



Un proyecto de:



Patrocinado por:

abbvie

Con el soporte técnico de:



## INDICE

INDICE	2
INTRODUCCIÓN	3
¿Qué es AMPHOS?	3
AMPHOS FARMACIA	3
OBJETIVOS DEL PROYECTO	4
METODOLOGÍA	5
EVALUACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS	5
¿CÓMO GARANTIZAR LA REPLICABILIDAD DE LAS EXPERIENCIAS?	5
RESUMEN DE LAS EXPERIENCIAS PRESENTADAS	6
BUSINESS INTELLIGENCE PARA LA DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE COSTES DE LA ACTIVIDAD DE TELEFARMACIA	6
PATONCOS: ANÁLISIS DE RECURSOS EMPLEADOS Y CALIDAD DE VIDA EN PATOLOGÍA ONCOLÓGICA	7
EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA REPORTADA POR LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y DIRIGIDAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	8
ANÁLISIS CRÍTICO DEL ABORDAJE DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA HEPATITIS C (2015 - 2020) EN UN HOSPITAL DE DISTRITO: IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO, RESULTADOS, PUNTOS FUERTES Y ASPECTOS DE MEJORA	9
DIÁLOGO WEB: UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA NO PRESENCIAL	10
EXPERIENCIA DE LIDERAZGO EN LA GESTIÓN DE TERAPIAS DE ALTO IMPACTO Y MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES	11
DAR VOZ A LOS PACIENTES PARA SU INTEGRACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES	12
RED DE INTERCAMBIOS DE MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO ENTRE HOSPITALES DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA	12
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO CLÍNICO Y FARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIPICÓTICOS DEPOT	13
EXPERIENCIAS SELECCIONADAS	14
DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS EXPERIENCIAS PRESENTADAS	15
BUSINESS INTELLIGENCE PARA LA DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE COSTES DE LA ACTIVIDAD DE TELEFARMACIA	15
PATONCOS: ANÁLISIS DE RECURSOS EMPLEADOS Y CALIDAD DE VIDA EN PATOLOGÍA ONCOLÓGICA	21
EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA REPORTADA POR LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y DIRIGIDAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	25
ANÁLISIS CRÍTICO DEL ABORDAJE DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA HEPATITIS C (2015 - 2020) EN UN HOSPITAL DE DISTRITO: IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO, RESULTADOS, PUNTOS FUERTES Y ASPECTOS DE MEJORA	31
DIÁLOGO WEB: UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA NO PRESENCIAL	39
EXPERIENCIA DE LIDERAZGO EN LA GESTIÓN DE TERAPIAS DE ALTO IMPACTO Y MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES	43
DAR VOZ A LOS PACIENTES PARA SU INTEGRACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES	53
RED DE INTERCAMBIOS DE MEDICAMENTOS DE ALTO IMPACTO ENTRE HOSPITALES DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA	58
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO CLÍNICO Y FARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIPICÓTICOS DEPOT	64

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es AMPHOS?

El proyecto Análisis y Mejora de los Procesos Hospitalarios y de Salud, más conocido por su acrónimo AMPHOS, nació en 2012. AMPHOS es una iniciativa en la que un grupo de trabajo formado por directivos, profesionales sanitarios y pacientes a nivel nacional, con la ayuda de una metodología específica, realiza de manera continua un análisis y propuestas de mejora de los procesos hospitalarios y de salud, con el objetivo de contribuir a la eficiencia del sistema y mejorar la calidad asistencial prestada al paciente.

AMPHOS es un proyecto que desde sus inicios y en cada una de sus ediciones, ha contado con el aval de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Asociación Española de Directivos de Enfermería (ANDE).

El valor de AMPHOS reside en las siguientes premisas:

- Amplía participación de equipos multidisciplinares con representación de todos los agentes del sistema sanitario.
- El trabajo se debe desarrollar en un marco que permita la expresión de las opiniones con absoluta libertad e independencia.
- El diseño de las propuestas y soluciones se realizan desde dentro del sistema y por consenso.

La experiencia adquirida a lo largo del trabajo realizado en estos 10 años con el proyecto AMPHOS, indica que el único camino que puede garantizar y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario conlleva necesariamente la implicación y el compromiso de los múltiples agentes que en él intervienen.

### AMPHOS Farmacia

La Farmacia Hospitalaria ha sido históricamente uno de los servicios menos visibles del hospital, si bien se trata de un servicio central y por lo tanto de un servicio imprescindible. En la reciente crisis del Covid-19 los servicios de Farmacia Hospitalaria no solo han sufrido una enorme sobrecarga asistencial, sino que han tenido que hacer frente a problemas desconocidos en los últimos 50 años. Los farmacéuticos hospitalarios han respondido a estos retos reordenando recursos, priorizando, innovando e imaginando nuevas formas de hacer las cosas, formando parte de equipos clínicos multidisciplinares, extendiendo su servicio más allá de sus puertas, y protegiendo a sus profesionales sanitarios y a los pacientes a los que atendían. Es decir, los farmacéuticos hospitalarios han respondido a la crisis potenciando su papel gestor.

Los aprendizajes y experiencias puestas en marcha durante esta crisis a lo largo de toda la geografía española son incontables, y muchas de ellas deberían pasar a formar parte de la práctica clínica diaria. No solo en el hospital y el servicio donde vieron la luz, sino en muchos otros. Este proceso de replicación requiere la descripción detallada de cada una de las experiencias puestas en marcha, su análisis, la recogida de sus resultados y la validación, basada en la evidencia, de la buena práctica. Sin este proceso, no se conseguirá la consolidación del aprendizaje aprendido y el sistema sanitario no se beneficiará del enorme esfuerzo de adaptación y mejora continua que han realizado sus profesionales durante toda la crisis Covid. Este ha sido, precisamente, el objetivo del proyecto AMPHOS Farmacia.

El proyecto AMPHOS Farmacia nació de la convicción, por parte de SEFH y SEDISA, de que, compartiendo, analizando y replicando las mejores experiencias de gestión en farmacia hospitalaria, se fomentará la colaboración y el trabajo multidisciplinar entre clínicos, farmacéuticos y directivos hacia una gestión sanitaria sostenible y de calidad. AMPHOS Farmacia ofrece un espacio en el que expertos en los ámbitos de gestión sanitaria y de farmacia hospitalaria puedan analizar alternativas y proponer soluciones a los retos que representa la gestión eficiente de los recursos sanitarios. El reto de los servicios de farmacia hospitalaria consiste en pasar de gestionar medicamentos a gestionar el proceso farmacoterapéutico en toda su extensión, aportando valor al paciente sin dejar de atender la eficiencia en la gestión del servicio. Para ello es necesario aplicar un nuevo enfoque no solo hacia la selección y posicionamiento del medicamento, sino que ésta debe ser complementada con un seguimiento efectivo del paciente y un compromiso hasta la consecución de su mejor resultado en salud.

## Objetivos del Proyecto

Los objetivos del proyecto han sido:

- Compartir experiencias de gestión en farmacia hospitalaria poniendo en valor su papel crítico dentro del hospital, para la mejora de la eficiencia y de los resultados en salud.
- Facilitar un punto de comunicación y entendimiento entre gestores y farmacéuticos hospitalarios, para hacer visible la gran aportación de los servicios de farmacia en los hospitales y la importancia de introducir la gestión en este ámbito.
- Recoger las experiencias garantizando su estandarización y clasificándolas por diferentes criterios, con el fin de facilitar su replicación en otras instituciones.
- Ampliar la información sobre aquellas experiencias más relevantes, para que sean fácilmente replicables allí donde se necesite.
- Difundir estas experiencias para construir entre todos una sanidad de calidad y sostenible.

## Metodología

El proyecto se ha llevado a cabo bajo estos principios metodológicos:

- Análisis previo que permitiera identificar aquellos ítems que deben figurar en la recogida de las experiencias, así como los ámbitos de aplicación más comunes, que servirían como campos de clasificación.
- Recogida de experiencias a través de una plataforma digital, clasificando las distintas prácticas según el tamaño de centro hospitalario y el área técnica o terapéutica. Esta plataforma ha servido de repositorio con todas las experiencias recogidas, ampliando la información de aquellas seleccionadas por su valor para que pudieran ser replicadas
- Las experiencias debían ser evaluadas por un comité asesor, formado por profesionales de reconocido prestigio representando a los diferentes perfiles de la gestión sanitaria.
- Los participantes podían valorar y recomendar las experiencias que aportaran más valor. Esto favorecería el grado de implicación y sobre todo de difusión de las experiencias.

## Evaluación de las experiencias

La valoración de los proyectos o experiencias se ha llevado a cabo por un Comité Asesor. Previo a las evaluaciones, las experiencias se han revisado por el equipo técnico para garantizar que cumplieran con las bases del proyecto. Las experiencias han estado anonimizadas en cuanto a autores y centros hasta el final de la evaluación y la decisión de las experiencias seleccionadas. Cada experiencia ha sido evaluada por dos evaluadores diferentes, uno de los cuales tenía un perfil de farmacia hospitalaria y el otro perfil clínico o gestor. Cuando la doble evaluación arrojó una diferencia entre ambas puntuaciones de más de 2,5 puntos sobre 10, fue evaluada por un tercer evaluador.

Los participantes podían votar las experiencias que consideraban que aportan más valor y permitían su replicación. La votación de los participantes se realizó en paralelo y serviría para dirimir en última instancia el ganador, entre experiencias con la misma puntuación por el comité científico.

## ¿Cómo garantizar la replicabilidad de las experiencias?

El punto diferencial de este proyecto radica en que ha estado orientado desde el inicio a favorecer la difusión y replicación de las experiencias presentadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la replicación de buenas prácticas en el ámbito de la salud como los esfuerzos deliberados para aumentar el impacto de las innovaciones testadas con éxito en los servicios de salud, a través de proyectos experimentales y pilotajes previos, de forma que beneficien a un mayor número de personas y que fomenten políticas y programas de efectos duraderos.

Una de las tareas esenciales para conseguir este objetivo ha sido la definición de la información mínima a solicitar a los participantes para garantizar que las experiencias presentadas se pudieran replicar. El Consejo Asesor ha sido clave en este aspecto.

## RESUMEN DE LAS EXPERIENCIAS PRESENTADAS

### Business Intelligence para la descripción y análisis de costes de la actividad de Telefarmacia

En el contexto de la pandemia por COVID-19, entre los meses de abril y mayo de 2021, un equipo multidisciplinar del Hospital Clínico San Carlos de Madrid desarrolló una herramienta de software, mediante el empleo de instrumentos avanzados de inteligencia empresarial (Business Intelligence), con el objetivo de consolidar la Telefarmacia gracias a un cuadro de mando ágil, personalizable y dinámico para la descripción de costes.

Uno de los motivos por los que se inició el proyecto fue la identificación de una serie de limitaciones del programa de Telefarmacia que empleaban en el Servicio de Farmacia Hospitalaria del centro. Algunas de estas limitaciones estaban relacionadas con la protección y gobernanza de datos, así como el análisis avanzado de datos, análisis de costes, etc. A raíz de esto, se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar, formado por miembros del Servicio de Farmacia y de la Unidad de Innovación, que comenzó a extraer datos de las fuentes disponibles: bases de datos administrativas, registros de Dispensación y Entrega Informada (DEI) y del Sistema de Información de Farmacia (Farmatools®). Los datos analizados fueron aquellos recopilados entre el 25/03/2020 y el 31/01/2022. Tras el arreglo y unificación de los datos extraídos y, para su posterior visualización y la creación del cuadro de mando interactivo, se utilizó la herramienta Power BI®.

Gracias al cuadro de mandos desarrollado, se permite el acceso a una enorme cantidad de datos relacionados con la actividad de Telefarmacia de manera eficiente; permitiendo un análisis consistente y una reducción de su variabilidad, lo que supone un gran valor añadido con aplicación directa en la práctica clínica diaria, así como simplifica la detección temprana de errores de imputación, identificación y potenciales áreas de mejora. Al tratarse de una interfaz intuitiva no requiere formación avanzada en la herramienta, como otras aplicaciones.

Durante todo el periodo, los pacientes incluidos al menos una vez en el Programa de Telefarmacia representan un 21,93% del total de pacientes externos atendidos en el Servicio de Farmacia. Los pacientes que más se beneficiaron de la Telefarmacia procedieron mayoritariamente del servicio de Neurología, Medicina Interna y Reumatología.

El análisis de costes (cuyo resultado se espera alcanzar próximamente) se puede establecer a partir del cuadro de mandos para determinar los costes derivados del acto de dispensación y quién incurre en ellos (hospital/paciente).

La experiencia descrita puede ser aplicada por cualquier centro que disponga de los datos descritos en formato Excel (o asimilable), y de la herramienta Power BI®. Además, deberá disponerse del dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación y de una seguridad de red acorde con la importancia de los datos que se manejan.

Como conclusión cabe destacar que la implantación de estas nuevas tecnologías puede ser de ayuda para mejorar decisiones estratégicas, tanto clínicas como de gestión; analizar la actividad asistencial realizada y sus aplicaciones, caracterizar o seleccionar pacientes, percibir interacciones y tendencias, identificar puntos débiles del sistema implantado, asignar recursos y realizar un seguimiento a lo largo del tiempo.

### PATONCOS: Análisis de recursos empleados y calidad de vida en Patología Oncológica

Un grupo de farmacéuticos hospitalarios especialistas en el área de oncología, provenientes de 4 hospitales de la Comunidad de Madrid y encabezados por el Hospital Universitario Infanta Cristina de Madrid, colaboró en la creación de una herramienta de análisis cuyo objetivo era mejorar la calidad de atención al paciente oncohematológico, empleando para ello un elemento de costes comparable entre centros sanitarios. La herramienta recibió el nombre de PATient ONCOlogy Stratification (PATONCOS).

La patología oncológica se encuentra dentro de las mayores partidas económicas en farmacoterapia, y es una partida en continuo crecimiento. La falta de análisis de resultados obtenidos existente puso de relieve la necesidad de crear un sistema estandarizado de análisis, que permitiera clasificar las patologías oncológicas, así como a los pacientes, y comparar grupos de pacientes con un similar consumo de recursos económicos y con un comportamiento homogéneo en resultados en salud y supervivencia, para así analizar la variabilidad del abordaje terapéutico.

La finalidad de este proyecto fue reducir la inequidad en el acceso a alternativas farmacológicas y garantizar la mejor decisión terapéutica basada en la evidencia.

Las agrupaciones estaban orientadas hacia el análisis de resultados finales en términos de supervivencia, participación del paciente en la toma de decisiones, evaluación del tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio del abordaje terapéutico, la toxicidad y el uso de agentes quimioterápicos en el final de la vida y otros ítems que pudieran surgir posteriormente que pudieran describir la calidad de vida del paciente oncológico.

Para poder replicar la experiencia solo sería necesario emplear la clasificación PATONCOS de los pacientes en la rutina diaria, sin necesidad de ningún recurso tecnológico especial, pudiendo aplicarse de forma prospectiva o retrospectiva y siendo ambas opciones igual de válidas.

A modo de conclusión, la herramienta PATONCOS aspira a instaurar una metodología de trabajo en los servicios de Farmacia Hospitalaria, que suponga una mejor asignación de recursos equitativa y centrada en el paciente, independientemente del centro en el que se trate.

## Evaluación de la experiencia reportada por los pacientes con enfermedades inmunomediadas atendidos en la Unidad de Terapias Biológicas y Dirigidas en un hospital de tercer nivel

Desde la Unidad de Terapias Biológicas y Dirigidas (UTByD) del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid, se planteó conocer la experiencia reportada por el paciente (PRE) con relación a la atención recibida dentro de la UTByD, incorporando la información de resultados de salud informados por los pacientes (PROMs), y su experiencia en la interacción con el equipo de profesionales y servicios que la atienden (PREMs), para así conseguir mejorar dicha experiencia en enfermedades inflamatorias mediadas por inmunidad (EIMI).

El proyecto se dividió en dos fases:

- En la primera fase se realizó un estudio observacional prospectivo multidisciplinar que duraría tres meses (noviembre 2019-enero 2020), donde se evaluó a pacientes con EIMI atendidos en la Unidad de Medicina Ambulatoria (UMA), en la cual se les administran fármacos por vía intravenosa.
- En la segunda fase, se realizó un estudio de iguales características al realizado en la primera fase, aunque esta comenzó en noviembre de 2020. Se trabajó con pacientes con al menos una EIMI atendidos en las Consultas Externas. En esta fase se trató de conocer el impacto del COVID-19 en la PRE, diferenciando las experiencias reportadas antes y después del 30 de enero de 2020. Además, igual que en la primera fase y a raíz de las PREs, se buscó identificar e introducir mejoras. Para evaluar las experiencias, se utilizaron diferentes cuestionarios. Los consultados no percibieron dificultades en el acceso a ningún fármaco modificador de la enfermedad (FAME).

Las puntuaciones de la escala IEXPAC revelan interacciones productivas entre el equipo asistencial y el paciente en el control y seguimiento de su enfermedad, evaluación del cumplimiento del plan terapéutico, así como la confianza y apoyo de todo el equipo para mejorar su bienestar y calidad de vida.

Esta experiencia es reproducible en cualquier hospital ya que los recursos materiales son mínimos y los humanos son ajustables en función del centro. Como condición mínima para llevarlo a cabo, existe la necesidad de tener la aprobación del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del centro.

Las evaluaciones obtenidas de las experiencias de los pacientes y su estado de salud enriquecen las lecciones aprendidas durante la pandemia COVID-19. Gracias a estos resultados se pudo comprobar que, durante la fase más complicada de la pandemia, se mantuvo la accesibilidad del paciente al equipo asistencial, las consultas y el acceso a la dispensación de medicación desde farmacia hospitalaria.

## Análisis crítico del abordaje del Plan Estratégico Nacional para la Hepatitis C (2015 - 2020) en un Hospital de Distrito: implementación, seguimiento, resultados, puntos fuertes y aspectos de mejora

En el año 2015, y debido a la irrupción de los nuevos tratamientos antivirales de acción directa para tratar el Virus de la Hepatitis C (VHC), el Ministerio de Sanidad identificó la necesidad de elaborar una norma para la gestión y acceso de estos nuevos fármacos a la sanidad española. Esta norma se denominó "Plan Estratégico Nacional para Abordaje de la Hepatitis C (PEAHC)" y su objetivo general fue disminuir la morbimortalidad causada por el VHC en el país y abordar eficientemente la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes.

En el trabajo presentado se recogen los métodos y mecanismos adoptados para la implantación, seguimiento y medida de resultados del PEAHC, describiendo sus puntos fuertes y limitaciones, así como las dificultades que se encontraron para aplicarlo.

En el Plan venían indicadas todas las opciones terapéuticas autorizadas en mayo de 2015 y, en dos casos, venían descritos los acuerdos de financiación, estableciéndose 786 millones de euros iniciales para tratar 51.900 pacientes durante tres años. Cada esquema terapéutico tenía un acuerdo de precio/volumen por el cual, una vez alcanzado el cupo de pacientes acordado y, conforme más se prescribiera (situación que finalmente se dio), el coste por tratamiento disminuiría progresivamente. Este tipo de acuerdo supuso un problema para las Autonomías que superaban el tramo autonómico antes que el tramo nacional correspondiente ya que, hasta que este último no fuera sobrepasado, la facturación no se ajustaría.

Otra característica del acuerdo fue que se definió un coste máximo por paciente para cada esquema, independientemente del tiempo de tratamiento, tomando como tiempo máximo de tratamiento un periodo de 3 meses. Además, en el Plan venían recogidas indicaciones sobre diagnóstico, registro de nuevos pacientes, etc., y era responsabilidad de cada Autonomía desarrollar sus propios circuitos para gestionar la comunicación a nivel hospitalario.

Durante el periodo de vigencia del PEAHC, 246 pacientes fueron tratados obteniendo un porcentaje de curación (RVS) del 98%, 3 puntos por encima que el RVS observado a nivel nacional.

El gasto en nuevos antivirales de acción directa para VHC en el centro, fue de 2.941.804 €, teniendo un coste medio por paciente de 11.958,6 €, siendo menor que en otras referencias nacionales para el periodo del que se disponen datos. Cabe destacar que la experiencia es replicable en aquellos centros que puedan asumir el gasto acarreado por el tratamiento de estos pacientes y que puedan soportar la carga de trabajo que supone.

A modo de conclusión, el PEAHC supuso un esfuerzo por garantizar el acceso a fármacos innovadores de alto coste y muy eficaces en un entorno de gran presión social, política y mediática. No obstante, y a posteriori, planteó una serie de dudas, déficits de información y dificultades que deben ser revisadas, analizadas y corregidas de cara a futuros acuerdos de financiación que puedan plantearse para otras terapias innovadoras de elevado impacto económico.

## Diálogo web: Una nueva herramienta para la atención farmacéutica no presencial

El servicio de Farmacia Hospitalaria (FH) del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (HUFJD) identificó una serie de situaciones a la hora de atender a los pacientes que dejaban patente la necesidad de implementar nuevos métodos que garantizaran el buen funcionamiento del servicio de Farmacia:

- Atendían un elevado número de consultas telefónicas y vía email.
- Las consultas no quedaban registradas en la historia clínica.
- Era necesario crear una vía de comunicación con el pacientes que permitiera garantizar la protección de datos.

En el caso del HUFJD, los integrantes del servicio de FH, en colaboración con el equipo de informática del centro, decidieron implantar el Diálogo Web.

El objetivo era dar respuesta a estas nuevas necesidades y que la herramienta permitiera a los pacientes realizar consultas sobre interacciones, efectos adversos y dudas se su tratamiento de dispensación hospitalaria, así como sobre otros medicamentos.

Para facilitar la operabilidad de la plataforma, el software se alojó en la aplicación informática que se encuentra disponible para los pacientes del centro, el Portal del Paciente. El software comenzó a utilizarse en algunos de los servicios del centro en torno al año 2017 pero, no fue hasta octubre de 2019 cuando el software estuvo disponible para los pacientes que acudían a por su medicación al servicio de FH.

La herramienta empezó a ser más utilizada a partir de marzo de 2020, momento en el que estalló la crisis sanitaria y donde se redujo el contacto entre personas de forma drástica.

Teniendo en cuenta que, cuando comenzó a utilizarse el Diálogo Web (marzo 2020), el 94% de las consultas eran sobre cómo acceder al medicamento y, principalmente, eran solicitudes de envío de medicación a domicilio, la categorización de las consultas en los meses siguientes quedó de la siguiente forma:

- Consultas sobre efectos adversos: 13%
- Dudas de tratamiento: 16%
- Dudas de interacciones: 20%
- Consultas sobre acceso a los medicamentos: 51% (identificada como área de mejora).

Para valorar la aplicación y conocer el grado de satisfacción de los pacientes, se proporcionó a los usuarios el cuestionario Net Promoter Score. Este cuestionario se les realizaba anualmente y, tanto en 2020 como en 2021 se alcanzaron puntuaciones superiores a 60, lo cual se considera un indicador de excelencia.

Esta experiencia es fácilmente replicable por cualquier centro que disponga de un servicio de informática que desarrolle el software, y de un repositorio similar al Portal del Paciente para alojar la herramienta.

Tras la experiencia, se llegó a la conclusión de que el Diálogo Web es una herramienta útil para que los pacientes externos resuelvan sus consultas relacionadas con el tratamiento y supuso una mejora en la satisfacción del paciente con el servicio, teniendo en cuenta que el tipo de consultas que predominaron entonces fueron las relacionadas con el acceso al medicamento.

### Experiencia de liderazgo en la gestión de Terapias de Alto Impacto y Medicamentos en Situaciones Especiales

La gestión de las Terapias de Alto Impacto (TAI) y de los Medicamentos en Situaciones Especiales (MSE) se empezó a abordar en el Departamento de Salud de la Comunidad Valenciana en el año 2001, mediante la creación de un Comité destinado a la evaluación de las solicitudes de inicio o cambio de estas terapias, representado por Dirección Médica, Servicio de Farmacia Hospitalaria (FH) y Control de Gestión.

En 2021 se identificó la necesidad de realizar un cambio organizativo que permitiera poner el foco en el aumento de la eficiencia de los tratamientos de alto impacto y del proceso de gestión de éstos, en la optimización terapéutica y en la evaluación de resultados en salud.

Para ello, se actualizó el procedimiento, circuito y funciones del Comité y se crearon Unidades Funcionales multidisciplinares para trabajar en la optimización y poner en común experiencias, proyectos e información de interés para todos los implicados en el abordaje de los pacientes tratados con terapias de alto impacto.

El proyecto pretende liderar un cambio en la organización que permita optimizar tanto el proceso de gestión de los TAI y MSE mediante:

- La optimización del proceso para la gestión de las solicitudes de TAI y MSE y su evaluación.
- La optimización de la terapéutica a través de protocolos.

Una vez definidos los indicadores que permitieron conocer el progreso del proyecto y los resultados, se pretende continuar mejorando, optimizando las terapias, avanzar en la evaluación de resultados en salud y mejora de la eficiencia a lo largo del tiempo y en cuanto a la posición relacionada con el gasto farmacéutico en comparación con otros hospitales.

Este proyecto no requiere inversión económica, pero sí en gestión de los recursos humanos.

Finalmente, se pudo conseguir un gran porcentaje de los objetivos definidos y se sigue trabajando en ello para lograr una estructura orientada al paciente, promover el uso racional y eficiente de las diferentes terapias e implicar a todos los especialistas en la gestión y sostenibilidad del sistema, además de crear un escenario para el intercambio de información de interés para el equipo multidisciplinar, experiencias y proyectos comunes.

## Dar voz a los pacientes para su integración en la toma de decisiones

Desde hace unos años, los pacientes están abandonando su papel de agentes reactivos que reciben las indicaciones de los profesionales, para asumir un papel activo en el proceso de mejora de la gestión de su propia enfermedad, quieren ser tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones y exigen que su opinión sea valorada y respetada.

El objetivo a largo plazo debe ser que los sistemas sanitarios estén centrados en el paciente, orientados a la promoción de hábitos saludables, con pacientes / profesionales / organizaciones sanitarias completamente conectados digitalmente y con una atención médica basada en valor y data-driven, es decir, orientada a un buen uso del dato para una mejor toma de decisiones.

El resultado fue "Naveta", que nace como una comunidad abierta a los profesionales sanitarios donde compartir recursos y buenas prácticas en el seguimiento de pacientes de forma telemática, a través de un entorno tan sencillo y accesible como el chat, siendo capaces de agregar todas las herramientas necesarias para realizar un abordaje clínico-asistencial continuado, y con una gestión completamente anónima de los datos.

A raíz del uso de la plataforma, los pacientes ganaron participación y mejoraron sus resultados en salud. Además, permitió a los profesionales gestionar de una manera más eficiente la relación médico-paciente y los recursos del centro así como reducir el número de visitas presenciales al hospital.

Para llevar a cabo la experiencia, es necesario contar con un equipo informático capaz de desarrollar el software y de integrarlo en los sistemas de información de cada comunidad autónoma.

A modo de conclusión, el modelo híbrido asistencial telemático/presencial aporta múltiples ventajas a los pacientes y a los profesionales de la salud. En la experiencia narrada, los resultados obtenidos fueron muy positivos. La plataforma sigue en crecimiento para poder integrar más funciones y, en un futuro, conseguir fundamentar decisiones basadas en valor.

## Red de intercambios de medicamentos de alto impacto entre hospitales de una comunidad autónoma

El gasto farmacéutico global en España supone una parte importante del gasto sanitario público. En este escenario, resulta de gran utilidad la implicación del farmacéutico hospitalario en la optimización de recursos. La tecnología actual puede facilitar este cometido, permitiendo la interconexión entre centros y profesionales, y facilitando así la comunicación entre grupos de personas que tienen objetivos y funciones comunes.

Sólo un número reducido de Comunidades Autónomas (CCAA) dispone de un modelo centralizado de compras de medicamentos para todos los hospitales que la integran. El modelo de adquisición de éstos, en la mayor parte del territorio español, es individual; es decir, cada centro hospitalario se encarga de la gestión de compra de sus medicamentos a través de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH).

Hay cierto número de fármacos que suponen un alto impacto en el presupuesto hospitalario y que son utilizados por un número limitado de pacientes. La suspensión de este tipo de tratamientos puede hacer que el hospital disponga de un stock inmovilizado sin posibilidad de uso, que incluso puede llegar a caducar.

Con el objetivo de conseguir un sistema eficiente de aprovechamiento de medicamentos de alto coste, se planificó el desarrollo de una plataforma que permitiera generar una red de intercambio de medicamentos entre todos los SFH del sistema de salud (SS) de una CCAA. De esta forma, se podrían optimizar los recursos disponibles.

Desde su puesta en funcionamiento, se han realizado 107 intercambios por valor de 475.812,50 € (8.213 unidades de fármacos intercambiados), en los que han estado involucrados 13 centros hospitalarios públicos y 1 de la red privada. El desarrollo de este proyecto está basado en la resiliencia (múltiples contratiempos que dificultaban su puesta en marcha), en la creatividad, en el trabajo colaborativo y en la creencia fehaciente de que es posible contribuir a la mejora de la eficiencia en la gestión de estos medicamentos.

### Evaluación del Programa de Mejora de la calidad del seguimiento clínico y farmacoterapéutico de pacientes en tratamiento con antipsicóticos depot

Puesta en marcha y evaluación de resultados de un programa de mejora de la calidad del seguimiento clínico y farmacoterapéutico de pacientes en tratamiento con antipsicóticos depot (APsd) mediante la centralización de la dispensación de la medicación por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria y de la administración en el centro de Salud Mental de referencia.

Tras dos años de implantación, se ha conseguido mejorar el control farmacoterapéutico de estos pacientes consiguiendo:

- Reducción en el número de ingresos y visitas a urgencias
- Mejora en la calidad percibida por parte de pacientes y familiares
- Mayor satisfacción en el desarrollo del trabajo por parte de los profesionales al conseguir un mejor control y seguimiento del paciente
- Ahorro económico para el sistema sanitario

## EXPERIENCIAS SELECCIONADAS

Tras el proceso de evaluación de las experiencias presentadas, **el Comité Asesor ha decidido seleccionar como las mejores experiencias** las dos siguientes:

1. Experiencia de liderazgo en la gestión de terapias de alto impacto y medicamentos en situaciones especiales.
2. Dar voz a los pacientes para su integración en la toma de decisiones

## DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS EXPERIENCIAS PRESENTADAS

### Business Intelligence para la descripción y análisis de costes de la actividad de Telefarmacia

#### DATOS BÁSICOS

- **TÍTULO DE LA EXPERIENCIA**
  - Business Intelligence para la descripción y análisis de costes de la actividad de Telefarmacia
- **AUTOR PRINCIPAL**
  - Cristina González Pérez, Farmacéutica Hospitalaria
- **COAUTORES**
  - Laura Llorente Sanz, Ingeniera de Datos
  - Macarena Torrego Ellacuría, Project Manager
  - María Molinero Muñoz, Farmacéutica Hospitalaria
  - José Manuel Martínez Sesmero, Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria
- **CENTRO DE TRABAJO**
  - Hospital Clínico San Carlos. Madrid

#### ÁMBITO DE ACTUACIÓN

- **PERIODO DE IMPLANTACIÓN**
  - Durante la pandemia COVID19
- **ÁREA O ÁMBITO DE LA EXPERIENCIA**
  - Reorganización y procesos asistenciales
- **PÚBLICO AL QUE SE DIRIGE**
  - Profesionales

#### OBJETIVOS

##### Necesidades identificadas y contexto en el que surgieron

La implantación de la Telefarmacia en nuestro Servicio de Farmacia Hospitalaria se apoyó en hojas de cálculo como soporte para las teleconsultas y las dispensaciones eran registradas, como habitualmente, en el programa Farmatools®.

Este sistema de registro de Telefarmacia contaba con ciertas limitaciones intrínsecas:

- La explotación de datos era inviable con la infraestructura y recursos disponibles.
- Las bases de datos estaban compartimentadas y su estructura y contenido no siempre se encontraba categorizado correctamente.
- Primordial tener en cuenta la regulación en cuanto a protección y gobernanza de datos.

El crecimiento exponencial de datos exige un elevado grado de interoperabilidad y de síntesis de la información relevante para tomar decisiones y obtener mejores resultados en salud. En este contexto, se reveló la necesidad de herramientas que asistan a la toma de decisiones estratégicas en el ámbito sanitario mediante la detección de conexiones, comportamientos, debilidades del sistema y disminución de la incertidumbre.

A nivel de gestión, prácticas como análisis avanzado de datos, criterios de priorización o estratificación de pacientes, detección e intervención precoz de errores de imputación, análisis de costes y previsión de consumos, etc., permiten optimizar recursos. Adicionalmente, la coordinación y comunicación transparente entre profesionales sanitarios facilita la evaluación multidisciplinar de los resultados en salud. Paralelamente, herramientas que permiten medir la calidad de la práctica asistencial a través de indicadores de proceso y resultado permiten mejorar la atención integral a los pacientes.

Durante la pandemia COVID-19 se impuso la necesidad de disponer de un repositorio institucional de datos relacionados con la actividad asistencial, variables clínicas y seguimiento de pacientes. La Unidad de Innovación dio respuesta a este requerimiento a nivel de hospital con la creación de un Banco de Datos Clínicos (BDCLIN) cuyo objetivo era disponer de un modelo de interacción de la información que permitiera la explotación de los datos almacenados para la gestión clínica y administrativa, la investigación y la creación de modelos de ayuda a la toma de decisión.

Las bases de datos del Servicio de Farmacia, que contiene datos económico-farmacoterapéuticos, se encuentran originalmente dispersas en múltiples y heterogéneos sistemas de información. Como servicio transversal a todas las áreas clínicas del hospital, dichas bases de datos en Farmacia forman parte de BDCLIN.

#### **La experiencia está siendo replicada por otros centros**

Se desconoce

#### **Objetivos que se pretenden alcanzar con la experiencia**

El objetivo de este proyecto es diseñar un cuadro de mando ágil, personalizable y dinámico para la descripción y análisis de costes de la actividad de Telefarmacia; centrada inicialmente en la Dispensación y Entrega Informada (DEI), mediante el empleo de herramientas avanzadas de inteligencia empresarial (Business Intelligence).

## METODOLOGÍA

### Descripción de la puesta en marcha de la experiencia

Se constituyó un grupo de trabajo de ingenieros biomédicos, gestores, médicos y farmacéuticos de hospital a partir del personal del Servicio de Farmacia y de la Unidad de Innovación. Como punto de partida, se definieron los indicadores de Telefarmacia a parametrizar mediante revisión de la literatura, reuniones y reevaluación periódica mediante análisis de resultados.

A continuación, se extrajeron los datos de las fuentes disponibles: bases de datos administrativas, registros de DEI y Sistema de información de Farmacia (Farmatools®). La colaboración del equipo multidisciplinar permitió traducir a nivel técnico las necesidades detectadas y conocer la distribución y estructura de las bases de datos disponibles, contextualizándolas en el entorno clínico.

Se aplicaron diferentes técnicas como:

- data cleaning para eliminar ruido e inconsistencias
- data integration para combinarlas en una sola fuente
- data transformation para cálculos y agrupaciones
- data reduction para preparar la explotación de los datos mediante herramientas de Business Intelligence.

Para la visualización de los datos y la creación del cuadro de mando interactivo se utilizó la herramienta Power BI®.

La primera versión del cuadro de mando se desarrolló entre abril y mayo de 2021 para el período marzo 2020 - marzo 2021. Mediante una metodología iterativa (diseño, desarrollo, validación), se fue actualizando el diseño y contenido, incorporando nuevos paneles e indicadores adicionales.

Una vez validado el proyecto piloto por diferentes perfiles de usuarios a nivel funcional y clínico, se diseñó la estructura para la actualización automática de los paneles con las sucesivas actualizaciones de las fuentes de datos.

En el diseño del cuadro de mando se ha aplicado el principio de minimización de datos y la visualización se realiza de forma agregada, sin incluir ninguna variable individualizada por paciente, evitando la identificación de pacientes concretos.

### Tiempo desde la idea hasta la puesta en marcha

- De 2 a 6 meses

### Recursos utilizados

- Recursos Humanos
  - 1 Farmacéutica
  - 1 Ingeniera biomédica
- Infraestructuras
- Recursos materiales
  - Licencias de PowerBI

## RESULTADOS

### Tipo de resultados alcanzados o que se esperan alcanzar

- **Mejora organizativa del servicio/hospital/área.** El desarrollo del cuadro de mando permite el acceso a una enorme cantidad de datos relacionados con la actividad de Telefarmacia de manera eficiente, permitiendo un análisis consistente, así como una reducción de su variabilidad, lo que supone un gran valor añadido con aplicación directa en la práctica clínica diaria. Asimismo, simplifica la detección temprana de errores de imputación identificación de potenciales áreas de mejora. Como ejemplos prácticos, pueden identificarse tendencias en el seguimiento a lo largo del tiempo, parametrizarse criterios de selección de pacientes (pertenencia a dos programas simultáneamente, adición de filtros) o detectarse patrones para caracterización de grupos de pacientes, aplicable en la estratificación de pacientes.
- **Beneficio percibido por el profesional.** La interfaz intuitiva redonda en una óptima experiencia del usuario final sin requerir formación avanzada en la herramienta, como sería el caso en otras herramientas tipo Microsoft Excel/Access®. La inclusión de filtros personalizados permite adaptar la información de los paneles de forma dinámica según los intereses del usuario, permitiendo la elaboración de informes personalizados para cada consulta en cuestión de segundos.
- Los resultados de la experiencia han sido alcanzados

### Indicadores utilizados:

Se integran 3 fuentes de información distintas, 19 variables y 8 recodificaciones/ estratificaciones para las variables categóricas. El volumen total de información procesada ha sido de 2.527.406 filas de datos. La información a estructurar en el cuadro de mando es la siguiente:

- Panel descriptivo general: perfil demográfico de pacientes de Telefarmacia, recuento y condiciones de envíos, programa y servicio médico.
- Panel de distribución geográfica de DEI a domicilio, incluyendo la geolocalización del destino.
- Dos paneles relativos al perfil de prescripciones según servicio médico, programa y frecuencia relativa, estratificado según rango de edad, fecha, presentación farmacéutica, principio activo y grupo ATC.
- Panel comparativo de la actividad de Telefarmacia y el total de dispensaciones realizadas a pacientes externos desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria.

### Resultados obtenidos:

En el periodo comprendido entre el 25/03/2020 y 31/01/2022, se registran un total de 16.007 Dispensaciones y Entregas Informadas (DEI) a 4.050 pacientes distintos. Un tercio de los envíos incluyó medicamentos refrigerados. La edad media de la cohorte atendida (49,75 % mujeres) fue  $62,35 \pm 16,44$  años.

Durante todo el periodo, los pacientes incluidos al menos una vez en el programa de Telefarmacia representan un 21,93 % del total de pacientes externos atendidos en el Servicio de Farmacia

Hospitalaria. Durante el primer trimestre de registro, el 40,5 % de los pacientes habían sido incluidos al menos una vez en el programa de Telefarmacia, mientras que en el último trimestre registrado en el cuadro de mando alcanza al 4,7 % de los mismos. Globalmente, el ratio de DEI realizadas por paciente fue 3,95.

Los grupos ATC mayoritarios fueron el grupo L (40,35%) y grupo J (26,67%). Los pacientes beneficiarios de Telefarmacia proceden mayoritariamente del servicio de Neurología, Medicina Interna y Reumatología.

### **Resultados que se esperan alcanzar próximamente**

Conocidos el número de envíos, condiciones de transporte (temperatura ambiente vs. refrigeración) y el destino de los mismos, a partir del cuadro de mandos es posible establecer un análisis de costes teniendo en cuenta el coste medio por envíos tarifado en función de si realiza en nuestra comunidad autónoma o fuera de ella y las condiciones y frecuencias de los mismos.

El análisis de costes es complejo de abordar desde la perspectiva social, pues no nos es posible cuantificar la presumible menor pérdida de productividad de los pacientes-familiares derivada del envío a domicilio de la medicación y los costes intangibles en cuanto a satisfacción, etc. Sin embargo, a igualdad de coste del medicamento en sí, se pretende determinar los costes monetarios derivados del acto de dispensación y quién incurre en ellos (hospital y/o pacientes). El análisis de los flujos de costes es una herramienta indispensable para el cálculo del presupuesto a invertir en cada periodo en función del volumen de pacientes que son y serán candidatos a esta nueva prestación coordinada de la Farmacia Hospitalaria.

### **REPLICABILIDAD**

#### **¿Qué tipo de centro podría replicar esta experiencia y con qué condiciones mínimas debería contar para poder hacerlo?**

A partir del/los repositorio/s de datos en formato Excel -o asimilable- con la información requerida para el cálculo de los indicadores definidos y las técnicas de procesamiento descritas anteriormente, cualquier centro podría replicar esta experiencia.

Para la visualización de los datos y creación del cuadro de mandos interactivo es necesaria la herramienta Power BI®.

La publicación del cuadro de mandos en una URL vía web permite su utilización por varios usuarios simultáneamente, lo que fomenta la transparencia y difusión de resultados, con el objetivo de la mejora de la calidad en red.

La replicabilidad de este proyecto no solo es posible, sino deseable. La estructura está diseñada para adaptarse a otros indicadores y realizar benchmarking entre servicios clínicos y con otras instituciones.

### Potenciales limitaciones para replicar la experiencia

- Barreras logísticas u organizativas. La calidad de las fuentes de datos de origen puede constituir una limitación metodológica. Las técnicas de pre-procesamiento aplicadas minimizan, sin embargo, la hipotética variabilidad interindividual o posibilidad de error humano en el registro de los datos. La actualización del cuadro de mando depende de la periodicidad de las descargas de las que se nutre, pese a que el desarrollo está preparado para que las actualizaciones sean automáticas con el mínimo procesamiento manual.
- **Barreras legales.** En primer lugar, deberá disponerse del dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación.
- Un aspecto que puede resultar una barrera por lo innovador de este tipo de proyectos multidisciplinares de **Big data** y que en no todos los centros se encuentra actualmente resuelto es la regulación en cuanto a protección y gobernanza de datos. También es crítica la ciberseguridad de los entornos en los que se encuentran los datos y la granularidad con la que se presentan y comparten, velando por el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD).

### CONCLUSIONES

#### Lecciones aprendidas

Las enseñanzas principales de este proyecto se fundamentan en el equipo multidisciplinar establecido, la dinámica de trabajo, la metodología iterativa emprendida y la aplicabilidad de la herramienta desarrollada no solo en el campo de la Telefarmacia, sino en general, en todos aquellos aspectos de la Farmacia Hospitalaria que son susceptibles de sintetizarse y visualizarse con nuevas tecnologías.

Se trata de un buen ejemplo de innovación abierta, en que filosofías y experiencias de éxito de otras áreas profesionales, como en el mundo de la empresa, se trasladan a la sanidad para responder incertidumbres y generar nuevas preguntas, acorde con las nuevas necesidades de gestores, profesionales sanitarios y pacientes.

#### Conclusiones

El procesamiento de enormes paquetes de datos de diversas fuentes aplicables en Telefarmacia es posible mediante Business Intelligence. El cuadro de mando generado sintetiza los datos, proporciona visualizaciones dinámicas y atractivas, permite la personalización de informes interactivos para una comunicación más efectiva de los resultados y la aplicación de análisis basados en Inteligencia Artificial. La implantación de estas nuevas tecnologías puede ayudarnos a mejorar decisiones estratégicas, tanto clínicas como de gestión: analizar la actividad asistencial realizada y sus aplicaciones, caracterizar o seleccionar pacientes, percibir interacciones y tendencias, identificar puntos débiles del sistema implantado, asignar recursos y realizar un seguimiento a lo largo del tiempo.

## PATONCOS: Análisis de recursos empleados y calidad de vida en Patología Oncológica

### DATOS BÁSICOS

- **TÍTULO DE LA EXPERIENCIA**
  - PATONCO: Análisis de recursos empleados y calidad de vida en Patología Oncológica
- **AUTOR PRINCIPAL**
  - Raquel Moreno Díaz, Jefe de Sección y responsable del servicio en el Hospital Universitario Infanta Cristina
- **COAUTORES**
  - Alejandra Melgarejo Ortuño, FEA Hospitalaria en el Hospital Universitario Infanta Cristina
  - Beatriz Monje Garcia, FEA Hospitalaria en el Hospital Universitario del Henares
  - Laura Delgado-Tellez De Cepeda, FEA Hospitalaria en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
  - Javier Letellez Fernandez, FEA Hospitalaria en Hospital Universitario de Fuenlabrada
- **CENTRO DE TRABAJO**
  - Los citados en la filiación de los autores, todos ellos de la Comunidad de Madrid.
- **ORGANIZACIONES O INSTITUCIONES IMPLICADAS EN LA EXPERIENCIA**
  - Sistema autonómico de salud
  - Atención hospitalaria

### ÁMBITO DE ACTUACIÓN

- **PERIODO DE IMPLANTACIÓN**
  - Previo a la crisis COVID19
- **ÁREA O ÁMBITO DE LA EXPERIENCIA**
  - Reorganización y Procesos Asistenciales
- **PÚBLICO AL QUE SE DIRIGE**
  - Profesionales

## OBJETIVOS

### **Necesidades identificadas y contexto en el que surgieron**

La inversión de recursos en tratamientos oncológicos sitúa, a estos, dentro de las mayores partidas económicas en farmacoterapia. Cada año crece su cuantía de una forma poco predecible presupuestariamente. Paralelamente no se conocen ni analizan los resultados obtenidos en términos finales de supervivencia y calidad de vida. Esto es debido a la falta de un sistema estandarizado de análisis que permita clasificar las patologías oncológicas. Esta clasificación debería permitir comparar grupos de pacientes con un similar consumo de recursos económicos a la vez que mostrasen un comportamiento homogéneo en resultados en salud y supervivencia.

### **La experiencia está siendo replicada por otros centros**

Sí

### **Objetivos que se pretenden alcanzar con la experiencia**

Establecer una herramienta de trabajo basada en un sistema de clasificación de pacientes y en una metodología de trabajo en red.

Esta herramienta permitirá realizar una comparación entre centros para analizar la variabilidad en el abordaje terapéutico con dos finalidades: reducir la inequidad en el acceso a alternativas farmacológicas y garantizar la mejor decisión terapéutica basada en evidencia. Así mismo, esta agrupación se orientará hacia el análisis de resultados finales en términos de supervivencia, participación del paciente en la toma de decisiones, evaluación del tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio del abordaje terapéutico, la toxicidad y el uso de agentes quimioterápicos en el final de la vida y cuantos otros items puedan surgir posteriormente que puedan describir la calidad de vida del paciente oncológico.

## METODOLOGÍA

### **Descripción de la puesta en marcha de la experiencia**

El trabajo colaborativo y constante del grupo de farmacéuticos en red de los 4 hospitales participantes ha permitido alcanzar un sistema de clasificación basado en distintos programas de patologías oncológicas con los que los servicios clínicos implicados (Farmacia, Oncología y Hematología) se sienten cómodos al modificar de forma muy residual su funcionamiento diario.

Se ha empleado la tecnología disponible sin requerir recursos adicionales, lo que ha facilitado la incorporación de la iniciativa y la agilidad de su puesta en marcha. Se dispone de datos desde el primer mes de inicio del proyecto.

### Tiempo desde la idea hasta la puesta en marcha

De 6 a 12 meses

### Recursos utilizados

- Recursos Humanos. Participación de los farmacéuticos hospitalarios encargados del área de oncología/ hematología de los hospitales participantes.
- Recursos materiales. Utilizamos las herramientas informáticas que disponíamos: farmatools, Access, Excel, zoom.

## RESULTADOS

### Resultados que se esperan alcanzar

- **Resultados en la salud de la población implicada.** Se miden indicadores de calidad como el uso de quimioterapia, y toxicidad asociada al final de la vida, la supervivencia de los pacientes, el tiempo desde el diagnóstico hasta la cirugía o el acceso a la unidad de cuidados paliativos.
- **Mejora organizativa del servicio/hospital/área.** Se pone el acento en identificar las diferencias en los esquemas terapéuticos empleados, inequidad de acceso.
- **Beneficio percibido por el paciente/familia/cuidador.** Se evalúa la participación que el paciente tiene en la toma de decisión y se persigue un acceso equitativo a las terapias.
- **Beneficio percibido por el profesional.** Se proporciona feedback a los servicios de farmacia y servicios de oncología/ hematología implicados, así como a la dirección del centro/ consejería de salud.
- **Económico (eficiencia en el uso de los recursos).** Se proporciona feedback a los servicios de farmacia y servicios de oncología/ hematología implicados, así como a la dirección del centro/ consejería de salud.

### Resultados conseguidos con la experiencia

- Indicadores utilizados: coste por patología oncológica
- Resultados obtenidos: clasificación homogénea y multicéntrica de pacientes

### Resultados que se esperan alcanzar próximamente

- Indicadores utilizados: datos de calidad

## REPLICABILIDAD

Solo sería necesario emplear la clasificación PATONCO de los pacientes en la rutina diaria independiente del grado de tecnología accesible.

El sistema de clasificación es aceptado por los Servicios de Oncología y Hematología, pues coincide en su visión del paciente. La incorporación a este sistema de trabajo puede hacerse de forma prospectiva o retrospectiva siendo ambas opciones igual de válidas.

### Barreras logísticas u organizativas

- La principal barrera es el "miedo al cambio" y la necesaria comunicación del circuito.

## CONCLUSIONES

### Lecciones aprendidas

Este sistema de clasificación requiere mantener actualizados los programas oncológicos de acuerdo a la nueva tecnología farmacéutica que vaya siendo comercializada y que requiera de nuevos marcadores para su utilización. El farmacéutico debe conocer en todo momento el estadio de la enfermedad del paciente, los criterios de selección de las alternativas terapéuticas y la expresión de marcadores que definan esta elección.

### Conclusiones

La incorporación de un sistema de clasificación de pacientes validado que permita conocer la asignación actual de recursos económicos en las terapias onco-hematológicas facilitará la comparación entre centros. A través del elemento coste, es posible reducir la variabilidad clínica.

Por otro lado, la clasificación de pacientes en programas homogéneos de pacientes permite comparar resultados finales en salud. Todo ello proporciona una mejor asignación de recursos centrada en el paciente.

## Evaluación de la experiencia reportada por los pacientes con enfermedades inmunomediadas atendidos en la Unidad de Terapias Biológicas y Dirigidas en un hospital de tercer nivel

### DATOS BÁSICOS

- **TÍTULO DE LA EXPERIENCIA**
  - Evaluación de la experiencia reportada por los pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas atendidos en la unidad de terapias biológicas y dirigidas en un hospital de tercer nivel.
- **AUTOR PRINCIPAL**
  - ESTHER RAMÍREZ HERRÁIZ, facultativo especialista de farmacia hospitalaria
- **COAUTORES**
  - Rosario García de Vicuña. Jefe servicio de Reumatología.
  - Mar Llamas Velasco,. Facultativo especialista de área.
  - Alberto Morell Baladrón. Jefe de servicio de Farmacia Hospitalaria.
  - Olga Solas Gaspar. Consultora de salud y políticas públicas.
- **CENTRO DE TRABAJO**
  - Hospital Universitario La Princesa. Madrid
- **ORGANIZACIONES O INSTITUCIONES IMPLICADAS EN LA EXPERIENCIA**
  - Atención hospitalaria

### ÁMBITO DE ACTUACIÓN

- **PERIODO DE IMPLANTACIÓN**
  - En fase de normalización
- **ÁREA O ÁMBITO DE LA EXPERIENCIA**
  - Atención y abordaje del paciente externo
- **PÚBLICO AL QUE SE DIRIGE**
  - Pacientes y familiares
  - Profesionales
  - Otros: Dirección y gerencia

## OBJETIVOS

### Necesidades identificadas y contexto en el que surgieron

El proyecto surge en el seno de la Unidad de Terapias Biológicas y Dirigidas (UTByD) del hospital donde nos interesa conocer la experiencia reportada por el paciente (PRE) en relación con la atención sanitaria ofrecida dentro de la UTByD.

Se plantea esta inquietud porque en nuestro día a día asumimos que el paciente está satisfecho con la atención sanitaria recibida pero no le preguntamos su opinión al respecto.

La medida de la experiencia reportada por el paciente (PREM) es un indicador de gran utilidad en la actualidad en el Sistema Sanitario. Este proyecto de evaluación se contextualiza como un proyecto de mejora continua de la calidad de la atención de los pacientes que son atendidos en la Unidad Multidisciplinar de terapias biológicas y dirigidas (UTByD) en enfermedades inflamatorias mediadas por inmunidad (EIMI). Incorpora la información de resultados de salud informados por los pacientes (PROMS) y su experiencia en la interacción con el equipo de profesionales y servicios que la atienden (PREMS).

### Objetivos que se pretenden alcanzar con la experiencia

El proyecto consta de dos fases:

- Primera fase: Se inicia la experiencia en pacientes con enfermedad inflamatoria inmunomediada que son atendidos en la Unidad de Medicina Ambulatoria (en tratamiento con fármacos de administración intravenosa). Los objetivos fueron:
  - Principal: evaluar los PREM en pacientes ambulatorios con al menos una enfermedad inflamatoria inmunomediada atendidos en la UTByD en relación con la atención recibida del Sistema Sanitario.
  - Secundario: diseñar actuaciones sobre las áreas de mejora detectadas con la información aportada por el paciente.
- Segunda fase: Inició en noviembre 2020 en pacientes con al menos una enfermedad inflamatoria inmunomediada atendidos en las Consultas Externas. En esta fase se ha pretendido además correlacionar esa experiencia percibida por el paciente con la situación de emergencia sanitaria vivida por la pandemia COVID-19. Los objetivos son:
  - Evaluación de la satisfacción y experiencia con la atención recibida en el Sistema Sanitario, reportadas por el paciente atendido en cualquier ámbito hospitalario, con al menos una enfermedad autoinmune: AR, APs, Ps, EA, ESM, enfermedades autoinmunes sistémicas y/o EII.
  - Evaluación de la experiencia reportada por el paciente con las enfermedades inmunomediadas citadas, específicamente referido al periodo temporal posterior al 30 de Enero de 2020, en el que la OMS declaró el brote de SARS-CoV-2 en China Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional.
  - Identificar e introducir actuaciones de mejora en la atención sanitaria y social con la información sobre la experiencia reportada por los pacientes.

## METODOLOGÍA

### Descripción de la puesta en marcha de la experiencia

Como hemos mencionado, el estudio consta de dos fases:

- En la primera fase se realizó un estudio observacional prospectivo multidisciplinar de tres meses de duración (noviembre 2019-enero 2020) en pacientes que padecen al menos una EIMI a los que se les administra medicación intravenosa en la Unidad de Medicina Ambulatoria (UMA). Para evaluar la experiencia del paciente con la atención recibida se utilizó la herramienta IEXPAC, un cuestionario validado, específico para enfermedades crónicas y que consta de 11 preguntas de carácter general y otras 4 dedicadas a situaciones específicas que otorgan una puntuación del 1 al 10. Cualquier puntuación inferior a 10 se consideró por debajo del indicador (área de mejora).
- La segunda fase es más ambiciosa y en ella se está realizando de nuevo un estudio observacional prospectivo multidisciplinar en pacientes con enfermedad inflamatoria autoinmune atendidos en las consultas externas.

Se utilizarán como instrumentos:

- Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (PROMIS Global Health 10)
- Cuestionario con preguntas específicas sobre la situación COVID-19
- Escala de evaluación de la experiencia de paciente (IEXPAC)

Los análisis estadísticos se realizarán mediante el software SPSS versión 15.0.

- Análisis descriptivos: todas las variables cuantitativas serán debidamente reflejadas mediante la media, mediana, desviación típica, cuartiles 2 y 3 y el mínimo y el máximo según la naturaleza de estas variables; tales como la dispersión, asimetría e incidencia de valores extremos. Todas las variables cualitativas serán reportadas a través de la frecuencia de sus categorías o agrupaciones de las mismas, reportando de forma adicional el porcentaje respecto al número total de pacientes considerados. Si existen valores perdidos en las variables descritas, estos serán reportados.
- Contrastes de hipótesis: Todos los estadísticos de contraste serán considerados significativos cuando sus p-valores sean inferiores o iguales a 0.05, excepto en pruebas concretas para las cuales exista consenso en un criterio distinto; en todo caso, esta información será reportada. Será comprobado el cumplimiento de los supuestos requeridos para cada prueba estadística, aplicando las pruebas alternativas robustas o/y no paramétricas para contrastar las hipótesis del estudio.
- Estrategia de análisis bivariable:
  - Análisis descriptivo de las variables del cuestionario Impacto COVID / enfermedad autoinmune, grupos de edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral
  - Experiencia de paciente (total puntuación IEXPAC y para cada uno de los 11 ítems) /enfermedad autoinmune, grupo de edad, sexo, nivel de estudios, satisfacción global con la atención sanitaria.

- o Análisis descriptivo de los ítems de los 10 ítems/variable de salud subjetiva y calidad de vida del PROMIS Global Health.

#### Tiempo desde la idea hasta la puesta en marcha

- Un mes

#### RECURSOS UTILIZADOS

- Recursos Humanos
  - o 2 alumnos de último año de carrera de Medicina y Farmacia.
  - o 1 metodóloga.
  - o 3 especialistas de Reumatología.
  - o 2 especialistas de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
  - o 2 especialistas de la Unidad de Esclerosis Múltiple.
  - o 2 especialistas de Dermatología.
  - o 2 especialistas de Farmacia Hospitalaria.
- Recursos materiales
  - o Programa de prescripción electrónica de pacientes externos y ambulates Dominion®.  
- Cuestionarios IEXPAC, PROMIS, COVID-19 formato papel y electrónico.
  - o Programa estadístico SPSS v 19.0.

#### RESULTADOS

##### Tipo de resultados alcanzados o que se esperan alcanzar

- **Mejora organizativa del servicio/hospital/área.** En ocasiones, un paciente puede presentar varias enfermedades inflamatorias autoinmunes que son seguidas por distintos especialistas del hospital e incluso de atención primaria por las comorbilidades. La experiencia reportada por los pacientes nos puede dar idea de la necesidad de nueva organización de los servicios implicados para lograr una mejor coordinación entre los distintos especialistas y niveles asistenciales.
- **Beneficio percibido por el paciente/familia/cuidador.** El objetivo principal es conocer la experiencia de los pacientes en relación con la atención sanitaria recibida en el seno de la UTByD para así detectar posibles áreas de mejora e implantar actuaciones de mejora que redundarán en un beneficio que percibirán los pacientes y/o familiares.
- **Beneficio percibido por el profesional.** En última instancia, un proyecto para conocer la experiencia de los pacientes, detectar áreas de mejora e implantarlas es un proyecto que otorga un beneficio para el profesional sanitario implicado en el mismo.

## Resultados ya alcanzados

El análisis de la experiencia percibida por el paciente: Patient Reported Experience Measurements (PREM) en relación con la asistencia sanitaria que recibe es un indicador de calidad considerado fundamental en la actualidad. Medido por cuestionario IEXPAC. Otro indicador utilizado es el de Calidad de Vida reportada por el paciente (PRO) medida por el cuestionario PROMIS.

- En la primera fase piloto realizada en la Unidad de Medicina Ambulatoria, se ofreció participar a 185 pacientes de los que aceptaron 160 pacientes (86,5%). De ellos, 80 (49%) pertenecían al servicio de reumatología, 40 (26%) al de neurología, 27 (17%) a digestivo y 13 (8%) a dermatología. La media de puntuación global fue de 6,16 (1,69), con una mediana de 3,75 (IQR=2,92-5,83).
- De la segunda fase, tenemos analizados los pacientes del Servicio de Reumatología y los resultados se presentan a continuación. De 172 pacientes cribados, 158 (92%) completaron la encuesta, 66,5% mujeres con una mediana de edad de 60 (RIQ 47-69,3) años. El diagnóstico más frecuente fue Artritis Reumatoide (43%) seguido de Espondilorritis (35%), Enfermedad autoinmune sistémica (22%) y Artritis psoriásica (13%). El 53,2% tenía prescrito un FAMEsc (fármaco modificador de la enfermedad (FAME) sintético convencional), 46,8% FAME b (biológico) o sd (sintético dirigido), y 32,9% en combinación.
- De 39 pacientes que solicitaron atención por sospecha de COVID-19, el diagnóstico se confirmó en 17 (10,8%), controlados por Atención Primaria mediante consulta telefónica. Solo 2 pacientes requirieron ingreso.
- Reumatología mantuvo las revisiones presenciales programadas en el 46% (73/158) y el resto se modificó por consulta telefónica proactiva y personalizada. El 80 % afirmaron no experimentar problemas para contactar (teléfono o correo electrónico) con su equipo asistencial, siempre que precisaron pedir/modificar una cita, resolver dudas sobre su medicación o posibles brotes de su enfermedad, incluida la incertidumbre sobre posible infección COVID19. Los consultados no percibieron dificultades en el acceso a ningún FAME, y se priorizó a los pacientes más vulnerables para entrega domiciliaria (16%). Un 80% reportó haber mantenido siempre las dosis y pautas de administración prescritas. Las puntuaciones de la escala IEXPAC revelan interacciones productivas entre el equipo asistencial y el paciente en el control y seguimiento de su enfermedad, evaluación del cumplimiento del plan terapéutico, así como la confianza y apoyo de todo el equipo para mejorar su bienestar y calidad de vida.

Otro indicador utilizado es el de Calidad de Vida reportada por el paciente (PRO) medida por el cuestionario PROMIS. Se espera terminar el estudio en pacientes con psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal.

### **Se esperan alcanzar próximamente**

Indicadores utilizados: Se espera terminar el estudio en pacientes con psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal.

### **REPLICABILIDAD**

Considero que los dos proyectos son reproducibles en los hospitales actualmente. Los recursos materiales son mínimos y los humanos se pueden valorar o ajustar en función del centro. Para realizar las actuaciones de mejora convendría contar con otros departamentos como el de humanización e innovación. Todo proyecto que se intenta llevar a cabo en un hospital es conveniente que cuente con el apoyo de la Dirección del Centro.

- Condiciones mínimas: aprobación del CEIM del centro
- Disponibilidad de recursos humanos: especialistas, residentes o becarios.
- Recursos materiales mínimos: disponer de los distintos cuestionarios.

### **Potenciales limitaciones para replicar la experiencia**

- Aprobación del CEIM del centro

### **CONCLUSIONES**

#### **Lecciones aprendidas**

- Contar con el apoyo de la Dirección del Centro.
- Es necesario conocer la experiencia de los pacientes y no dar por supuesta que la atención sanitaria que les ofrecemos es adecuada sin preguntarles.
- La corriente que nos mueve es la humanización de la Asistencia Sanitaria y para ello es necesario conocer la opinión de los pacientes.

#### **Conclusiones**

La evaluación de la experiencia del paciente y su estado de salud enriquecen las lecciones aprendidas durante la pandemia COVID19. Debemos ponderar las intervenciones no farmacológicas para garantizar el acceso a la atención y los tratamientos y conocer la aceptación del modelo de atención no presencial para reorganizar la asistencia. En los momentos críticos de la pandemia, hemos mantenido la accesibilidad del paciente al equipo asistencial, las consultas y el acceso a la dispensación de medicación desde farmacia hospitalaria.

Es importante conocer las competencias digitales de los pacientes y los profesionales para transformar el modelo de atención, incorporando todos los recursos e-salud disponibles.

## Análisis crítico del abordaje del Plan Estratégico Nacional para la Hepatitis C (2015 - 2020) en un Hospital de Distrito: implementación, seguimiento, resultados, puntos fuertes y aspectos de mejora

### DATOS BÁSICOS

- **TÍTULO DE LA EXPERIENCIA**
  - Análisis crítico del abordaje del Plan Estratégico Nacional para la Hepatitis C (2015 - 2020) en un Hospital de Distrito: implementación, seguimiento, resultados, puntos fuertes y aspectos de mejora.
- **AUTOR PRINCIPAL**
  - Juan Jose Corte García, Coordinador Servicio de Farmacia en Fundación Hospital de Jove
- **COAUTORES**
  - Alba León Barbosa, Farmacéutica Adjunta, Servicio de Farmacia
  - María Trujillo Fagundo, Farmacéutica Adjunta, Servicio de Farmacia
  - María Begoña Álvarez Muñoz, Directora Médica
- **CENTRO DE TRABAJO**
  - Fundación Hospital de Jove. Asturias
- **ORGANIZACIONES O INSTITUCIONES IMPLICADAS EN LA EXPERIENCIA**
  - Atención hospitalaria

### ÁMBITO DE ACTUACIÓN

- **PERIODO DE IMPLANTACIÓN**
  - Previo a la crisis COVID19
- **ÁREA O ÁMBITO DE LA EXPERIENCIA**
  - Participación de farmacéuticos de hospital en grupos multidisciplinares
- **PÚBLICO AL QUE SE DIRIGE**
  - Pacientes y familiares
  - Ciudadanos
  - Profesionales

## OBJETIVOS

### Necesidades identificadas y contexto en el que surgieron

En mayo de 2015, el Ministerio de Sanidad hizo público el Plan Estratégico Nacional para abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud (PEAHC). Surgido en un contexto de gran presión social y mediática, planteaba como objetivo general disminuir la morbimortalidad causada por el virus de la hepatitis C (VHC) en nuestro país y abordar eficientemente prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes.

El principal punto de interés lo constituía la segunda línea estratégica del Plan, recogía los criterios para seleccionar los pacientes con infección crónica por el virus C candidatos a los nuevos antivirales de acción directa (altamente efectivos y de elevado coste), médicos y centros hospitalarios que llevarían a cabo su indicación y seguimiento y los esquemas terapéuticos a utilizar según genotipo viral y características del paciente.

El documento, enumeraba todas las opciones farmacológicas autorizadas en mayo de 2015 frente el virus C desglosadas según situación clínica, genotipo viral y tipo de paciente. No obstante, el anexo IV del Plan, describía acuerdos de financiación para dos únicos esquemas terapéuticos: sofosbuvir/ledipasvir y ombitasvir/paritaprevir/ritonavir  $\pm$  dasabuvir (consideramos dos esquemas puesto que los dos últimos fármacos habitualmente se empleaban combinados) habilitándose 786 millones de euros iniciales para tratar 51.900 pacientes durante tres años.

En lugar de establecer un precio concreto para cada esquema terapéutico, se definió un acuerdo precio/volumen para ambas opciones terapéuticas, considerándose diferentes tramos de gasto. A cada uno de ellos, le correspondía un número específico de pacientes tratado a un coste específico para cada fármaco; superado el número de pacientes correspondiente al tramo, en el siguiente, la terapia veía disminuido su precio de tal modo que a medida que aumentaba el número de los pacientes tratados y se superaban tramos, el coste del tratamiento iría disminuyendo.

Este acuerdo de precio/volumen añadía la complejidad de que consideraba tramos tanto autonómicos como nacionales, de tal modo que, aunque una Comunidad Autónoma sobrepasase su tramo autonómico, la facturación no se ajustaría hasta sobrepasar el tramo nacional correspondiente. Del mismo modo, en caso de haberse sobrepasado el tramo nacional, solo se beneficiarían de la reducción del coste por paciente tratado, aquellas Autonomías que hubieran sobrepasado sus correspondientes tramos autonómicos. Además, habilitaba un gasto máximo por paciente para cada esquema (“capping”).

Los costes de tratamiento se establecían con un límite máximo que correspondía, independientemente de la duración real del tratamiento, a un periodo de tres meses. El Plan recogía indicaciones relativas a la necesidad de implantar un sistema de información para nuevos diagnósticos y el diseño y ejecución de un registro de pacientes con hepatitis C tratados con antivirales en el Sistema Nacional de Salud.

Cada Comunidad Autónoma debía desarrollar sus propios circuitos, a nivel de sus hospitales, para gestionar dicha comunicación. La información debía ser vinculada a pacientes específicos existiendo dudas de cómo el Servicio de Farmacia podría gestionar la comunicación de envases correspondientes a "capping" o la estimación y asignación de los abonos correspondientes a los descuentos del precio del envase para cada tramo concreto.

### **Objetivos que se pretenden alcanzar con la experiencia**

La publicación en mayo de 2015 del PEAHC, avaló la posibilidad de iniciar el tratamiento de pacientes con hepatitis C crónica, dependientes del Servicio de Digestivo de nuestro hospital, con antivirales de acción directa de alta eficacia.

La complejidad para la interpretación, articulación, seguimiento y medida de resultados durante los años de viabilidad del Plan, unidos a la elevada partida presupuestaria destinada a la dotación de los recursos terapéuticos exigidos por el mismo, hizo necesario la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar con participación de los Servicios de Digestivo, Farmacia y Dirección del Hospital.

El objetivo de la presente experiencia es describir la gestión de antivirales de acción directa frente el VHC en nuestro centro durante la duración del Plan Nacional (mayo 2015 – diciembre 2020). También analizar de manera crítica los puntos fuertes y debilidades de un Plan Nacional, para tratamiento de una patología específica, que representó un antes y un después en el modo de afrontar el uso de unos recursos terapéuticos altamente valiosos en una indicación concreta y que podría replicarse en un futuro en otras áreas terapéuticas.

## **METODOLOGÍA**

### **Descripción de la puesta en marcha de la experiencia**

El grupo de trabajo multidisciplinar formado en el hospital para articular y comenzar a aplicar el PEAHC en nuestro centro, alcanzó en junio de 2015 las siguientes decisiones:

- Comenzar a tratar de inmediato a los pacientes con elevado grado de fibrosis hepática.
- Revisar el histórico de pacientes con diagnóstico de hepatitis C crónica de nuestro Distrito Sanitario.
- Crear una base de datos para recoger los datos de los pacientes incluyendo aspectos tales como: grado de fibrosis, comorbilidades, genotipo viral, terapias previas y otros datos de seguimiento.
- Esta misma base de datos serviría para incorporar los datos de tratamiento instaurado y el resultado del mismo.

- Identificar los pacientes con pérdida de seguimiento en nuestro centro, contactar con los mismos para retomarlo si era preciso.
- Revisar y actualizar, en caso necesario, la situación fisiopatológica hepática con objeto de caracterizarla adecuadamente, estratificando los pacientes en función del grado de fibrosis y consiguiendo la orientación adecuada para el inicio del tratamiento.
- Implementar los recursos técnicos y de personal necesarios para realizar esta labor.
- Mantener e impulsar el trabajo coordinado y multidisciplinar entre los Servicios de Digestivo, Farmacia y Dirección del Hospital con comunicación constante entre los mismos.
- Establecer un canal de comunicación adecuado entre el Servicio de Farmacia del Hospital y Servicio de Salud para informar de los pacientes que iniciaban tratamiento, situación fisiopatológica, fármaco iniciado, duración del mismo... Igualmente conocer el tramo correspondiente a cada uno, cara al adecuado seguimiento del acuerdo precio/volumen establecido en el Plan Estratégico.
- Compromiso por parte del Servicio de Digestivo y Farmacia por elegir, en cada momento, de acuerdo con el seguimiento y evolución del acuerdo de precio/volumen, la terapia más eficiente.
- Respetar escrupulosamente la estratificación de pacientes realizada en base al grado de fibrosis hepática para acceder al tratamiento.
- Disponer, en la medida de lo posible, de información actualizada desde el Servicio de Farmacia que permitiera conocer el estado de los tramos de gasto para cada fármaco, tanto a nivel autonómico como nacional.
- Estar alerta ante la comercialización de nuevos agentes frente la hepatitis crónica C. En caso de nuevos fármacos con datos de eficacia y seguridad comparativamente iguales o superiores (directa o indirectamente) a los ya disponibles, valorar inicio de los mismos.
- Acordar una estrategia de comunicación coordinada y consensuada entre Digestivo, Farmacia y Dirección, que explicase claramente a los pacientes con hepatitis crónica C las condiciones de acceso al tratamiento en cada momento.
- Establecer la obligatoriedad del seguimiento económico mensual del gasto en estos fármacos, así como su difusión y conocimiento entre todos los actores involucrados.
- Establecer el coste medio de tratamiento por paciente como variable más adecuada cara al seguimiento del gasto en la patología.

#### Tiempo desde la idea hasta la puesta en marcha

- Un mes

#### Recursos utilizados

- Recursos Humanos. Referentes en los Servicios de Digestivo, Farmacia y Dirección del Hospital.
- Recursos materiales. Acceso periódico a dispositivo de elastografía hepática.

## RESULTADOS

### Tipo de resultados alcanzados o que se esperan alcanzar

- **Resultados en la salud de la población implicada.** Curación, expresada en términos de respuesta viral sostenida (RVS), para la población con infección crónica por el virus C de nuestro Distrito Sanitario.
- **Mejora organizativa del servicio/hospital/área.** Mejora de la coordinación entre los Servicios de Digestivo, Farmacia y Dirección del Hospital.
- **Beneficio percibido por el paciente/familia/cuidador.** Garantizar el acceso, en tiempo y forma, en función de cada situación clínica individual, a una terapia altamente efectiva para curar su infección crónica por el VHC.
- **Beneficio percibido por el profesional.** Asumir una contribución esencial en la aplicación y articulación de un Plan de Salud Nacional en la población de nuestro Distrito Sanitario, mediante un abordaje multidisciplinar que garantizaba el seguimiento continuo de las estrategias implantadas y medida de resultados obtenidos.

### Indicadores utilizados

- Número de pacientes tratados con antivirales de acción directa frente el virus C durante la vigencia del Plan Estratégico Nacional (2015-2020).
- Porcentaje de pacientes curados (pacientes con RVS/total pacientes tratados). Comparativa del porcentaje de pacientes curados vs otras referencias localizadas.
- Gasto en antivirales de acción directa en nuestro centro durante la vigencia del Plan Estratégico Nacional (2015-2020).
- Coste medio/paciente al final del Plan. Comparativa del coste medio/paciente en nuestro Distrito Sanitario frente otras referencias localizadas.

### Los resultados de la experiencia

246 pacientes tratados durante el periodo de aplicación del PEAHC (mayo 2015 - diciembre 2020):

- Porcentaje de curación (RVS): 98,0%
- Porcentaje de curación en nuestro Distrito Sanitario vs resultados de RVS observados en el Plan Nacional: 98,0% vs 95,0%.
- Gasto en antivirales de acción directa frente el virus de la Hepatitis C en nuestro Hospital durante la duración del Plan Estratégico Nacional: 2.941.804 €.

- Coste medio/paciente final: 11.958,6 € Coste medio/paciente en nuestro centro vs coste medio/paciente observado en otras referencias: 17.717,9 € en nuestro centro a 31 de diciembre de 2016 vs 24.167 € para el conjunto nacional según Pharmacoconomics & Outcomes Research Iberia a dicha fecha (correspondiente a los 66.777 primeros pacientes tratados dentro del Plan Nacional). No se han localizado referencias posteriores nacionales que permitan establecer más comparaciones.

## REPLICABILIDAD

La coordinación y actuación multidisciplinar sobre un área terapéutica concreta que implica el uso de recursos terapéuticos de alto valor está al alcance de cualquier centro. Es precisa una voluntad de colaboración entre los profesionales avalada y promovida por la Dirección del Hospital, quien debe proporcionar recursos materiales y humanos suficientes para garantizar la viabilidad de la experiencia en el tiempo.

El tráfico de información y datos intercambiados, las reuniones de trabajo periódicas, el estudio individualizado de casos complejos la monitorización continua de los hitos definidos, etc representa un modelo de trabajo multidisciplinar que resulto útil para la aplicación con éxito de un Plan de esta naturaleza y fortaleció la importancia del Servicio de Farmacia del Hospital como interlocutor necesario. En el futuro inmediato, experiencias como la realizada en nuestro hospital, serán necesarias para poder abordar de la manera más eficiente, segura y equitativa posible el uso de terapias innovadoras de elevado impacto económico y complicado manejo.

### Potenciales limitaciones para replicar la experiencia

- **Barreras logísticas u organizativas.** Necesidad de liberar tiempo de la actividad asistencial cotidiana y asumir la carga de trabajo adicional imprescindible para cumplir los hitos marcados por el Grupo de Trabajo respecto la aplicación del Plan Nacional en nuestro centro.
- **Barreras económicas o déficit de financiación.** Presupuesto del Hospital insuficiente para adquirir en propiedad un dispositivo de elastografía hepática.
- **Otras.** Necesidad de adecuarnos al Plan Estratégico Nacional que demostró diferentes limitaciones:
  - Para cada esquema autorizado, valoraba tratar 50.000 y 40.000 pacientes (sofosbuvir/ledipasvir y ombitasvir/paritaprevir/ritonavir ± dasabuvir respectivamente) cuando el acuerdo se daba por finalizado en el momento es que se trataran 51.900 pacientes en conjunto. De existir una distribución similar en la prescripción entre ambas opciones (esperable, si consideramos compartían indicación de uso en genotipos 1 y 4 que representaban el 77,3% de las infecciones por VHC en nuestro

país), podía preverse que no pudieran alcanzarse los últimos tramos para cada esquema (donde el coste de la terapia sería muy inferior).

- Por otro lado, en mayo de 2015 cuando se conoció el Plan, estaba próxima la publicación de resultados de ensayos clínicos fase III para fármacos prometedores en el tratamiento de la infección crónica por el virus C. La bibliografía disponible entonces, avalaba ya agentes como elbasvir/grazopreviro sofosbuvir/velpatasvir finalmente autorizados en agosto de 2016. También estaban en fases finales de investigación otros fármacos pangenotípicos, sin necesidad de ribavirina concomitante o con duraciones menores de tratamiento, pero el Plan, no recogía la posibilidad de acelerar la autorización de alguno de estos fármacos o revisar el acuerdo de financiación si estos llegaban a estar disponibles. En escenarios donde, afortunadamente, puede ser ágil la incorporación de nuevos fármacos y renovación del arsenal terapéutico, cualquier tipo de acuerdo alcanzado debería tener en perspectiva la aparición, en un futuro más o menos inmediato, de nuevos agentes para la indicación terapéutica de interés potencialmente más eficientes.
- Hay insuficientes datos sobre el coste final asumido en el tratamiento del virus C, coste medio de tratamiento/paciente o la distribución de la prescripción, final y a lo largo del tiempo, entre los diferentes fármacos disponibles. El documento con la última actualización del PEAHC, de octubre de 2020, no aporta datos en este sentido para los 143.995 pacientes tratados hasta agosto de 2020. El PEAHC infraestimó el número de pacientes con hepatitis C crónica candidatos a terapia.
- En diciembre de 2016 habían recibido tratamiento 66.777 pacientes (un 22,3 % más de los estimados en la primera fase del Plan). No tenemos información que justifique el porqué de esta diferencia; obviamente, cualquier acuerdo de financiación basado en un volumen de pacientes objetivo a tratar, deberá tener bien establecida esta cifra para que las condiciones sean lo más ventajosas posibles para el pagador, o incluir algún tipo de cláusula frente una posible infraestimación de la cifra final de pacientes a tratar.

## CONCLUSIONES

### Lecciones aprendidas

La actuación coordinada de un grupo de trabajo multidisciplinar, bajo el apoyo de la dirección del centro, sobre objetivos específicos relacionados con el abordaje de un problema de salud que requiere el uso de recursos terapéuticos de elevado valor y coste, aporta beneficios en términos de visibilidad y relevancia para el Servicio de Farmacia.

La metodología de trabajo utilizada garantiza la monitorización estrecha de los recursos consumidos y resultados obtenidos, permitiendo asimismo incorporar de modo ágil nuevas acciones que aporten beneficio adicional en términos de eficiencia y sostenibilidad. El PEAHC supuso un esfuerzo por garantizar el acceso a fármacos innovadores de alto coste en un entorno de gran presión social, política

y mediática. No obstante, a posteriori, plantea una serie de dudas, déficits de información y dificultades que deben ser revisadas, analizadas y corregidas cara a futuros acuerdos de financiación que puedan plantearse para otras terapias innovadoras de elevado impacto económico.

### Conclusiones

La publicación del PEHC avaló el tratamiento de estos pacientes mediante nuevas opciones terapéuticas de elevado valor y coste.

En nuestro centro, permitió el tratamiento de 246 pacientes a lo largo de algo más de cinco años con una tasa de respuesta viral sostenida del 98%. Los Servicios de Digestivo, Farmacia y Dirección del Hospital consensuaron los procedimientos y medidas adecuadas cara a abordar de forma eficiente aspectos relativos a la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento recogidos por el PEHC además de otros relevantes, como la comunicación continua entre todos los actores involucrados (incluyendo los pacientes y Servicio Autónomo de Salud).

El coste de los antivirales directos frente el virus C ascendió a 2.941.804 €. El coste medio final de tratamiento fueron 11.958,6 €/paciente. El 44% de pacientes tratados en nuestro centro recibieron la opción terapéutica que aportaría el coste medio de tratamiento por paciente menor a lo largo del tiempo de duración del Plan (gleclaprevir/pibrentasvir, 6.600 €/paciente). No disponemos de datos que permitan establecer comparaciones respecto la distribución de terapias utilizadas o coste medio final de tratamiento resultante a nivel nacional.

## Diálogo web: Una nueva herramienta para la atención farmacéutica no presencial

### DATOS BÁSICOS

- **TÍTULO DE LA EXPERIENCIA**
  - Diálogo web: una nueva herramienta para la atención farmacéutica no presencial
- **AUTOR PRINCIPAL**
  - Beatriz Ardizone Jiménez, Residente de Farmacia Hospitalaria en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
- **COAUTORES**
  - Marta Hernandez Segurado, Farmacéutica Especialista Adjunta
  - Javier Bécares Martínez, Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria
  - María Forte Pérez-Minayo, Farmacéutica Especialista Adjunta
  - Elena Tortajada Esteban, Farmacéutica Adjunta
- **CENTRO DE TRABAJO**
  - Hospital Universitario Fundación Jimenez Diaz
- **ORGANIZACIONES O INSTITUCIONES IMPLICADAS EN LA EXPERIENCIA**
  - Atención hospitalaria

### ÁMBITO DE ACTUACIÓN

- **PERIODO DE IMPLANTACIÓN**
  - Durante la pandemia COVID19
- **ÁREA O ÁMBITO DE LA EXPERIENCIA**
  - Comunicación y adaptación a Sistemas de Información
- **PÚBLICO AL QUE SE DIRIGE**
  - Pacientes y familiares

### OBJETIVOS

#### Necesidades identificadas y contexto en el que surgieron

La implementación del Diálogo Web en nuestro servicio de Farmacia se ha llevado a cabo debido a los siguientes motivos. En primer lugar, existía un elevado número de consultas telefónicas y vía e-mail por parte de los pacientes externos; además, las consultas y su resolución no quedaban registradas en la

historia clínica. Por último, necesitábamos una vía de comunicación con los pacientes que nos permitiera garantizar la protección de datos.

### **Objetivos que se pretenden alcanzar con la experiencia**

Desarrollar una herramienta de comunicación para que los pacientes realicen consultas sobre interacciones, efectos adversos y dudas de su tratamiento de dispensación hospitalaria, así como sobre otros medicamentos y productos de herbolario o parafarmacia.

## **METODOLOGÍA**

### **Descripción de la puesta en marcha de la experiencia**

El Diálogo Web es una herramienta de software disponible en el Portal del Paciente, la aplicación informática que nuestro hospital pone a disposición de los pacientes.

En 2017 se implantó el Diálogo Web en algunos de los servicios médicos de nuestro hospital. En el caso de Farmacia, solicitamos que se abriera un diálogo a todos aquellos pacientes que recogiesen su medicación en nuestro servicio (8000 pacientes).

El desarrollo por parte de sistemas de información concluyó en octubre de 2019, si bien fue en marzo de 2020, con el inicio de la pandemia del coronavirus, cuando esta herramienta empezó a ser utilizada por nuestros pacientes de forma más extendida.

El funcionamiento del Diálogo Web en Farmacia es el siguiente: cuando un médico le prescribe a un paciente un medicamento de dispensación hospitalaria, a este se le abre automáticamente una conversación con Farmacia dentro de su Portal del Paciente. En el mensaje inicial se le indica que, por esta vía, puede realizar cualquier consulta sobre su tratamiento de dispensación hospitalaria, así como sobre otros medicamentos y productos de herbolario o parafarmacia. Un farmacéutico responde a las consultas en un intervalo de 24 horas, de lunes a viernes. La difusión de esta herramienta entre los pacientes se ha realizado mediante carteles informativos y con un video explicativo que se colgó en el Portal del Paciente.

### **Tiempo desde la idea hasta la puesta en marcha**

- Más de un año

### **Recursos utilizados**

- **Recursos Humanos:** Equipo de informática y Servicio de Farmacia Hospitalaria de la Fundación Jiménez Díaz
- **Infraestructuras:** Portal del Paciente y programa para consulta de Historia Clínica (Casiopea)

## RESULTADOS

### Tipo de resultados alcanzados o que se esperan alcanzar

- **Mejora organizativa del servicio/hospital/área.** Reducción en el número de llamadas y correos electrónicos de pacientes
- **Beneficio percibido por el paciente/familia/cuidador.** Mejora de la puntuación del Net Promoter Score (indicador con el que medimos anualmente el grado de satisfacción de los pacientes con nuestro servicio)

### Indicadores utilizados:

- Número mensual de pacientes que utilizan el Diálogo Web
- Tipos de consultas de los pacientes
- Net Promoter Score:
  - % de promotores
  - % de detractores. Los pacientes son clasificados en uno de estos dos grupos según su respuesta (del 0 al 10) a la pregunta: ¿Cómo de probable es que usted recomiende nuestro servicio de Farmacia a un amigo o familiar? (0-6 detractores; 7-8 pasivos; 9-10 promotores)

### Los resultados de la experiencia

- Actualmente el número medio de pacientes que utilizan el Diálogo Web al mes es de 50 (SD=5,16)
- Durante el estado de alarma, el 94% de las consultas eran sobre cómo acceder al medicamento, principalmente, solicitudes de envío de medicación a domicilio. Con el transcurso de los meses, han aumentado las consultas sobre efectos adversos (13%), dudas del tratamiento (16%) e interacciones (20%), sin embargo, las consultas sobre acceso al medicamento todavía representan un 51% del total, lo que constituiría un área de mejora.
- Tanto en 2020 como en 2021, hemos alcanzado por primera vez valores de NPS superiores a 60, lo cual se considera un indicador de excelencia.

## REPLICABILIDAD

Podría ser replicado por un servicio de Farmacia de un hospital que cuente con un departamento de Informática involucrado en el desarrollo de aplicaciones.

### Potenciales limitaciones para replicar la experiencia

- **Barreras logísticas u organizativas.** Disponer de un servicio de informática que desarrolle el Diálogo Web y que este esté asociado a la prescripción de medicamentos del área de pacientes externos. Contar con una infraestructura para ello, como el Portal del Paciente en nuestro hospital.
- **Barreras económicas o déficit de financiación.** El coste económico que conlleva el desarrollo de esta herramienta informática.

## CONCLUSIONES

### Lecciones aprendidas

Utilizar las nuevas tecnologías para la comunicación con los pacientes mejora el beneficio percibido por ellos y permite ampliar el ámbito de la atención farmacéutica.

### Conclusiones

El Diálogo Web es una herramienta útil para que los pacientes externos resuelvan sus consultas relacionadas con el tratamiento y ha supuesto una mejora en la satisfacción del paciente con nuestro servicio, si bien el tipo de consultas que predominan actualmente son las relacionadas con el acceso al medicamento.

## Experiencia de liderazgo en la gestión de Terapias de Alto Impacto y Medicamentos en Situaciones Especiales

### DATOS BÁSICOS

- **TÍTULO DE LA EXPERIENCIA**
  - Experiencia de liderazgo en la gestión de terapias de alto impacto y medicamentos en situaciones especiales
- **AUTOR PRINCIPAL**
  - Amparo Ortega Armiñana, Residente en el Hospital Universitario de la Ribera, Alzira
- **COAUTORES**
  - Azahar Sancho Artés, Farmacéutica Especialista
  - Agustín Sánchez Alcaraz, Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria
- **CENTRO DE TRABAJO**
  - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. C.Valenciana
- **ORGANIZACIONES O INSTITUCIONES IMPLICADAS EN LA EXPERIENCIA**
  - Sistema autonómico de salud
  - Atención hospitalaria

### ÁMBITO DE ACTUACIÓN

- **PERIODO DE IMPLANTACIÓN**
  - En fase de normalización
- **ÁREA O ÁMBITO DE LA EXPERIENCIA**
  - Participación de farmacia hospitalaria en grupos multidisciplinares
- **PÚBLICO AL QUE SE DIRIGE**
  - Profesionales

## OBJETIVOS

### **Necesidades identificadas y contexto en el que surgieron**

El uso de terapias de alto impacto se ha identificado como uno de los mayores retos a los que se enfrentan los Servicios de Salud de la Unión Europea.

En nuestro Departamento de Salud, se identificó la necesidad de abordarlo en el año 2001, en que se aprueba por la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) departamental la primera edición del procedimiento de solicitud de instauración de tratamientos de alto impacto económico (TAI) establecidos por la CFT y de medicamentos en situaciones especiales (MSE).

Se conforma por primera vez en nuestro Departamento un Comité destinado a la evaluación de las solicitudes de dichos tratamientos, representado por Dirección Médica, Servicio de Farmacia (SF) y Control de Gestión. Desde entonces, se han llevado a cabo once actualizaciones del procedimiento, con el objetivo de adaptarlo a la normativa vigente a nivel estatal y autonómico y de poner en marcha medidas para su optimización.

Una de las principales modificaciones del procedimiento relacionada con aspectos normativos tiene lugar en 2012, debido a la Orden 1/2011, de 13 de enero, de la Conselleria de Sanidad, de ordenación de los procedimientos de evaluación de productos farmacéuticos, guías y protocolos farmacoterapéuticos interactivos, medicamentos de alto impacto sanitario y/o económico y observatorios terapéuticos en la Agencia Valenciana de Salud, por la que se desarrolla el Programa de Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y/o Económico (PAISE) para la gestión de los denominados MAISE (Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y/o Económico).

El otro cambio sustancial de nuestro procedimiento tiene lugar en 2021, debido a la Orden 2/2021, de 27 de septiembre, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se desarrolla el Programa de optimización e integración terapéutica de la Comunitat Valenciana, que supone la derogación de la Orden 1/2011. Dicho programa se enmarca en la apuesta de la política farmacéutica de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública por la reorientación y reorganización asistencial enfocada a la obtención de resultados en salud, a la integración y continuidad farmacoterapéutica y a la eficiencia, tanto de la prestación farmacéutica como de los procesos y actuaciones.

En línea con lo anterior, la Instrucción 5/2021 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (DGFPS) sobre principios de coordinación y funcionamiento del subprograma de evaluación de medicamentos, programa de evaluación e integración terapéutica, en la instrucción cuarta sobre priorización de la actividad en las Comisiones departamentales con competencias en farmacoterapia, establece que dependientes de la CFT hospitalaria se podrán conformar subcomités y grupos de trabajo multidisciplinares específicos para patologías concretas, que deberán asesorar sobre las enfermedades y medicamentos específicos de su competencia, así como valorar individualmente los casos que requieren inicio y/o cambio de tratamiento de acuerdo con los criterios de decisión corporativos o departamentales establecidos, según corresponda.

En este contexto identificamos la necesidad de realizar un cambio organizativo que nos permita trabajar en línea con las estrategias de la Conselleria, posicionando el foco en el aumento de la eficiencia de los TAI y MSE y del proceso de gestión de los mismos en nuestro ámbito, en la optimización terapéutica y en la evaluación de resultados en salud.

### Objetivos que se pretenden alcanzar con la experiencia

El objetivo del proyecto es liderar un cambio en la organización que permita optimizar tanto el proceso de gestión de los TAI y MSE como la terapéutica, tomando como base la evidencia científica y los resultados en salud, para lograr un aumento de la efectividad, seguridad y eficiencia.

Los objetivos específicos son:

- Optimizar el proceso para la gestión de las solicitudes de TAI Y MSE y su evaluación por parte del Comité.
- Optimizar la terapéutica a través de protocolos de tratamiento consensuados en el seno de equipos multidisciplinares y basados en criterios de efectividad, seguridad y eficiencia.

## METODOLOGÍA

### Descripción de la puesta en marcha de la experiencia

El proyecto de transformación se llevó a cabo en las siguientes etapas:

1. **Revisión y puesta en común de las debilidades que presentaba el circuito establecido** hasta el momento por parte de los miembros del Comité de TAI. En el circuito previo al proyecto, todas las solicitudes de inicio o cambio de TAI o MSE requerían la presencia física del facultativo solicitante en la reunión semanal del Comité, a excepción de aquellos tratamientos onco-hematológicos urgentes que cumplieren los criterios ordinarios aportados por el PAISE. El facultativo solicitante debía exponer el caso y los miembros del Comité lo evaluaban y tomaban una decisión al respecto. Debilidades identificadas:
  - Elevado número de solicitudes de tratamiento que requerían aprobación por parte de Dirección Médica
  - Necesidad de inversión importante de tiempo por parte de los facultativos solicitantes y de los miembros del Comité en la reunión semanal para presentar y evaluar las solicitudes.
  - Escasa consideración de criterios de eficiencia por parte de los facultativos solicitantes en la elección entre alternativas terapéuticas disponibles. Esto se pone de manifiesto en el indicador de eficiencia de alto impacto de la DGFP.
  - Elevada frecuencia de cambio de tratamiento en determinadas patologías y en ocasiones dependiente de facultativo prescriptor.
  - Dificultad o confusión por parte de los facultativos solicitantes en cuanto al procedimiento a seguir o formularios a cumplimentar según la situación individual, dada la complejidad del circuito.
  - Solicitudes repetidas de fármacos fuera de guía farmacoterapéutica (GFT).
  - Variabilidad en la práctica clínica debido a la ausencia de protocolos terapéuticos consensuados basados en efectividad, seguridad y eficiencia.
  - Escasa evaluación de resultados en salud por falta de tiempo por parte de los profesionales implicados.

2. **Propuesta de acciones de mejora.** Identificados los puntos débiles del circuito, se propusieron las siguientes acciones de mejora:

- Actualización del procedimiento para la solicitud y evaluación de TAI y MSE, incluyendo flujogramas para facilitar la comprensión de los circuitos y anexos con los formularios de solicitud a utilizar según tipo de tratamiento solicitado. Resultado esperado: optimización y comprensión del proceso por parte de todos los profesionales implicados.
- Instauración de protocolos de tratamiento por patología consensuados con los facultativos especialistas correspondientes en seno de equipos multidisciplinares. Una vez instaurado un protocolo terapéutico si la solicitud individual cumple con los criterios definidos en el mismo, se considera una solicitud ordinaria por lo que se evita la presencia del facultativo solicitante en la reunión semanal del Comité TAI. Resultado esperado:
  - A nivel individual, reducción del tiempo invertido por los profesionales en aquellas solicitudes que se consideran ordinarias y mayor dedicación a la valoración de casos particulares (solicitudes que no cumplen con criterios ordinarios o MSE).
  - Con visión global, mejora de la atención a los pacientes, reduce la variabilidad en la práctica clínica y contribuye a la equidad y justicia distributiva.
- Revisión y actualización de los costes de los tratamientos de los protocolos terapéuticos en lo referente a eficiencia. Resultado esperado:
  - Prescripción de las alternativas terapéuticas más eficientes.
  - Implicación de todos los profesionales en la gestión y sostenibilidad del sistema; en definitiva, creación una cultura organizativa basada en la eficiencia.
- Propuesta de inclusión en GFT de fármacos o indicaciones fuera de GFT asiduamente solicitados en el Comité. Resultado esperado: reducción del número de solicitudes que requieren evaluación por parte del Comité.
- Trabajo en la evaluación de resultados en salud, acordando indicadores estandarizados en cada una de las patologías e incluyendo calidad de vida, Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) y Patient Reported Experience (PREMs). Resultado esperado: análisis de los resultados derivados del uso de los tratamientos en base a indicadores estandarizados y a la experiencia de los pacientes tratados, y que esta información sirva para la toma de decisiones posteriores.

3. **Puesta en marcha de las acciones.** Para conseguir la puesta en marcha de las propuestas y obtener los resultados esperados, se acuerda con Dirección Médica mantener el Comité de TAI con la correspondiente actualización de los procedimientos, circuitos y funciones, y conformar grupos de trabajo específicos para patologías concretas. A fecha de redacción del proyecto, se han conformado la Unidad Funcional de Gestión de Terapias Biológicas y la Unidad Funcional de Gestión de Terapias Onco-hematológicas, representadas por la Dirección Médica, el servicio de Farmacia y los Servicios Clínicos implicados en el manejo de estas terapias. Las Unidades

Funcionales consensuan y actualizan los protocolos y guías clínicas de mayor eficiencia y conveniencia para los pacientes que se toman posteriormente como referencia para la valoración de las solicitudes de tratamiento. Los objetivos concretos de las Unidades Funcionales son:

- Promover el uso racional y la utilización de medicamentos de forma eficiente en las diferentes áreas terapéuticas, cuya gestión y supervisión se efectúa bajo el control y responsabilidad del SF.
- Incorporar, implementar y velar por el cumplimiento de los criterios, procedimientos, protocolos y recomendaciones establecidos a nivel central por la DGFP y departamental.
- Establecer un marco transversal y fluido de intercambio de experiencias y proyectos comunes entre el SF, los diferentes especialistas de los Servicios implicados y la Dirección Médica del Hospital.

Las funciones de las Unidades Funcionales son:

- La optimización las terapias, basada en la evidencia científica y en los resultados en salud, para lograr mayor eficiencia y seguridad en el uso de las alternativas disponibles en cada momento, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema de salud.
- Mejorar la atención de los pacientes, velando por la equidad y la justicia distributiva.
- Actualización de los protocolos de mayor eficiencia y conveniencia para los pacientes en las diferentes áreas terapéuticas en función de las perspectivas consecutivas:
  - Selección: Análisis objetivo previo al uso del medicamento, soportado por la calidad de la evidencia científica disponible, que permita conocer el interés y beneficio clínico esperado, comparativamente con las alternativas disponibles, y permita delimitar los criterios y protocolos de uso corporativos. Esta selección debe conciliarse a nivel del Estado Español con los Informes de posicionamiento terapéutico de la AEMPS, inclusión en la Cartera de Servicios y financiación, y a nivel de la Comunidad Valenciana con los protocolos establecidos por la Comisión Permanente Coordinadora de Farmacia y Terapéutica (CPFT) de la Comunidad Valenciana.
  - Uso: Análisis del uso en la práctica asistencial, seguimiento y control de los objetivos establecidos. Adecuación y adhesión a los criterios de uso corporativos y rendición de cuentas.
  - Resultados en salud: Análisis de los resultados derivados de su uso (resultados en salud) utilizando los medios estandarizados para la recogida de datos y variables.
- Definir indicadores de uso y objetivos de calidad.
- Incorporar, implementar y velar por el cumplimiento de los criterios, procedimientos, protocolos y recomendaciones corporativas acordadas por los órganos centrales y a nivel departamental.
- Alcanzar los objetivos de los indicadores de los acuerdos de gestión:

- Penetración de biosimilares (porcentaje que representan los medicamentos biosimilares sobre el total de medicamentos biológicos de referencia y sus biosimilares).
- Eficiencia de terapias de alto impacto (porcentaje de pacientes con tratamiento de menor coste por paciente respondedor (CPR) sobre el total de pacientes tratados con terapias para patologías monitorizadas mediante la herramienta PROTO (enfermedades dermatológicas, reumatológicas, del aparato digestivo, VIH, leucemia mieloide crónica y esclerosis múltiple)).
- Evaluación de resultados en salud, incluyendo valoración de experiencias y resultados reportados por los pacientes: o Calidad de vida. o Adherencia terapéutica.
- PREMs y PROMs.

#### Tiempo desde la idea hasta la puesta en marcha

- De 2 a 6 meses

#### Recursos utilizados

- Recursos Humanos:
  - Servicio de Farmacia: jefe de Servicio de Farmacia, 1 Facultativo especialista y 1 Residente.
  - Servicios Clínicos: jefe de Servicio correspondiente y 1 Facultativo especialista por Servicio.
  - Dirección Médica: director y subdirector médico.

## RESULTADOS

#### Tipo de resultados alcanzados o que se esperan alcanzar

- **Resultados en la salud de la población implicada.** Análisis de los resultados derivados del uso de los tratamientos en base a indicadores estandarizados y a la experiencia de los pacientes tratados, y que esta información sirva para la toma de decisiones posteriores.
- **Mejora organizativa del servicio/hospital/área.** Coordinación y comunicación entre los profesionales sanitarios.
- **Beneficio percibido por el paciente/familia/cuidador.** Menor variabilidad en la práctica clínica y mejora de la atención a los pacientes.
- **Beneficio percibido por el profesional.** Optimización del tiempo invertido en la gestión de los tratamientos y mejora de la comunicación con otros profesionales.
- **Económico (eficiencia en el uso de los recursos).** Optimización del tiempo invertido en la gestión de los tratamientos y mejora de la comunicación con otros profesionales.

**Comentado [BMR1]:** Se repite igual que en las experiencias anteriores. Modificar.

### Indicadores utilizados.

Se definen los siguientes indicadores:

- Número de solicitudes evaluadas por el Comité de TAI.
- Número de solicitudes que no han requerido evaluación por el Comité de TAI.
- Decisiones tomadas por el Comité de TAI: número de aprobaciones, número de aprobaciones temporales, número de denegaciones y número de solicitudes modificadas en base a criterios de eficiencia.
- Número de reuniones de las Unidades Funcionales para compartir experiencias y resultados con el equipo.
- Número de protocolos terapéuticos consensuados por la Unidades Funcionales.
- Número de actualizaciones de los protocolos instaurados según cambios en coste/tratamiento.
- Mejora de los indicadores de los acuerdos de gestión relacionados: penetración de biosimilares y eficiencia de terapias de alto impacto.

### Resultados obtenidos

Con respecto a los resultados obtenidos tras la instauración de la unidad funcional de terapias biológicas:

- Se han actualizado los costes de los fármacos biológicos y se han posicionado los tratamientos según indicación en base a eficiencia. Además, se han analizado el nº de solicitudes de inicio o cambio recibidas y el nº de pacientes tratados por fármaco e indicación en el año 2020 y 2021. Con todo ello, se pretende analizar la evolución de la eficiencia de los tratamientos utilizados.
- Se han consensado los siguientes protocolos de tratamiento basados en efectividad, seguridad y eficiencia:
  - Dermatología: Psoriasis en placas moderada – grave e hidradenitis supurativa.
  - Digestivo: Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerosa.
- Actualmente se está trabajando en los siguientes:
  - Reumatología: Artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante.
  - Neumología: Asma grave y Fibrosis Pulmonar Idiopática.
  - Neurología: Migraña y esclerosis múltiple.
- Se han acordado indicadores a utilizar por patología:
  - Reumatología: Disease Activity Score 28 (DAS28), Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI).
  - Dermatología: psoriasis area and severity index (PASI) Y Dermatology Life Quality Index DLQI.
  - Digestivo: Colitis ulcerosa: Colitis Colonoscopic Index of Severity (UCDAI), remisión <2, no respuesta o respuesta parcial. Enfermedad de Crohn: Crohn's disease activity index (CDAI), índice de Harvey Bradshaw (HBI), no activo <150, brote moderado (221-450), brote leve (150-220), brote grave >450.

- Se ha consensuado un protocolo para la monitorización farmacocinética de biológicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Reumatología y Dermatología. Además, se ha incorporado a la cartera de Servicios la determinación de niveles de vedolizumab y ustekinumab.

Con ello, se busca optimizar estas terapias y prevenir fracasos y/o cambios de tratamiento innecesarios. Se pretender evaluar resultados obtenidos más adelante.

Con respecto a los resultados obtenidos tras la formación de la unidad funcional de terapias onco-hematológicas:

- Se han revisado de los procedimientos para la aprobación de los tratamientos onco-hematológicos en función de la situación y compartido con los facultativos solicitantes para facilitar la comprensión de los circuitos.
- Se han creado formularios específicos para la solicitud de los tratamientos onco-hematológicos en base a los criterios definidos a nivel central, y se pretende mantenerlos actualizados a medida que se vayan publicando actualizaciones por las subcomisiones asesoras de la CPFT.
- Se han puesto en común y priorizado distintas propuestas de evaluación de resultados en salud en pacientes onco-hematológicos.

Con respecto a los resultados obtenidos tras la actualización del procedimiento de solicitud y evaluación de TAI:

- Mayor comprensión del circuito por parte de los facultativos gracias a la elaboración y difusión de flujogramas del circuito de solicitudes de tratamientos onco-hematológicos (Figura 1), medicamentos en situaciones especiales (Figura 2) y terapias biológicas (Figura 3) que cuenta con la aprobación de Dirección Médica.
- Reducción del nº de solicitudes que requieren presencia de los facultativos solicitantes y evaluación por Comité de TAI. Para ello, se ha comparado el número de solicitudes presentadas en primer trimestre del año 2020 (previo al cambio) y en primer trimestre de 2022 (posterior al cambio).
  - o Primer trimestre año 2020: 303 solicitudes expuestas por el solicitante y evaluadas por el Comité.
  - o Primer trimestre año 2022: 309 solicitudes recibidas de las cuales solo 30 (20,8%) han requerido la presencia del facultativo y evaluación por el Comité.

Los motivos por los que precisaron evaluación por el Comité son: 12 fuera de ficha técnica, 6 fuera de guía farmacoterapéutica, 3 con indicación no financiada, 3 uso compasivo, 1 cambio de tratamiento por reacción adversa no documentada.

Respecto a las decisiones tomadas por el Comité, constan: 16 aprobaciones. 7 aprobaciones temporales sujetas a revisión. 3 denegaciones. 4 cambios a alternativa más eficiente.

- Promoción del uso de biosimilares, consiguiendo un aumento en la penetración en el año 2021 (57,7%) con respecto al 2020 (37,5 %).

- Promoción del uso de terapias consideradas eficientes por la DGFPs, resultando el indicador de eficiencia de terapias de alto impacto en el año 2021 (3,42) superior a la media de los Hospitales de la Comunidad (2,97).

### **Resultados que se esperan alcanzar próximamente**

Continuar mejorando y optimizando las terapias gracias a la reorganización estructural, alcanzando los objetivos de los indicadores y obteniendo resultados a largo plazo. Se pretende avanzar en la evaluación de resultados en salud y mejora de la eficiencia a lo largo del tiempo, así como en cuanto a la posición relacionada con el gasto farmacéutico en comparación con otros hospitales.

### **REPLICABILIDAD**

Tras la experiencia de haber implantado el proyecto de reorganización asistencial en nuestro centro, consideramos que es perfectamente replicable.

Como se ha indicado anteriormente, este proyecto no requiere inversión económica. La parte más importante es la gestión de los recursos humanos:

- Se debe contar con uno o varios líderes que gestionen y promuevan la implantación del proyecto, coordinen a todos los profesionales implicados y sean capaces de transmitir una comunicación afectiva con la que quede clara la importancia de todos los miembros del equipo para lograr un objetivo común,
- Es fundamental la predisposición de los profesionales sanitarios a participar en el proyecto, motivación para mejorar la práctica habitual y disposición a compartir y aprender de otros compañeros.
- Otro punto clave en este proyecto es transmitir la importancia de formar un equipo multidisciplinar y los beneficios que puede aportar compartir ideas, proyectos y experiencias con otros compañeros para promover la mejora de los puntos débiles de los procesos asistenciales, con el objetivo final de que el paciente perciba beneficio clínico y satisfacción con la asistencia recibida.

### **Potenciales limitaciones para replicar la experiencia**

- Negativa o resistencia por parte de algún profesional al cambio, puesta en común de conocimientos y evaluación de resultados en salud.

## CONCLUSIONES

### Lecciones aprendidas

Mediante el trabajo en equipo se obtienen grandes resultados y para ello hay que tener conciencia de que todos somos importantes, necesarios y complementarios para mejorar la salud de los pacientes y contribuir a la sostenibilidad del sistema.

### Conclusiones

La puesta en marcha de las propuestas ha implicado una actitud de liderazgo por parte del Servicio de Farmacia y de Dirección Médica para generar un cambio en la cultura de la organización, crear un clima laboral de confianza y un sentimiento de equipo y orgullo de pertenencia que favorezca finalmente tanto al profesional sanitario como al propio paciente.

Por otro lado, la reducción del tiempo a invertir por otros profesionales o miembros del Comité TAI en la reunión semanal repercute en el Servicio de Farmacia, quien asume mayor responsabilidad en la valoración previa de los casos y decisión sobre su carácter ordinario o especial.

Gracias a la creación de un equipo comprometido se ha podido conseguir un gran porcentaje de los objetivos definidos y se sigue trabajando en ello para lograr una estructura orientada al paciente, promover el uso racional y eficiente de las diferentes terapias e implicar a todos los especialistas en la gestión y sostenibilidad del sistema, además de crear un escenario para el intercambio de información de interés para el equipo multidisciplinar, experiencias y proyectos comunes.

Con un equipo en el que se ponen en común puntos de vista, se comparte conocimiento y se alinean objetivos, los resultados en la mayoría de las ocasiones son extraordinarios.

## Dar voz a los pacientes para su integración en la toma de decisiones

### DATOS BÁSICOS

- **TÍTULO DE LA EXPERIENCIA**
  - Dar voz a las pacientes para su integración en la toma de decisiones
- **AUTOR PRINCIPAL**
  - Gabriel Mercadal Orfila. Adjunto Farmacia Hospitalaria. Hospital Mateu Orfila, Menorca.
- **COAUTORES**
  - Pedro Ventayol Borch. Jefeclínico Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitari Son Espases
  - Joaquín Serrano López de las Hazas. Adjunto Farmacia Hospitalaria. Hospital Son Llatzer
- **CENTRO DE TRABAJO**
  - Los citados en la filiación de los autores.
- **ORGANIZACIONES O INSTITUCIONES IMPLICADAS EN LA EXPERIENCIA**
  - Sistema autonómico de salud
  - Área u organización integrada de salud
  - Atención hospitalaria
  - Atención Primaria

### ÁMBITO DE ACTUACIÓN

- **PERIODO DE IMPLANTACIÓN**
  - Durante la pandemia COVID19
- **ÁREA O ÁMBITO DE LA EXPERIENCIA**
  - Reorganización y Procesos Asistenciales
- **PÚBLICO AL QUE SE DIRIGE**
  - Pacientes y familiares
  - Profesionales

## OBJETIVOS

### **Necesidades identificadas y contexto en el que surgieron**

Los sistemas de salud del futuro estarán centrados en el paciente, orientados a la promoción de hábitos saludables, con pacientes/profesionales/organizaciones sanitarias completamente conectados digitalmente, con una atención médica basada en valor y “*data-driven*”, es decir, orientada a un buen uso del dato para una mejor toma de decisiones. Coincide que en los últimos años el paciente ha mejorado tanto en aptitud como en actitud ante la asistencia sanitaria, está mejor informado y hace un mejor consumo de los servicios sanitarios. En consecuencia, los pacientes están abandonando su papel de agentes reactivos que reciben las indicaciones de los profesionales, para asumir un papel activo en el proceso de mejora de la gestión de su propia enfermedad, quieren ser tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones y exigen que su opinión sea valorada y respetada.

Esta es la motivación principal de nuestra iniciativa: dar voz a los pacientes en el cuidado de su salud. Para ello, es necesario disponer de un canal sencillo de interacción que permita adecuar la experiencia asistencial con flexibilidad, en función del perfil de cada paciente. Esta flexibilidad es clave para garantizar la adherencia de los pacientes a los programas pautados y para modular los programas asistenciales “en caliente”, ante posibles cambios en los resultados observados.

Naveta nace como una comunidad abierta a los profesionales sanitarios con el objetivo de promover y evaluar el impacto del uso de protocolos de atención orientados a una medicina basada en valor. Es un espacio donde compartir recursos y buenas prácticas en el seguimiento de pacientes de forma telemática, y en un entorno tan sencillo y accesible como el chat, somos capaces de agregar todas las herramientas necesarias para realizar un abordaje clínico-asistencial continuado, y con una gestión completamente anónima de los datos.

### **Objetivos que se pretenden alcanzar con la experiencia**

El proyecto nace como un hub agregador de buenas prácticas en gestión de programas asistenciales, mantenido por una extensa comunidad de profesionales y con el respaldo de entidades científicas e instituciones de reconocido prestigio en nuestro país.

Centralizamos todo el proceso de seguimiento de pacientes a distancia y en un único entorno. Atendemos el paciente en su globalidad:

- Chat: los pacientes pueden disponer de un canal sencillo y amigable donde se van incorporando todos aquellos recursos que el especialista prescribe: formularios PROMs y PREMs, receta electrónica, ejercicios de rehabilitación, contenidos divulgativos o dietas, entre otros.
- Comunidad: se trata de un entorno abierto a la incorporación de las mejores prácticas en el proceso de atención y organizado por patologías. Nuestra librería de recursos asistenciales está continuamente actualizada gracias a la contribución de los propios profesionales, que en su día a día utilizan y ponen en práctica. Programas: los profesionales pueden trazar fácilmente sus programas asistenciales, incorporando los recursos asistenciales que considere en cada

momento y modulando los mismos (cadencia, umbrales, avisos, etc.) en función de las características de cada paciente.

- Rigor: la librería de recursos asistenciales cuenta con el aval de la comunidad científica y un nutrido grupo de expertos supervisa su adecuación a los programas asistenciales, organizados por patología
- Seguimiento: los datos reportados por los pacientes se registran para poder observar la adherencia a los tratamientos y su efectividad, y pueden ser analizados de forma agregada.
- Integración: los programas asistenciales y sus recursos asistenciales pueden ser integrados mediante estándares HL7 o FHIR con cualquier Health Information System (HIS) o solución departamental.

## METODOLOGÍA

### Descripción de la puesta en marcha de la experiencia

Contamos con el respaldo de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Balears.

También contamos con el apoyo de Bibliopro (<https://www.bibliopro.org/>), que es la biblioteca virtual de referencia científica internacional de los cuestionarios en español de Resultados Percibidos por los Pacientes (PRO - Patient Reported Outcomes).

Bibliopro está gestionado por la Fundación Instituto Mar de Investigaciones Médicas con quienes disponemos de un convenio de prestación de servicios de asesoría y formación sobre PROMS y PREMs para el desarrollo de la plataforma Naveta.

Gracias a la facilidad de uso de la plataforma creada hemos podido compartir información, empoderar a los pacientes en su autogestión y permitir el control de la adherencia al tratamiento pautado. De esta forma, realizamos seguimiento de las medidas de resultados clave informadas por los pacientes que son más importantes para los pacientes.

Asimismo, la consecuente digitalización del proceso asistencial permite tener acceso a gran cantidad de datos que de otra forma no sería posible conocer cuando el paciente está fuera del hospital, obteniendo una mayor trazabilidad de las interacciones en toda la trayectoria asistencial. Una parte crucial de la recopilación de datos de forma anónima y transformarlos en información procesable, que impulse acciones y permita la toma de decisiones.

La plataforma también permite disminuir la carga de trabajo de los profesionales y el uso de recursos asistenciales, puede acortar las listas de espera y priorizar a los pacientes que más atención necesitan. También observamos beneficios para los pacientes con respecto a la notificación y el manejo de los síntomas, la reducción de la angustia, la disminución de las hospitalizaciones no planificadas y una mejor calidad de vida y supervivencia. Ahorra de desplazamientos en visitas de control, aumenta la seguridad del paciente, refuerza empoderamiento, consigue mayor adherencia a tratamientos y mejora de los resultados observados. Este modelo de atención centrado en el paciente y soportado por la comunidad prestadora de servicios de salud, también ofrece claros beneficios a los sistemas de salud, visión más certera de los resultados de salud, obtención de datos cualificados y en tiempo real, agilidad en la estratificación de pacientes, orientado a cada patología y multidisciplinar.

### Tiempo desde la idea hasta la puesta en marcha

De 6 a 12 meses

### Recursos utilizados

- Recursos Humanos: Data manager
- Recursos materiales. Empresa tecnológica para desarrollar la plataforma

## RESULTADOS

### Resultados que se esperan alcanzar

- **Resultados en la salud de la población implicada.** Empoderamiento, mejor adherencia, detección temprana de reducción de la calidad de vida o actividad de la enfermedad, detección temprana de efectos secundarios, evaluación de la experiencia del paciente con su tratamiento, con el proceso asistencial, evaluación de la productividad del paciente.
- **Mejora organizativa del servicio/hospital/área.** La plataforma permite estratificar los pacientes en función de cómo es su estado de salud evaluado por PROMS/PREMS, con lo cual podemos dedicar más tiempo a los paciente que más lo necesitan, asignar visitas telemáticas por medio de la plataforma ( ya sea por chat o por videoconferencia) a pacientes bien controlados
- **Beneficio percibido por el paciente/familia/cuidador.** El paciente con el seguimiento estrecho con la plataforma de telemedicina/telefarmacia asociado a PROMS/PREMS se siente más estrechamente monitorizado, lo cual repercute en su empoderamiento, satisfacción, adherencia etc...
- **Beneficio percibido por el profesional.** Permite una gestión de la consulta más ordenada, estratificada de acuerdo a las necesidades de los pacientes que son evaluadas por PROMS enviados vía telemática, que evalúan actividad de la enfermedad, calidad de vida, adherencia, satisfacción con el tratamiento, productividad, etc.....

### Indicadores utilizados

- Número visitas presenciales hospitalarias vs antes de utilizar la plataforma.
- Evaluación del control de la enfermedad por medio de variables clínicas, analíticas y PROMS, para ver si hay mejor control en los pacientes si se monitorizan con la plataforma

## REPLICABILIDAD

Todo centro es candidato. Debe haber una buena gestión de equipos multidisciplinares para ejecutarlo correctamente.

### Potenciales limitaciones para replicar la experiencia

- **Barreras logísticas u organizativas.** Complejidad en cuanto a la integración de la plataforma en los sistemas de información de cada comunidad autónoma
- **Barreras económicas o déficit de financiación.** Coste económico del desarrollo y mantenimiento de la plataforma

## CONCLUSIONES

### Lecciones aprendidas

El abordaje de los pacientes con herramientas telemáticas, tanto para Telemedicina como para envío de PROMS /PREMS, es una solución ideal para avanzar en un nuevo modelo asistencial híbrido presencial /telemático, que aporta múltiples ventajas a los pacientes: optimiza sus tiempos, es más eficiente para el sistema sanitario, permite recogida de resultados en práctica clínica real, y nos adentra en la atención sanitaria basada en valor promulgada por Michael Porter.

### Conclusiones

Nuestra herramienta nace con potencial para superar barreras que han limitado el uso de PROMs y PREMs en nuestro entorno. Sus características facilitan no sólo su utilización en investigación, sino que ofrece la posibilidad de implementar estas herramientas de manera rutinaria en la práctica clínica, mediante el envío telemático de los PROMS, y su automático cálculo de score e interpretación. Asimismo, estamos trabajando en la elaboración de algoritmos de decisión farmacoterapéutica basada en PROMS, resultados clínicos, analíticos, adherencia y monitorización de efectos secundarios. En el ámbito farmacoeconómico, el uso de cuestionarios como el EQD nos ha de permitir hacer estudios de coste-utilidad, para fundamentar decisiones basadas en valor (máxima eficacia al menor coste posible).

## Red de intercambios de medicamentos de alto impacto entre hospitales de una comunidad autónoma

### DATOS BÁSICOS

- **TÍTULO DE LA EXPERIENCIA**
  - Red de intercambios de medicamentos de alto impacto entre hospitales de una comunidad autónoma
- **AUTOR PRINCIPAL**
  - Beatriz Proy Vega, FEA Farmacia Hospitalaria en Hospital General La Mancha Centro.
- **COAUTORES**
  - Andrés Navarro, Natalia, Jefa de Sección de Farmacia en Hospital General La Mancha Centro
  - Valenzuela Gámez, Juan Carlos, Coordinador regional de Farmacia en SESCAM
- **CENTRO DE TRABAJO**
  - Hospital General La Mancha Centro, Ciudad Real, Castilla-La Mancha.
- **ORGANIZACIONES O INSTITUCIONES IMPLICADAS EN LA EXPERIENCIA**
  - Sistema autonómico de salud
  - Área u organización integrada de salud
  - Atención hospitalaria

### ÁMBITO DE ACTUACIÓN

- **PERIODO DE IMPLANTACIÓN**
  - Durante la pandemia COVID19
- **ÁREA O ÁMBITO DE LA EXPERIENCIA**
  - Logística y gestión de stock
- **PÚBLICO AL QUE SE DIRIGE**
  - Profesionales
  - Otros: servicios de farmacia y sistemas sanitarios de las diferentes comunidades autónomas

## OBJETIVOS

### Necesidades identificadas y contexto en el que surgieron

Surgió la necesidad de optimizar los recursos, y de utilizar fármacos que no tenían uso en sus centros de origen.

### Objetivos que se pretenden alcanzar con la experiencia

Se pretende incrementar la optimización de recursos, mejorar la eficiencia en la gestión de stocks. Se pretende llegar a más profesionales y a más comunidades autónomas, y hacer que el proyecto se extienda y sea útil.

El objetivo principal de este proyecto se centra en establecer un sistema eficiente de aprovechamiento de medicamentos de alto impacto que implique un ahorro al SS comunitario, mediante el uso de una plataforma de intercambio de medicamentos, de acceso controlado, inicialmente entre los SFH de los hospitales del SS, que permita compartir información sobre la disponibilidad de medicamentos de alto impacto próximos a caducar o sin previsión de uso y que puedan ser utilizados en otros hospitales con tratamientos activos. Ello supondría un ahorro económico al sistema sanitario puesto que no se realizarían compras de medicamentos que están en stock y sin previsión de uso en algún hospital, y, además, se evita que lleguen a caducar.

Este sistema supone una estrategia de ahorro con importante impacto económico, y está orientado hacia la mejora en la gestión de los recursos, lo que supone una clara línea de mejora en la gestión interna en la CCAA. Fomenta también la comunicación fluida entre los profesionales y contribuye claramente a incrementar la eficiencia en el gasto sanitario comunitario.

## METODOLOGÍA

### Descripción de la puesta en marcha de la experiencia

Desde sus inicios, en 2016, el proyecto constaba de una fase preweb, donde se trabajaba con una base de datos Excel® entre los farmacéuticos de los hospitales del SS de la CCAA, en la que se reflejaban los medicamentos de alto coste disponibles en cada centro, y ofertados para su utilización en cualquier otro hospital que tuviese algún paciente candidato a tratarse con ellos. Los intercambios se realizaban mediante contacto con listas de correos corporativos.

En 2019, se comenzó a trabajar en el diseño de una base de datos Excel® más amigable, mediante el diseño de macros, que hiciera más visual e intuitiva la interacción entre centros. Resultó algo muy laborioso, y finalmente se acabó abandonando esta vía.

A principios del 2020 se realizó un diseño de página web y se consiguió poner en marcha este proyecto. Esta web permite mantener información actualizada inmediata sobre los tratamientos disponibles en cada hospital, ofertados para su intercambio. En ella operan los SFH de una CCAA (inicialmente entre hospitales del SS público y, en un segundo tiempo, ampliado a varios hospitales de la red privada). Su financiación, por el momento, ha sido privada a cargo de la Fundación de Farmacia Hospitalaria de la misma CCAA. Antes de su puesta en marcha, se realizó una encuesta a todos los SFH de la CCAA acerca

de la utilidad factible del proyecto, y el resultado fue positivo en un 100% de los encuestados. En línea con el compromiso del mantenimiento o mejora de la eficiencia en materia de Sanidad, desde el SFH autor del proyecto, tratamos de fomentar la participación de los centros que aún no se han iniciado en la plataforma, y motivamos a los hospitales que ya participan para que mantengan o incrementen su actividad en la web. Periódicamente, se envían boletines resúmenes de la actividad realizada por cada centro adherido al proyecto, y se planifican estrategias motivadoras como la puesta en marcha de un ranking visible en la propia web.

El proyecto se encuentra en continua revisión y adaptación a las necesidades que van demandando los usuarios o que van surgiendo, y para ello contamos con un programa de mantenimiento a cargo de la misma empresa que ha participado en el diseño. La web dispone de un correo corporativo al que los usuarios pueden remitir sus quejas o sugerencias, y contactar directamente con sus administradores, para aportar lo que consideren que debe ser tenido en cuenta para el buen funcionamiento o mejor rendimiento del aplicativo.

Todo SFH interesado en adherirse al proyecto, debe solicitar acceso directamente en la página inicial de la web, y los administradores de la web aceptarán su inclusión tras comprobación de la veracidad de los datos. Cada SFH se ha organizado bien designando a un responsable encargado de las gestiones de intercambios a través de la web, o bien autorizando a varios usuarios para que cada uno gestione los medicamentos relacionados con su área clínica.

Todos los usuarios deben estar muy implicados con el proyecto, y en el SFH autor, por ejemplo, se ha establecido que a final de cada mes, antes de realizar el pedido mensual a los proveedores, se revisen los medicamentos disponibles en la web por si alguno pudiera ser utilizado.

En cuanto al diseño de la web, en el menú de inicio aparecen varios apartados entre los que se encuentran:

- o ALTA DE MEDICAMENTO (opción de añadir a la web un medicamento que se pretende ofrecer al resto de centros)
- o STOCK DISPONIBLE (listados por centro de medicamentos ofertados para ser solicitados), SOLICITUDES ENVIADAS (relación de medicamentos que ha solicitado el centro al que pertenece el usuario que está logueado en la web)
- o SOLICITUDES RECIBIDAS (relación de medicamentos que han solicitado al centro que está haciendo la consulta)
- o INFORME DE SALDOS (que contiene gráficos acerca de las unidades de medicamentos y el importe que ha recibido y solicitado el centro consultor, separado en años).

Además, existe un menú para el administrador en el que también aparecen disponibles las opciones de mantenimiento de USUARIOS, HOSPITALES, MEDICAMENTOS y ENTIDADES. Esta figura también dispone de la opción ENVIAR CORREOS (a uno en concreto o a todos los usuarios registrados en la web).

### Tiempo desde la idea hasta la puesta en marcha

Más de un año

### Recursos utilizados

- Recursos Humanos: 1 persona que ideó el proyecto, 1 persona que puso en marcha la web
- Infraestructuras
- Recursos materiales: 1 informático, 1 colaborador económico para la financiación del proyecto

## RESULTADOS

### Resultados

- **Resultados en la salud de la población implicada.** Actualmente el proyecto se extiende a los SFH de los hospitales del SS público de la CCAA, y también se han adherido 2 hospitales de la red privada.
- **Mejora organizativa del servicio/hospital/área.** Se diferencia claramente los hospitales que ya han realizado algún intercambio de los que aún no han participado en ninguno. Del total de fármacos intercambiados, en ambas fases preweb + web, la mayor parte de los intercambios incluyen a medicamentos quimioterápicos (36,15%), 15,38% antirretrovirales para el VIH, 11,5% fármacos para la hipertensión pulmonar.
- **Económico (eficiencia en el uso de los recursos).** El importe total ahorrado al SS con este sistema de intercambios de medicamentos asciende a 699.996,84 € (correspondientes a 19.594 unidades de medicamentos intercambiadas) desde que se hizo el primer intercambio en Diciembre de 2016 hasta mitad de Febrero de 2022. El importe de fármacos intercambiados no ha sido regular a lo largo de estos años, y principalmente ha tenido su impulso desde la creación de la web (figura 1, en ella se puede apreciar la tendencia ascendente en cuando a la utilización del recurso en red). En la fase preweb (Diciembre 2016 – Octubre 2020), el importe ahorrado asciende a 224.184,33 € (11.381 unidades de fármacos intercambiados). En esta fase, nuestro centro realizó 52 intercambios con 6 hospitales más de la CCAA. Como limitación, no se tiene registro de los intercambios que realizasen entre sí otros centros, en los que no estuvieran involucrados el nuestro.

Desde Noviembre de 2020, que entró en funcionamiento la web, se encuentran registrados actualmente 17 hospitales (15 de la red pública y 2 de la red privada sanitaria de la CCAA. Desde esa fecha hasta la mitad de Febrero de 2022 (fase web), se han realizado 107 intercambios por valor de 475.812,50 € (8.213 unidades de fármacos intercambiados), en los que han estado involucrados 13 centros hospitalarios públicos y 1 de la red privada.

#### Indicadores utilizados

- Número de intercambios realizados
- Número de unidades de fármacos intercambiadas
- Valor monetario de los intercambios

#### REPLICABILIDAD

Este proyecto, puede ser aplicable a otros SFH de otras CCAA (tanto de la red pública como privada), utilizando incluso el mismo soporte, habilitando en la web un apartado exclusivo para cada CCAA. Actualmente, otra CCAA, se ha interesado en él, y se están manteniendo conversaciones para ver las posibilidades de implantación en su región.

Podría ser extensible también no sólo a medicamentos, sino también a productos sanitarios, que en la mayoría de los hospitales son gestionados por los Servicios de Suministros, independientes a los SFH. Como todo proyecto presenta fortalezas y debilidades. Como fortaleza ha supuesto la interconexión y afianzamiento de las relaciones interprofesionales en las diferentes provincias de la CCAA, y ha contribuido claramente a la sostenibilidad del sistema sanitario en la misma.

Actualmente, el proyecto web lleva en funcionamiento 15 meses en los que el ahorro económico al sistema está más que demostrado, y con aparente tendencia a seguir incrementándose. Una mayor difusión del proyecto a nivel de la CCAA (o incluso a nivel estatal), contribuiría a su expansión y utilización por hospitales que actualmente no utilizan esta opción o que no se han iniciado en ella.

En cuanto a las limitaciones, el sistema informático utilizado para la gestión económica por los SFH de la CCAA, no permite, aún, gestionar este tipo de intercambios de forma óptima, saldando préstamos de medicamentos diferentes entre sí, (cuando un centro hace un préstamo de un medicamento a otro, el centro que recibe la medicación debe devolver el mismo medicamento y no otro con importe similar para que el sistema salde el movimiento de préstamo).

Sería de interés, que el programa, desarrollase la forma de permitir saldados entre medicamentos diferentes. Está prevista la solicitud de esta nueva prestación al equipo de desarrollo del aplicativo. Una última limitación gira en torno a no disponer de una tarifa única, la misma en todo el SS de la CCAA, para el transporte de estos intercambios entre hospitales.

Actualmente se encuentra en fase de revisión un pliego redactado para un concurso público de transporte que será convocado desde el área de farmacia de Servicios Centrales del SS de la CCAA, y que ha sido propuesto por el equipo autor de la web de intercambios, tras haberse detectado la necesidad de dicha tarifa única. Los concursos públicos de transporte habitualmente son convocados directamente desde la propia Gerencia de Atención Integrada (GAI) para dar servicio a los centros que la componen. En este sentido, dentro de la misma CCAA, existen hospitales que pagan el transporte por kilometraje, otros que lo hacen en función de si la mercancía precisa refrigeración o no, y otros por ejemplo que disponen de tarifa plana. En un futuro cercano, se pretende que las condiciones de transporte de medicamentos para este fin sean las mismas para todos los hospitales de la CCAA.

#### Potenciales limitaciones para replicar la experiencia

- **Barreras logísticas u organizativas.** Disponemos del problema de la logística, con el añadido de que cada hospital tiene una tarifa diferente para los envíos de medicación a otros centros.
- **Barreras económicas o déficit de financiación.** La financiación de la web ha sido gracias a donativos de la industria farmacéutica.

#### CONCLUSIONES

##### Lecciones aprendidas

La unión hace la fuerza. Debemos trabajar unidos, con un fin común, ser participativos, y así conseguiremos objetivos más ambiciosos.

##### Conclusiones

Unir proyectos comunes, y hacerlos únicos favorece y potencia los resultados alcanzados, y hace que se puedan alcanzar objetivos más lejanos y ambiciosos. La optimización de recursos debe ser una prioridad donde los recursos son limitados.

## Evaluación del Programa de Mejora de la calidad del seguimiento clínico y farmacoterapéutico de pacientes en tratamiento con antipsicóticos depot

### DATOS BÁSICOS

- **Título de la experiencia**
  - Evaluación del Programa de Mejora de la calidad del seguimiento clínico y farmacoterapéutico de pacientes en tratamiento con antipsicóticos depot.
- **Autor Principal**
  - Alicia Martínez Hernández, Jefe de Sección en Hospital Universitario Infanta Sofía
- **Coautores**
  - Mariano de Içeta Iguana, Jefe de Servicio Psiquiatría-Salud Mental en Hospital Universitario Infanta Sofía
  - Rosario Gutiérrez Labrador, Jefe de Sección Psiquiatría-Salud Mental en Hospital Universitario Infanta Sofía
  - Javier Sanz Calvo, Enfermero Salud Mental en Hospital Universitario Infanta Sofía
  - Laura Portillo Horcajada, Facultativo Servicio de Farmacia en Hospital Universitario Infanta Sofía
- **Centro de trabajo**
  - Los citados en la filiación de los autores.
- **Organizaciones o instituciones implicadas en la experiencia**
  - Sistema autonómico de salud
  - Centro de salud mental
  - Atención hospitalaria

### ÁMBITO DE ACTUACIÓN

- **Periodo de implantación**
  - Previo a la crisis COVID19
- **Área o ámbito de la experiencia**
  - Calidad y seguridad del paciente
- **Público al que se dirige**
  - Pacientes y familiares

## OBJETIVOS

### Necesidades identificadas y contexto en el que surgieron

La Esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo que se convierte en un trastorno neurodegenerativo progresivo con cada nueva recaída. De ahí que la prevención de recaídas sea uno de los ejes principales de la acción terapéutica.

La mayoría de las Guía de Práctica Clínica recomiendan el tratamiento con antipsicóticos depot (APSD) como primera línea. Con el fin de mejorar la calidad y seguridad del seguimiento de los pacientes en tratamiento con APSd, el Servicio de Farmacia (SF) y Psiquiatría proponen un circuito centralizando de dispensación desde el SF y administración en el Centro de Salud Mental (CSM)

### Objetivos que se pretenden alcanzar con la experiencia

- Mejorar la calidad y seguridad del seguimiento de los pacientes en tratamiento con APSd, centralizando la administración en el CSM y la gestión a través del SF, reduciendo la carga en prescripciones y atención de enfermería en Atención Primaria.
- Facilitar la accesibilidad al medicamento, evitando a los usuarios el paso por la oficina de Farmacia, mejorando la custodia y conservación del fármaco para soslayar los posibles problemas derivados de la misma.
- Establecer un mecanismo de doble chequeo previo y posterior de la medicación administrada (y su registro en la Historia Clínica electrónica) por parte de Enfermería.
- Protocolizar la actuación en caso de inasistencia del paciente en la cita programada y evitar así el abandono.
- Intervención sobre pautas de prescripción potencialmente mejorables, buscando el uso de la mínima dosis eficaz de antipsicóticos y evitar la polifarmacia.

## METODOLOGÍA

### Descripción de la puesta en marcha de la experiencia

Este programa pretende la mejora en la asistencia a los pacientes en tratamiento con APSd dependientes del Servicio de Psiquiatría-Salud Mental y que reciben tratamiento en el Centro de Salud Mental. Etapas:

- Puesta en marcha del circuito de prescripción/ dispensación/administración/ seguimiento farmacoterapéutico de APSd entre el CSM y el SF, utilizando las herramientas informáticas corporativas tanto para la prescripción como para la validación, dispensación, administración, registro de incidencias y el posterior seguimiento de la adherencia al tratamiento. Este circuito ha sido aplicado para las prescripciones de los principios activos con efecto antipsicótico en su forma de administración depot intramuscular.
- Formación personal de enfermería de CSM y establecimiento de botiquín de urgencia
- Establecimiento de circuito de reparto y devolución de medicación
- Evaluación de resultados
- Propuestas de mejora

### Tiempo desde la idea hasta la puesta en marcha

De 2 a 6 meses

### Recursos utilizados

- Recursos Humanos: Farmacéutico, Técnico de Farmacia, Enfermero referente Salud mental
- Infraestructuras
- Recursos materiales: botiquín en Centro de Salud Mental, programa informático, transporte

### RESULTADOS

#### Resultados que se esperan alcanzar

- **Resultados en la salud de la población implicada.** Mejor seguimiento y control del tratamiento antipsicótico. mejora de la calidad percibida por el paciente y familiares.
- **Mejora organizativa del servicio/hospital/área.** Centralizando el circuito se evitan visitas a los centros de atención primaria para la realización de recetas además de llevar implícito un resultado económico favorable para la administración.
- **Beneficio percibido por el paciente/familia/cuidador.** Con la encuesta de satisfacción de pacientes y familiares se ha detectado la mejora en la calidad percibida por ambos
- **Beneficio percibido por el profesional.** Mejor control del paciente por parte del personal de enfermería.
- **Económico (eficiencia en el uso de los recursos).** Mejor control del paciente por parte del personal de enfermería.

#### Indicadores utilizados

- Indicador de calidad percibida de pacientes, familiares
- Mejora de la eficiencia
- Mejora en el control enfermedad
- Medida de la adherencia

#### Los resultados de la experiencia

La satisfacción global con el programa fue muy alta, el 97% tanto en los familiares/cuidadores directos como en los pacientes (96,74 y 97,11 respectivamente). el 80% de los familiares o cuidadores directos entrevistados cree que el programa reduce su carga como cuidadores Se ha producido una reducción de la carga asistencial en Atención Primaria (-34,36%) El gasto evitado por la implantación del programa es de 113.812 €. Se han detectado y evitado 7 errores de medicación Descienden marcadamente las hospitalizaciones (-39,4%), y las visitas a Urgencias (-25,5%). Dato pendiente de confirmar con los resultados de 2020.

## REPLICABILIDAD

Cualquier centro podría realizar este tipo de iniciativa siempre que se cuente con los recursos humanos fundamentalmente en el Servicio de Farmacia para realizarlo.

### Potenciales limitaciones para replicar la experiencia

- **Barreras logísticas u organizativas.**
- **Barreras legales.** Contamos con el visto bueno de la Consejería de Sanidad para poder llevar a cabo este proyecto
- **Barreras económicas o déficit de financiación.** La adquisición de los fármacos supone un incremento importante en el importe de las compras del Servicio de Farmacia.

## CONCLUSIONES

### Lecciones aprendidas

Es muy importante la adaptación de las herramientas informáticas para poder hacer una correcta coordinación entre el centro de salud mental y farmacia. Ha sido una experiencia dura en la implantación, pero muy satisfactoria tanto para los profesionales como para los pacientes.

### Conclusiones

El programa de dispensación y administración de antipsicóticos depot en el centro de salud mental ha supuesto una mejora en la calidad de la atención de los pacientes diagnosticados de Trastorno Psicótico, una reducción en la carga de cuidados para sus familiares, un mejor control de la medicación y un ahorro económico para el sistema sanitario y para el paciente.