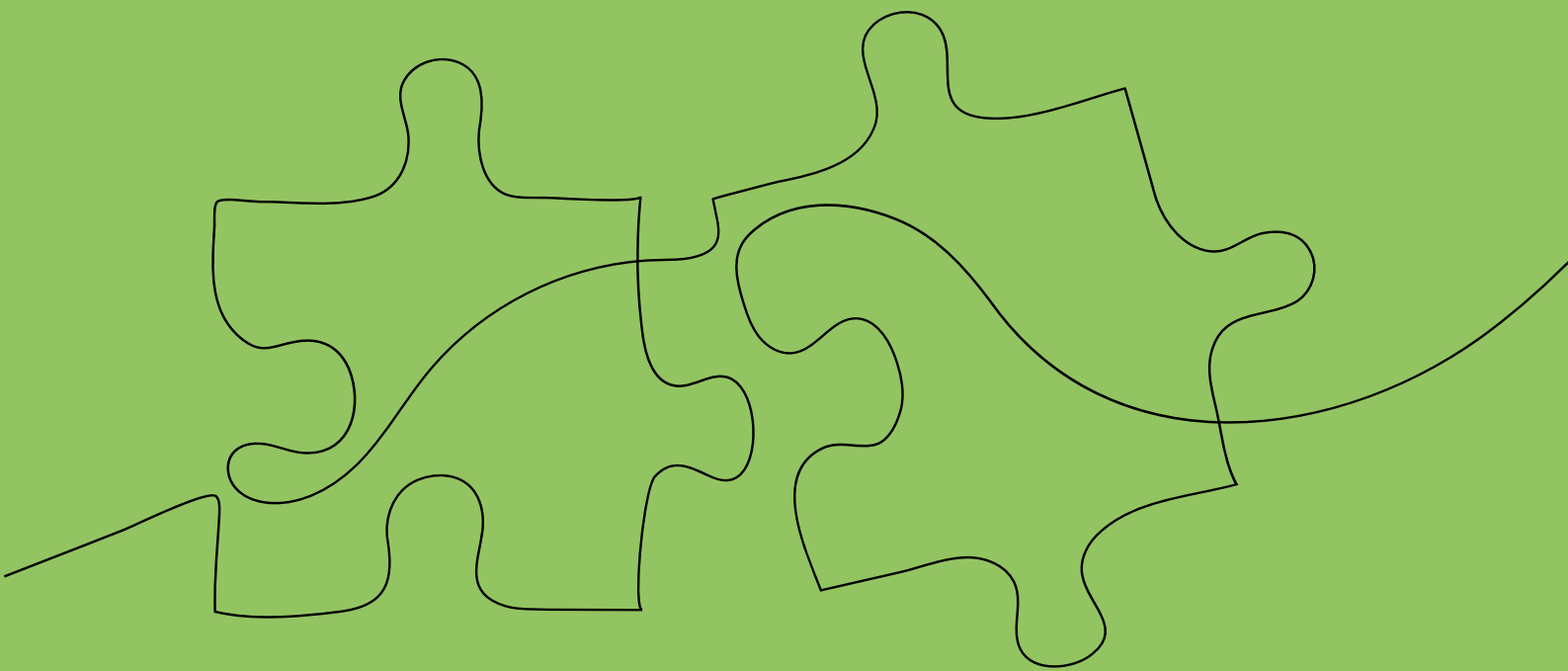
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS – CIMA. Disponible online: <http://www.aemps.gob.es/cima/pestanias.do?metodo=glosario#prescripcion>
- AIReF. Gasto Hospitalario del Sistema Nacional de Salud: Farmacia e Inversión en Bienes de Equipo. Disponible online: <https://www.airef.es/wp-content/uploads/2020/10/SANIDAD/PDF-WEB-Gasto-hospitalario-del-SNS.pdf>
- Arganda, C. Sanidad deja en manos de las CCAA la dispensación en farmacias de DHSC. Disponible online: <https://www.diariofarma.com/2020/03/27/sanidad-deja-en-manos-de-las-ccaa-la-dispensacion-en-farmacias-de-dhsc>
- Arganda, C. & Rosa, F. La posibilidad de entregar DH en farmacias se restringe, finalmente, a lo que dure la crisis sanitaria. Disponible online: <https://www.diariofarma.com/2020/06/10/la-posibilidad-de-dispensar-dh-en-farmacias-se-restringe-finalmente-a-lo-que-dure-la-crisis-sanitaria>
- Cevey, M. & Vallés, A. (2016). Informe sobre la Dispensación de los Medicamentos DH: Situación actual, posicionamientos y posibles alternativas. Intelligence Unit Report: Revista Española de Economía de la Salud.
- CGCOF. (2020). Procedimiento de actuación para la dispensación excepcional en farmacia comunitaria de medicamentos de diagnóstico hospitalario con reservas singulares (sin visado y desprovistos de cupón precinto). Disponible online: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/Asesoramiento-salud-publica/infeccion-coronavirus-2019-nCoV/Documents/procedimiento-dispensacion-medicamentos-MHDH.pdf>
- CGCOF. (2020). Pautas a seguir por el Farmacéutico Comunitario para facilitar de manera excepcional la medicación a determinados pacientes en sus domicilios. Disponible online: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/Asesoramiento-salud-publica/infeccion-coronavirus-2019-nCoV/Documents/documento-pautas-entrega-medicamentos-domicilio%20.pdf>
- Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia (2012). Resolución, de 1 de Abril de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, que incluye la relación de medicamentos que han pasado a dispensación en los servicios de farmacia de los hospitales. Disponible online: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/RelMedDispensacionHospital.pdf>
- Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia (2013). Resolución, de 10 de Septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS mediante la asignación de aportación del usuario. Disponible online: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-9709](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-9709)

- Domínguez, M. (2017). SEFH: 313 fármacos de DH son los que han pasado de la botica al hospital. Redacción Médica. Disponible online: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/farmacia-hospitalaria/sefh-313-farmacos-de-dh-son-los-que-han-pasado-de-la-botica-al-hospital-1630>
- FEFE (2016). Otros argumentos para la vuelta de los medicamentos de diagnóstico hospitalario a la farmacia. Observatorio del medicamento, mayo 2016. Disponible online: <http://fefe.com/wp-content/uploads/2016/07/observatorio-medicamento-2016-mayo.pdf>
- GAD3. (2020). Papel de la Farmacia en la crisis de la COVID-19. Disponible online: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/Asesoramiento-salud-publica/infeccion-coronavirus-2019-nCoV/Documents/encuesta-gad3-papel-farmacia-crisis-covid-19.pdf>
- Jefatura del Estado. (2020). Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Disponible online: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-5895](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-5895)
- Jefatura del Estado. (2006). Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios. Disponible online: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-13554>
- Jefatura del Estado. (2010). Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud. Disponible online: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-5030>
- Jefatura del Estado. (1990). Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. Disponible online: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-30938>
- Jefatura del Estado. (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponible online: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- Letélez, J., Bravo, C., Andrés, J., & Farfán, F. (2014). Medicamentos de Diagnóstico Hospitalario: Oportunidad de colaboración entre farmacia hospitalaria y comunitaria. *Pharmaceutical Care España*, 16(4), 162-167.
- Magro, F. (2019). Por primera vez el gasto farmacéutico público hospitalario supera al de oficinas de farmacia. Disponible online: <https://www.actasanitaria.com/por-primera-vez-el-gasto-farmacaceutico-publico-hospitalario-supera-al-de-oficinas-de-farmacia/>
- Ministerio de Sanidad. (2020). Orden SND/293/2020, de 25 de marzo, por la que se establecen condiciones a la dispensación y administración de medicamentos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Disponible online: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-4130>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. Disponible online: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-19249>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Orden SCO/2874/2007, de 28 de septiembre, por la que se establecen los medicamentos que constituyen excepción a la posible sustitución por el farmacéutico con arreglo al artículo 86.4 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Disponible online: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-17420#:~:text=Orden%20SCO%2F2874%2F2007%2C,los%20medicamentos%20y%20productos%20sanitarios.>



- Ministerio de Sanidad y Bienestar Social. (1991). Circular 12/91 Prosereme V. Disponible online: <https://www.msccbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones.do?metodo=detallePublicacion&publicacion=7013>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1982). Resolución de 28 de abril de 1982, de la Subsecretaría para la Sanidad, por la que se autoriza el autotratamiento en los enfermos hemofílicos. Disponible online: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1982-12996](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1982-12996)
- Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. (1978). Real Decreto 921/1978, de 14 de abril, sobre dispensación controlada de productos farmacéuticos básicos en el recinto de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Disponible online: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?lang=es&id=BOE-A-1978-11993>
- SEFH (2012). Proyecto MAPEX: Mapa Estratégico de Atención Farmacéutica al paciente externo. Disponible online: <https://www.sefh.es/mapex/images/Tendencias-del-entorno-analizadas.pdf>
- SEFH (2015) Informe sobre la situación de los servicios de farmacia hospitalaria: Infraestructuras, recursos y actividad. [https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/informe-situacion-sfh-2015/libroblanco\\_sefhFIN.pdf](https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/informe-situacion-sfh-2015/libroblanco_sefhFIN.pdf)
- SEFH. (2017) El Valor de la Farmacia Hospitalaria: Documento de Información y Posicionamiento. Disponible online: [https://www.sefh.es/sefhpdfs/El\\_Valor\\_de\\_la\\_FH.pdf](https://www.sefh.es/sefhpdfs/El_Valor_de_la_FH.pdf)
- SEFH (2019) Libro blanco de la farmacia hospitalaria. Informe sobre la situación de los servicios de farmacia hospitalaria: Infraestructuras, recursos y actividad. [https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/informe-situacion-sfh-2019/libro\\_blanco\\_de\\_la\\_farmacia\\_hospitalaria.pdf?ts=20200902164230](https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/informe-situacion-sfh-2019/libro_blanco_de_la_farmacia_hospitalaria.pdf?ts=20200902164230)
- SERMAS. (2018). Memoria 2018 del Servicio Madrileño de Salud. Disponible online: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020283.pdf>
- SERMAS. (2017). Memoria 2017 del Servicio Madrileño de Salud. Disponible online: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020190.pdf>
- SERMAS. (2016). Memoria 2016 del Servicio Madrileño de Salud. Disponible online: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017969.pdf>
- SERMAS. (2015). Memoria 2015 del Servicio Madrileño de Salud. Disponible online: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017858.pdf>
- SERMAS. (2014). Memoria 2014 del Servicio Madrileño de Salud. Disponible online: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017836.pdf>
- SERMAS. (2013). Memoria 2013 del Servicio Madrileño de Salud. Disponible online: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017701.pdf>
- Tribunal Supremo (2016). Sentencia 489/2016. Recurso de Casación 2136/2014. Disponible online: <https://www.faus-moliner.com/wp-content/uploads/2016/05/Sentencia-del-Tribunal-Supremo-de-2-de-marzo-de-2016.pdf>

# ANEXO



# ANÁLISIS POR FASES DE LOS PROTOCOLOS DE LAS CCAA

## 1. Tipo de medicación y elección de hospitales y farmacias comunitarias

Respecto a la elección de FC y hospitales, la colaboración fue siempre de carácter voluntario, contando con una disposición favorable tanto de los SFH como de las FC. La elección de la FC para la colaboración en la dispensación del tratamiento DHDH, dependiendo de cada CCAA, la llevó a cabo el COF, el SFH o el propio paciente, siempre y cuando estuviese dentro del listado de FC voluntarias. En La Rioja se contó con todas las farmacias de la CCAA.

## 2. Duración de los medicamentos dispensados

Desde el CGCOF se recomendó que la medicación incluyera, con carácter general, tratamiento para 2 meses. No obstante, en los protocolos de las diferentes CCAA no se hace referencia específica a la duración de los tratamientos dispensados y es el SFH quien decide la cantidad y periodo de tratamiento a anticipar.

## 3. Tipo y elección de pacientes

En cuanto a la elección de pacientes, desde el CGCOF se recomendó que el circuito se aplicara a pacientes siguiendo criterios previamente establecidos, se les informara sobre la posibilidad y condiciones de una dispensación colaborativa y se obtuviese su consentimiento, previamente a su incorporación en el nuevo circuito.

Los criterios de selección de pacientes descritos por el CGCOF son los siguientes:

- Pacientes con un elevado riesgo clínico de infección por SARS-CoV-2 y que pudieran tener comprometido su sistema inmunitario.
- Pacientes vulnerables debido a comorbilidades que les hacen especialmente susceptibles a la infección por SARS-CoV-2.
- Pacientes con sospecha o positivos de infección por SARS-CoV-2.
- Pacientes en cuarentena domiciliaria por infección por SARS-CoV-2.
- Pacientes con tratamiento basado en inmunosupresores selectivos.

- Pacientes con tratamiento de esclerosis múltiple.
- Pacientes con tratamiento para todas las patologías inflamatorias inmunomediadas (EII, lupus, psoriasis, artritis, ...)
- Pacientes con patología crónica grave pulmonar.
- Pacientes con tratamiento crónico estable y que no tuvieran cambios en la prescripción ni en la posología habitual.
- Otras situaciones que pudieran considerarse adecuadas

En los protocolos de dispensación colaborativa de cada CCAA se hizo hincapié específicamente en algunos de los criterios descritos. No obstante, en todos ellos se destaca que los SFH de los hospitales participantes son los responsables de tomar la decisión final acerca de los pacientes susceptibles de incorporarse al circuito en cuestión.

- En Andalucía, el protocolo señala la necesidad de valorar la participación del paciente según su fragilidad y necesidad.
- En Aragón, en función de su vulnerabilidad y dificultad para acercarse al hospital.
- En Cantabria y Catalunya se recalca la importancia de incluir a todos aquellos pacientes en tratamiento con inmunosupresores selectivos o tratamientos de esclerosis múltiple, con patología crónica grave pulmonar, y aquellos en tratamiento crónico estable que no tuviesen cambios en la prescripción ni en la posología habituales.
- En La Rioja no se concretan los criterios a seguir dentro del protocolo, pero sí se especifica que es la unidad de dispensación a pacientes externos de los SFH quien deben elegir a los pacientes.
- En Navarra se indicó desde la Subdirección de Farmacia que la selección de pacientes debía atender a criterios clínicos (pacientes crónicos, estables y adherentes), y funcionales (lejanía del hospital, problemas de movilidad, edad, etc.).

Además, en los protocolos de las diferentes CCAA consta que a los pacientes susceptibles de participar se les informará de esta opción y pedirá su consentimiento.

Respecto al seguimiento farmacoterapéutico, el CGCOF recomendó que ambos, el SFH y la FC, realizasen este servicio de Atención Farmacéutica. Por otro lado, recaería sobre la FC la responsabilidad de confirmar al SFH la entrega del medicamento al paciente a través de los medios establecidos en cada caso.

- En Andalucía, las FC comunican al COF la entrega efectiva de la medicación al paciente, así como cualquier incidencia. Éste contabiliza el número de entregas y es el responsable de comunicárselo al SFH, quien a su vez se encarga de registrar la dispensación de dichos medicamentos en el sistema de gestión del SFH.
- En Aragón, las FC comunican al COF la entrega efectiva de la medicación al paciente, así como cualquier incidencia, quien a su vez lo comunica a la Dirección de Asistencia Sanitaria y al SFH donde se recogió el envío. El COF lleva a cabo el seguimiento de las entregas anotando las mismas en el gestor documental. En esta Comunidad son exclusivamente los SFH quienes se ocupan de realizar las actividades de Atención Farmacéutica.
- En Cantabria y Catalunya, las FC comunican directamente al hospital de referencia si el paciente ha recogido debidamente la medicación. El SFH se encarga de registrar la dispensación de dichos medicamentos de forma habitual en el sistema de información hospitalario.
- En La Rioja, las FC realizan la recepción y entrega del medicamento, aunque no se especifica en el propio protocolo cómo se realiza el seguimiento y registro.
- En Navarra, las FC envían por correo electrónico la confirmación de la recepción y entrega al SFH, con copia al responsable del COFNA. El COFNA es responsable del control del proceso. Los SFH se ocupan del seguimiento farmacoterapéutico aunque las FC pueden también prestar Atención Farmacéutica durante la dispensación de estos medicamentos, siguiendo las directrices del farmacéutico hospitalario.

#### **4. Elección, rol y participación de la farmacia comunitaria**

La participación de la FC siempre se ha realizado de manera voluntaria. Sin embargo, la elección de la FC para la colaboración en la dispensación de los medicamentos DHDH en cada caso particular ha variado según CCAA.

- Según se describe en los protocolos de Andalucía, Aragón, Cantabria y Navarra, los pacientes tienen la posibilidad de escoger la FC donde recoger sus medicamentos DHDH, teniendo en cuenta la proximidad al hospital o al domicilio. En el protocolo de Navarra se especifica que la FC escogida debe situarse en el propio municipio del paciente o si no la hubiera, en un municipio dentro de su Zona Básica de Salud.

- En cambio, en Catalunya el SFH asigna la FC directamente al paciente y cabe la opción de que se seleccione una FC situada en el municipio del hospital o bien en el municipio donde reside el paciente. En cuanto a la Rioja, el SFH remite al COF el listado final de pacientes participantes, y es éste quien se encarga de decidir la FC correspondiente, en función de la proximidad al domicilio del paciente.

En cuanto a la **información** proporcionada a las FC, cada CCAA ha tomado decisiones diferentes dentro de sus protocolos de actuación:

- En Andalucía y Navarra es el propio paciente el que contacta telefónicamente con la FC. En Andalucía con el fin de que dicha FC solicite la medicación al SFH y en Navarra con el fin de comunicarle sus datos y pueda recibir un aviso cuando el medicamento DHDH haya llegado.
- El protocolo de Catalunya indica que el SFH prepara la medicación para su envío y se coordina con la FC, sin mayor especificación.
- En Aragón, Cantabria y La Rioja no consta en el protocolo quién debe informar a las FC de la entrega de medicamentos DHDH ni qué información se les proporciona.

## 5. Elección, rol y participación del distribuidor farmacéutico

Los almacenes o empresas de distribución han jugado un importante papel facilitador en este nuevo circuito, garantizando en todo momento la oportunidad, seguridad y precisión de la distribución desde la FH a la FC. En cada CCAA se involucraron a los almacenes de distribución que operan de manera habitual en dicho territorio. En Andalucía ha participado Bidafarma; en Aragón, Alliance Healthcare, Cofares y Novaltia firmaron el protocolo, aunque finalmente solo Novaltia tuvo que participar; en Cantabria, todos los distribuidores que operan en la comunidad; en Catalunya, Fedefarma, en La Rioja, Riofarco; y en Navarra, Nafarco y Cofares.

En general los protocolos no especifican en detalle los procedimientos de distribución, contando para ello con los protocolos internos de los distribuidores en cuanto a la organización de la recogida, condiciones de mantenimiento y transporte del medicamento, y organización de la entrega. Hay que tener en cuenta que en todos los casos son distribuidores perfectamente integrados en la cadena de valor del medicamento en cada región.

En cuanto al seguimiento, como se señalaba anteriormente, son los SFH y FC los responsables de registrar la entrega por parte de los distribuidores y la recepción del medicamento DHDH por parte del paciente, así como cualquier incidencia que se pudiese ocasionar, sin que exista una intervención directa del distribuidor en este caso.

## 6. Rol y participación del servicio farmacéutico hospitalario

Entre las labores principales de los SFH se incluyen, la Atención Farmacéutica -en colaboración con la FC-, la coordinación con el COF o FC, la determinación del listado de pacientes susceptibles de participar en el circuito de dispensación colaborativa y la obtención del consentimiento informado de dichos pacientes. Además, el protocolo del CGCOF propone a que sea el SFH el que avise al paciente del envío de la medicación a la FC designada.

- Los protocolos de Aragón y Catalunya también indican el acceso del farmacéutico hospitalario a un gestor documental o sistema de información seguro donde registrar la información relacionada con el paciente, el almacén de distribución, la FC y/o indicaciones especiales de conservación de los medicamentos DHDH.

## 7. Requerimientos y dotación profesional de la farmacia comunitaria

Ni el protocolo general del CGCOF ni los protocolos de las diferentes CCAA establecen requerimientos específicos adicionales respecto a la infraestructura o dotación profesional de las farmacias dado que se asume su preparación y condiciones de custodia y entrega, preservando la seguridad del medicamento y privacidad de la entrega.

## 8. Sistema de monitorización y control

Solo los protocolos de Aragón y Catalunya especifican la habilitación de un gestor documental o sistema de información para registrar y hacer seguimiento de los pacientes participantes y de los medicamentos DHDH dispensados. El resto de CCAA llevan a cabo el proceso mediante llamadas telefónicas y/o correos electrónicos.

Entre las CCAA que cuentan con un sistema de información o gestor documental ad hoc:

- En Aragón, se cuenta con un gestor documental al que acceden los COF de las tres provincias para llevar a cabo el seguimiento de los pacientes y la entrega de los medicamentos DHDH.
- En Catalunya, el protocolo especifica que se debe registrar la entrega en un sistema de información del SFH. No obstante, no consta quién tiene acceso ni qué otro tipo de información se registra.

En las CCAA sin sistema de información o gestor documental:

- En La Rioja, desde el SFH se envía mediante correo electrónico una tabla con los datos relativos a los pacientes tanto al COF como al almacén distribuidor. El COF se pone en contacto telefónico con las farmacias seleccionadas. El distribuidor confirma telefónicamente la recepción del medicamento DHDH. El SFH no contacta con la FC, pero sí con el paciente para avisarle de que su medicación se enviará a la farmacia más cercana.
- En Navarra, el SFH envía un correo electrónico a la FC, con copia al responsable del COFNA, comunicando el código de identificación personal del paciente. Se dispuso una dirección de correo electrónico del hospital habilitada específicamente para el circuito. Así mismo, el COFNA, al recibir el correo, comunica por la misma vía al almacén de distribución el número de paquetes de medicación preparados por el SFH, y las farmacias a las que son destinados. La FC recibe el aviso del hospital, y es contactada telefónicamente por el paciente que la ha elegido, enviando posteriormente un correo electrónico al SFH (con copia al responsable del COFNA) confirmando la entrega al paciente una vez la ha efectuado.
- En Andalucía y Cantabria no se concreta cómo se hace el seguimiento.

## 9. Normas y control de calidad y seguridad de la medicación

Dado que el medicamento no sale del canal farmacéutico, todas las normas aplicables a la distribución y dispensación de medicamentos en FC les son también de aplicación a los medicamentos DHDH dispensados a través de las FC.

## 10. Gestión de incidencias

El protocolo general del CGCOF hace referencia en sus recomendaciones al manejo de los tratamientos no recogidos por el paciente, señalando que la FC debe conservar los tratamientos durante un máximo de 15 días desde su recepción. Tras 7 días, si el paciente no hubiera recogido el medicamento DHDH, la FC debe informar al SFH correspondiente. El SFH contacta en estos casos con el paciente e informa a la FC si debe guardar la medicación durante un tiempo mayor o si procede que el distribuidor pase a recogerla para devolverla al hospital. Solo los protocolos de Andalucía, Aragón, Cantabria y Catalunya hacen referencia a la comunicación y gestión de posibles incidencias a lo largo del circuito de dispensación colaborativa.



- En Andalucía, la FC es la encargada de comunicar al COF cualquier incidencia originada en la recepción, almacenaje o entrega del medicamento DHDH.
- En Aragón, cualquier incidencia en el transporte o en la entrega en la FC se debe poner en conocimiento del COF correspondiente a través del gestor documental, que a su vez debe comunicarlo a la Dirección de Asistencia Sanitaria y al SFH donde se hubiese recogido el envío.
- En Cantabria, la FC comunica al Hospital de referencia directamente si el paciente finalmente no ha recogido la medicación.

## 11. Garantías de privacidad y seguridad establecidos

El protocolo general del CGCOF recomienda que el albarán de entrega al paciente lleve la siguiente indicación *“Sus datos son tratados por la farmacia, en base a la protección vital del interesado o terceros y el interés público esencial, para poder dispensarle los medicamentos de diagnóstico hospitalario con reservas singulares prescritos por su centro hospitalario. Podrán ser comunicados a los Colegios/Consejos de Farmacéuticos y a las administraciones públicas competentes. Puede ejercitar sus derechos ante la farmacia dispensadora en la dirección de contacto que aparece en el presente albarán.”* En todas las CCAA los paquetes con la medicación van cerrados individualmente para cada paciente sin identificación alguna del medicamento contenido, salvo en el caso de Navarra.

# REUNIONES CON COMITÉS



Concluido el estudio de las experiencias de dispensación colaborativa de medicamentos de diagnósticos hospitalario y dispensación hospitalaria (DHDH) durante la COVID-19, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) contrastó los resultados obtenidos con dos Comités constituidos al inicio del estudio: un Comité Asesor y un Comité de Pacientes.

El Comité Asesor se constituyó con responsables políticos de dos Consejerías de Sanidad de Comunidades Autónomas donde se llevaron a cabo las experiencias colaborativas, tres Presidentes de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de provincias participantes en el estudio y dos farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria, actualmente farmacéuticos comunitarios.

El Comité de Pacientes contó con la participación de cinco responsables de asociaciones de pacientes de ámbito nacional.

En dos sesiones de trabajo consecutivas, se contrastó con cada uno de los Comités, las principales conclusiones y recomendaciones del estudio llevado a cabo para cumplir los siguientes objetivos:

- Asegurar el acceso y continuidad de los tratamientos durante el confinamiento domiciliario y las restricciones de transporte y movilidad decretados.
- Limitar la presencia en los centros hospitalarios de pacientes externos con el consiguiente riesgo para ellos, sus familiares, el personal sanitario y los pacientes hospitalizados.

Las conclusiones y recomendaciones presentadas del estudio y debatidas con los Comités fueron las siguientes:

- La COVID-19 ha puesto en marcha experiencias de colaboración entre la farmacia comunitaria y hospitalaria en la dispensación de DHDH a pacientes externos. Los expertos participantes en estos comités consideran conveniente dar continuidad y extender, mejorando algunas condiciones del servicio.
- La gran mayoría de los pacientes a los que se les propuso la recogida de su medicamento DHDH en FC durante la pandemia aceptaron dicha alternativa y muchos de los pacientes entrevistados han mostrado su satisfacción con la experiencia y su deseo de continuidad.

- La dispensación colaborativa de medicamentos DHDH entre SFH y FC es una buena opción para un grupo determinado de pacientes externos ya que aúna una atención farmacéutica más completa, centrada en la paciente,
- Los FC están plenamente dispuestos a asumir esta nueva función para lo cual están preparados y disponen de las condiciones para garantizar una atención de calidad, segura y confidencial, mejorando el seguimiento farmacoterapéutico del paciente crónico, y sin salida del medicamento DHDH del circuito farmacéutico.
- Los COF han mostrado su disposición y capacidad para colaborar con la Administración en la organización de estos circuitos en una situación de emergencia y se muestran dispuestos a colaborar en su continuidad y mejora, promoviendo la protocolización de estas prácticas y el refuerzo de la formación de los FC que pueda resultar necesaria.
- Es conveniente realizar una evaluación de las experiencias realizadas con el fin de aprender y mejorar las prácticas realizadas. Evaluación que debiera extenderse a las primeras fases de continuidad de la dispensación colaborativa.
- En la actualidad hay CCAA que han optado por continuar la dispensación colaborativa establecida durante la pandemia, otras que han decidido volver atrás y otras que nunca la implementaron. La evaluación de las experiencias realizadas debería servir para extender la colaboración en la dispensación.
- La dispensación colaborativa supone en algunos casos, ahorros para los pacientes, y para la sociedad. Puede contribuir también a la sostenibilidad del SNS y permite la colaboración de la red de FC. Algunos informes como el más reciente de la AIREF abogan por ello. La compra pública de medicamentos DHDH es plenamente compatible con la dispensación colaborativa y un régimen de remuneración a las FC y distribuidores por su colaboración adecuado a su función.

# COMITÉ ASESOR

**Francisco Farfán** *Farmacéutico Comunitario. Especialista en Farmacia Hospitalaria*

<b>Marta Arteta</b>	Farmacéutica Comunitaria. Especialista en Farmacia Hospitalaria
<b>Jorge de la Puente</b>	Director General de Ordenación, Farmacia e Inspección de Cantabria
<b>Antonio López</b>	Subdirector de Farmacia en Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
<b>Ernesto Cervilla</b>	Presidente del COF de Cádiz
<b>Rita de la Plaza</b>	Presidenta del COF de Cantabria Presidenta del COF de Navarra

## Principales conclusiones del Comité Asesor

- Las experiencias de dispensación colaborativa han supuesto una oportunidad para la continuidad de los tratamientos crónicos durante la crisis sanitaria con un alto índice de satisfacción del paciente, como demuestran los datos del estudio. Se puede considerar como una experiencia que aporta humanización a la atención al paciente en el ámbito del medicamento. Es necesario profundizar posteriormente en las evaluaciones para poder medir también los resultados en salud: adherencia, mejora clínica, reducción de efectos adversos y complicaciones, por ejemplo.
- Después del confinamiento, la situación ha evolucionado, los procesos de dispensación colaborativa han ido mejorando, se han extendido dentro de las mismas CCAA e, incluso, se han extendido a otros territorios. Convendría mantener un conocimiento sobre la evolución de estas prácticas e incluso, mejorarlas con experiencias que supongan una mejora de su práctica.
- Los pacientes a los que se les prescriben medicamentos DHDH utilizan, además, otros tratamientos de dispensación en FC. Por tanto, es idóneo realizar el seguimiento farmacoterapéutico de estos tratamientos a través de la evaluación del conjunto de la medicación del paciente, con la participación y colaboración de los farmacéuticos de FC y de los SFH.

- > Es muy importante que la línea de colaboración iniciativa tenga su continuidad para que ambos profesionales se conozcan, limiten las reticencias mutuas y desarrollen una colaboración plena en beneficio del paciente. Dar a conocer los resultados de este tipo de
- > experiencias permitirá reducir las reticencias todavía existentes en algunos sectores profesionales y de la Administración Sanitaria, más que en los propios pacientes, y lograr una aceptación y apoyo de más Autoridades Sanitarias competentes y de los propios profesionales.
- > Es necesario desarrollar las condiciones asistenciales o terapéuticas para establecer la reserva singular de estos medicamentos en dispensación hospitalaria, ya que desde un punto de vista técnico y asistencial no hay homogeneidad para la toma de esta decisión.
- > Se estima favorablemente el valor asistencial de la red capilar de FC en la dispensación colaborativa de los medicamentos DHDH y la conveniencia de que disponga de información concreta del medicamento que entrega al paciente.

# COMITÉ DE PACIENTES

**Carina Escobar** *Presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes*

<b>José Luis Baquero</b>	Director y Coordinador Científico del Foro Español de Pacientes
<b>Mónica Rodríguez</b>	Miembro de la Junta Directiva de la Federación Española de Enfermedades Raras
<b>Ana Rubio</b>	Responsable de Investigación de la Fundación Luzón
<b>Santiago Alfonso</b>	Director de Acción Psoriasis

## Principales conclusiones del Comité de Pacientes

- Todas las organizaciones de pacientes se muestran a favor de poner al paciente en el centro de las decisiones, y esta experiencia de dispensación colaborativa desde luego lo hace. Por ello es importante que no se limite a la entrega del medicamento al paciente, sino que además reciba una atención farmacéutica personalizada e integrada con el resto de la medicación por parte del farmacéutico comunitario, con la intervención del farmacéutico hospitalario cuando sea necesario.
- Es importante incluir y considerar también la opinión de los médicos prescriptores que son quienes desarrollan una auténtica relación de confianza con el paciente en el seguimiento de su enfermedad y modificación de los planes terapéuticos.
- Es necesario garantizar la continuidad de estas experiencias más allá de las situaciones obligadas por la pandemia. Es muy beneficioso para todos. Y particularmente ahora que en la situación post-pandemia los pacientes crónicos se ven afectados por muchos retrasos de tratamientos y de control médico, y por condiciones económicas y laborales mucho peores.
- Es imprescindible que la dispensación colaborativa se adapte a las condiciones particulares de cada paciente, que no siempre es la misma entre pacientes o a lo largo del tiempo. La dispensación colaborativa ha de ser capaz de adaptación y flexibilidad.
- Los resultados en salud han de ser quienes guíen las decisiones en cuanto a la dispensación farmacéutica más conveniente, por encima de cualquier otra consideración de índole económica.

# Estudio y valoración de experiencias de dispensación colaborativa de medicamentos de Diagnóstico hospitalario y Dispensación hospitalaria (DHDH) durante la COVID-19

octubre 2021



**Hiris**

 **Farmacéuticos**  
Consejo General de Colegios Farmacéuticos