



La Farmacia Hospitalaria del futuro en España. Análisis prospectivo Delphi

INFORME FINAL DE RESULTADOS

Índice del documento

1. Diccionario de abreviaturas	9
2. Resumen	11
2.1. Título del estudio	11
2.2. Identificación del promotor	11
2.3. Coordinador	11
2.4. Asesor metodológico y secretaria técnica	11
2.5. Objetivos	11
2.6. Diseño del estudio	11
2.7. Perspectiva temporal	11
2.8. Participantes en el estudio	11
2.9. Duración del estudio	12
2.10. Resultados destacados	12
2.10.1. Bloque I. Entorno de los servicios de farmacia hospitalaria	12
2.10.2. Bloque II. Gestión de los servicios de farmacia hospitalaria	13
2.10.3. Bloque III. Atención Farmacéutica	13
2.10.4. Bloque IV. Asistencia sanitaria basada en la evidencia	14
2.10.5. Bloque V. Seguridad y nuevas tecnologías de la información	15
2.10.6. Bloque VI. Formación, investigación y docencia	15
3. Justificación	17
4. Metodología	19
4.1. Objetivos	19
4.1.1. Objetivo principal	19
4.1.2. Objetivos secundarios	19
4.2. Participantes	19
4.2.1. Grupo Director	19
4.2.2. Grupo Asesor	19
4.2.3. Panel de expertos	20
4.3. Diseño del estudio	20
4.3.1. Tipo de estudio	20
4.3.2. Perspectiva temporal	21
4.3.3. Índice temático	21
4.4. Expertos participantes	21
4.4.1. Criterios de selección	21
4.4.2. Composición de los paneles	22
4.4.3. Perfil de los expertos	22

4.5.	Desarrollo del estudio	23
4.5.1.	Esquema del estudio y características específicas de la consulta	23
4.5.2.	Duración del estudio	24
4.6.	Criterios de consenso	25
4.7.	Limitaciones	25
4.8.	Guía para la lectura de los resultados	25
5.	Resultados.	27
5.1.	Descriptiva general	27
5.1.1.	Grado de acuerdo alcanzado en la 1ª ronda	27
5.1.2.	Grado de acuerdo alcanzado en la 2ª Ronda	27
5.2.	Bloque I. Entorno de los servicios de farmacia hospitalaria	29
5.2.1.	Pronósticos sobre el entorno de los SFH en los próximos 10 años	29
5.2.2.	Evolución del rol en los profesionales de los SFH en los próximos 10 años	32
5.3.	Bloque II. Gestión de los SFH	34
5.3.1.	Pronósticos sobre la gestión del SFH en los próximos 10 años	34
5.3.2.	Acuerdos sobre la gestión del SFH en los próximos 10 años	35
5.4.	Bloque III. Atención Farmacéutica	37
5.4.1.	La atención farmacéutica hacia el futuro. Tendencias generales.	37
5.4.2.	La atención farmacéutica hacia el futuro. Control de la medicación.	39
5.5.	Bloque IV. Asistencia sanitaria basada en la evidencia	41
5.5.1.	Impacto de la asistencia basada en la evidencia	42
5.6.	Bloque V. Seguridad y nuevas tecnologías de la información.	44
5.6.1.	Las nuevas tecnologías aplicadas a la seguridad en el uso de los medicamentos	44
5.6.2.	Barreras para la implantación de la prescripción asistida	47
5.7.	Bloque VI. Formación, investigación y docencia	48
5.7.1.	Pronósticos en la formación pregrado, investigación y docencia del FH	48
5.7.2.	Tendencias en la formación pregrado, investigación y docencia del FH	50
6.	Discusión y comentarios	55
6.1.	El entorno de los servicios de farmacia hospitalaria	55
6.1.1.	Limitaciones coyunturales de los modelos SFH en las futura GAI	55
6.1.2.	Factores de confusión en la identificación del rol farmacéutico.	55
6.1.3.	Posicionamiento positivo respecto al modelo de las GAI	55
6.1.4.	Importancia clave de “cómo” se formalice la dirección de modelo.	55
6.1.5.	Participación en la evaluación de medicamentos	56
6.1.6.	Colaboración con las oficinas de farmacia	56

6.2.	La gestión de los servicios de farmacia hospitalaria	56
6.2.1.	Gestión de calidad en los SFH.	56
6.2.2.	Ponderación de la calidad en los servicios y el uso de recursos	57
6.2.3.	Impacto de las políticas restrictivas en el uso de los medicamentos de alto coste.	57
6.3.	La atención farmacéutica	57
6.3.1.	La gestión del paciente crónico	57
6.3.2.	Procesos de atención farmacéutica interdisciplinar	58
6.3.3.	Procesos de participación farmacéutica en las decisiones terapéuticas del paciente	58
6.3.4.	Procesos orientados a reducir los errores en la medicación de los pacientes	58
6.4.	Asistencia sanitaria basada en la evidencia	59
6.4.1.	Toma de decisiones basada en la evidencia científica	59
6.5.	Seguridad y nuevas tecnologías de la información.	59
6.5.1.	Retos ante la implantación de nuevas tecnologías de la información	59
6.6.	Formación, investigación y docencia	59
7.	Bibliografía	63
8.	Anexo: Listado de participantes	65

Índice de tablas, gráficas y figuras

Tabla 1.	Target de panelistas a los que se dirigen los bloques de preguntas	21
Tabla 2.	Criterios de participación	21
Tabla 3.	Grado de acuerdo en 1ª ronda	27
Tabla 4.	Grado de acuerdo en 2ª Ronda	28
Tabla 5.	Impacto de las GAI sobre los futuros Servicios de Farmacia Hospitalaria.	29
Tabla 6.	Legislación regulatoria del acceso al mercado	30
Tabla 7.	Protocolos de riesgo compartido entre la industria farmacéutica y la administración	30
Tabla 8.	Valoración del entorno de los SFH según perfil profesional	31
Tabla 9.	Evolución del rol de los farmacéuticos hospitalarios.	32
Tabla 10.	Participación de los SFH en los presupuesto del hospital	33

Tabla 11. Colaboración de los SFH con la Agencia española del Medicamento.	33
Tabla 12. Valoración de la evolución de los SFH dentro del hospital según perfil profesional	33
Tabla 13. Pronósticos sobre la gestión del SFH en los próximos 10 años	34
Tabla 14. Valoración sobre los pronósticos de la gestión del SFH según perfil profesional	35
Tabla 15. Acuerdos sobre la gestión del SFH en los próximos 10 años.	35
Tabla 16. Valoración de los acuerdos sobre la gestión del SFH según perfil profesional	36
Tabla 17. Acuerdos para una atención farmacéutica hacia la excelencia (I)	37
Tabla 18. Acuerdos para una atención farmacéutica hacia la excelencia (II)	38
Tabla 19. Valoración de la atención farmacéutica según perfil profesional.	39
Tabla 20. Acuerdos para reducir significativamente los errores de medicación en los próximos 10 años.	40
Tabla 21. Valoración sobre la reducción de errores de medicación según perfiles profesionales	41
Tabla 22. Acuerdos y discrepancias sobre el impacto de la asistencia basada en la evidencia en los SFH.	42
Tabla 23. Impacto de la ASBE en los procesos de gestión farmacéutica hospitalaria	43
Tabla 24. Valoración de la asistencia basada en la evidencia según perfiles profesionales	43
Tabla 25. Valoración del impacto de la ASBE en los procesos de gestión farmacéutica hospitalaria según perfiles profesionales	43
Tabla 26. Aspectos relevantes para asegurar la máxima seguridad en el uso de los medicamentos.	45
Tabla 27. Valoración sobre la máxima seguridad en el uso de los medicamentos según perfiles profesionales.	46
Tabla 28. Barreras en la implantación efectiva de los SAD	47
Tabla 29. Valoración de las barreras en la implantación efectiva de los SAD según perfiles profesionales	48
Tabla 30. Pronósticos para la formación pregrado, investigación o docencia del FH.	49
Tabla 31. Valoración de los pronósticos para la formación pregrado, investigación o docencia del FH según perfiles profesionales	50
Tabla 32. Tendencias en la formación pregrado, investigación o docencia del FH.	51
Tabla 33. Valoración de las tendencias en la formación pregrado, investigación o docencia del FH según perfiles profesionales	52
 Figura 1. Porcentajes de participación	22
Figura 2. Perfil profesional de los participantes	22
Figura 3. Género de los participantes	23
Figura 4. Edad de los participantes	23
Figura 5. Distribución porcentual de los participantes por Comunidad Autónoma	23
Figura 6. Esquema de la investigación	23
Figura 7. Duración del estudio	24
Figura 8. Niveles de acuerdo obtenidos al finalizar el estudio según bloque del cuestionario	28
Figura 9. Niveles de acuerdo obtenidos al finalizar el estudio	28



1. DICCIONARIO DE ABREVIATURAS

AD	Administración	SAD	Sistemas Automatizados de Dispensación de Medicamentos
AH	Atención Hospitalaria	SEFAP	Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios	SEFH	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
AP	Atención Primaria	SF	Servicio Farmacéutico
ASBE	Asistencia sanitaria basada en la evidencia	SFH	Servicio de Farmacia Hospitalaria
ASIS	Médico Asistencial	SNS	Sistema Nacional de Salud
CC. AA.	Comunidades Autónomas	TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
FAP	Farmacéutico de Atención Primaria	TIS	Tarjetas Sanitarias
FH	Farmacia Hospitalaria		
FH	Farmacéuticos Hospitalarios		
FH -AP	Farmacéuticos hospitalarios con experiencia en Atención Primaria		
FIP	International Pharmaceutical Federation		
GAI	Gerencias de Atención Integrada		
GES	Gestores hospitalarios		
IF	Industria Farmacéutica		
OMS	Organización Mundial de la Salud		
PAC	Representantes de pacientes		
PEA	Prescripción Electrónica Asistida		
PNT	Procedimientos Normalizados de Trabajo		
PRM	Problemas Relacionados con los Medicamentos		



2. RESUMEN

2.1. Título del estudio

La Farmacia Hospitalaria del futuro en España. Análisis prospectivo Delphi

2.2. Identificación del promotor



El promotor del estudio ha sido la Fundación AstraZeneca, Calle Serrano Galvache, 56, 28033 Madrid. Tel. 913 01 91 00.

Alberto Rubio

Departamento de Relaciones Institucionales AstraZeneca

Carmen González

Fundación AstraZeneca

Alfonso Rodríguez Álvarez

Departamento de Relaciones Institucionales AstraZeneca

2.3. Coordinador

Dr. Joaquín Giráldez Deiró

Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad en Farmacia Hospitalaria

2.4. Asesores metodológicos y secretaría técnica

El centro coordinador responsable de la dirección técnica y la asesoría metodológica del estudio ha sido: GOC *Networking*.

Josep Andrés

Socio. Medical Advisor

Jessica Ruíz

Responsable del Área de Investigación Aplicada

Manel Alepuz

Socio. Medical Advisor

Eva Torres Santiago

Trabajo de campo

Rosa Palomino

Socia. Responsable de Bioestadística



C/ Josep Irla i Bosch 5-7, 1ª pl.
08034 Barcelona
Tel. 93 205 27 27 / Fax. 93 205 14 47
www.gocnetworking.com

2.5. Objetivos

Objetivo principal:

Proporcionar a profesionales del ámbito asistencial y de la administración sanitaria del Sistema Nacional de Salud información relativa a las expectativas futuras y posibles pronósticos sobre la organización y funciones de la farmacia hospitalaria en España.

Objetivos secundarios:

- Conocer el grado de consenso de los líderes de la profesión y otros agentes relevantes respecto a los diferentes factores que conforman el futuro de la profesión.
- Contrastar las percepciones y deseos de los diferentes colectivos consultados.
- Identificar el grado de similitud existente entre los pronósticos y los deseos de dicho futuro, entre los distintos colectivos.
- Impulsar corrientes de opinión y promover la reflexión y el desarrollo de políticas que acerquen el futuro de la profesión a las expectativas deseadas por los expertos.

2.6. Diseño del estudio

Estudio realizado bajo metodología Delphi con dos rondas de consulta.

2.7. Perspectiva temporal

Escenario de consulta propuesto sobre la base de la situación actual para una perspectiva temporal de 10 años.

2.8. Participantes en el estudio

El estudio ha contado con la participación de 150 expertos, todos ellos relacionados con los servicios de farmacia hospitalaria, agrupados en los paneles siguientes:

- » Farmacéuticos Hospitalarios.
- » Farmacéuticos Hospitalarios con experiencia en Atención Primaria.
- » Gestores Hospitalarios.
- » Funcionarios y representantes de la administración central y autonómica.
- » Personal asistencial hospitalario.
- » Industria Farmacéutica.
- » Representantes de pacientes.

2.9. Duración del estudio

El trabajo de campo del estudio se desarrolló durante 6 meses: comenzó el 18 de septiembre de 2013 con la primera ronda y concluyó el 7 de marzo con la segunda ronda.

2.10. Resultados destacados

2.10.1. Bloque I. Entorno de los servicios de farmacia hospitalaria

Las gerencias de atención integrada (GAI) propiciarán la creación de nuevos servicios de farmacia, que integrarán funcionalmente a todos los profesionales de farmacia que desarrollen su actividad en cualquiera de los centros públicos adscritos, permitiendo así mejorar la eficiencia en el uso de medicamentos, especialmente de los pacientes crónicos.

El aumento de la frecuencia y la calidad de los análisis de la prescripción intrahospitalaria que realizarán los SFH, permitirán aumentar su impacto.

Una parte significativa de los farmacéuticos hospitalarios con experiencia en atención primaria muestran su escepticismo respecto al papel integrador que han de aportar al actual modelo asistencial las futuras GAI, además de tener dudas respecto a su futura implantación.

Se percibe una disminución de la responsabilidad del FH dentro del hospital en la adquisición y logística de medicamentos y productos sanitarios en los próximos años.

La actual organización competencial autonómica del Sistema Nacional de Salud (SNS) supone una limitación a la implantación homogénea de las GAI, aunque la variabilidad puede favorecer la búsqueda e implantación de las mejores iniciativas.

Para la implantación de las GAI es clave:

- Definir y comunicar con coherencia cómo se producirá la integración de los roles farmacéuticos en sus distintos ámbitos.
- Garantizar la presencia de los farmacéuticos en las distintas comisiones que regulen o influyan en los servicios de los que también son responsables.

El acceso de los nuevos fármacos debería exigir mayores evidencias del valor añadido que aportan y análisis más exigentes del impacto en términos de coste-efectividad sobre el SNS.

Las gerencias de atención integradas participarán en la selección y utilización de los medicamentos del área de salud, tanto dentro del hospital como del ámbito de atención primaria.

Los acuerdos protocolizados de riesgo compartido que garanticen una ponderada relación de costes y beneficios en salud entre las autoridades sanitarias y las compañías farmacéuticas deberían ser cada vez más frecuentes en la gestión de la farmacoterapia.

Entre otras, las funciones relacionadas con la calidad de la prescripción intrahospitalaria aumentarán en los próximos años, bajo la responsabilidad de los SFH.

El activo que supone la experiencia de los Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) en la evaluación de medicamentos de uso hospitalario debiera ser mejor aprovechado por el SNS en la elaboración de informes de posicionamiento terapéutico coordinados por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

Los profesionales responsables de los SFH y los profesionales sanitarios y asistenciales relacionados con el buen funcionamiento de sus servicios están unánimemente alineados con la necesidad de evolucionar el actual modelo de gestión hacia una gestión integrada y transversal de los servicios farmacéuticos hospitalarios y de atención primaria.

En un futuro próximo, la evolución de los SFH permitirá que los farmacéuticos intensifiquen su actividad en el análisis de la prescripción intrahospitalaria, entre otras, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención sanitaria e incrementar su responsabilidad en la validación de los medicamentos. La extensión de su participación en otros ámbitos de responsabilidad dependerá en gran medida de disponer de instrumentos dirigidos a hacer más transversal la información, trazabilidad y seguimiento de resultados de los medicamentos prescritos.

2.10.2. Bloque II. Gestión de los servicios de farmacia hospitalaria

La gestión integrada de los medicamentos, tanto dentro del hospital como en el ámbito de la atención primaria que se realizara en la GAI, requerirá de sistemas de información y de sistemas automatizados de dispensación de medicamentos (SAD) que aseguren la trazabilidad del medicamento desde su prescripción y adquisición hasta su administración al paciente. Sin embargo, los expertos consultados no consideran que su implantación vaya a ser un hecho durante la próxima década.

Mientras que entre los farmacéuticos son claros los consensos respecto a la cada vez mayor importancia de los estudios farmacoeconómicos en la selección de medicamentos en los próximos 10 años, no existe la misma percepción respecto al impacto de los estudios de calidad de vida, lo que genera claras discrepancias en cuanto a si pueden ejercer similar influencia.

El rendimiento de los futuros servicios de farmacia hospitalaria se evaluará a partir del análisis de indicadores relacionados con el impacto en la mejora de la salud, la seguridad en el uso de medicamentos y la eficiencia en términos de coste-beneficio. Esto supondrá la integración de técnicas propias de la gestión de empresa en el funcionamiento y registro de actividad de los futuros SFH mediante instrumentos innovadores de las tecnologías de la información.

Únicamente un ambicioso plan de implantación de sistemas de información transversal entre los colectivos profesionales corresponsables del manejo terapéutico de los pacientes y la facilitación del registro de indicadores de calidad permitirá una gestión de excelencia de los SFH.

El control de la calidad de los servicios prestados por los SFH debe ponderar adecuadamente los requerimientos de la prestación orientados a mejorar los resultados en salud y bienestar de los pacientes con el uso de recursos y los criterios de equidad y prioridad ante una oferta que en ocasiones puede presentar limitaciones.

Las preferencias de los farmacéuticos ante la toma de decisiones en relación a la gestión de los medicamentos de alto coste se alinean más en criterios de eficiencia que en criterios cortoplacistas de gestión de los costes y gestión orientada al ahorro.

2.10.3. Bloque III. Atención Farmacéutica

La evolución de la atención farmacéutica integrará funcionalmente la actividad de los farmacéuticos de hospital y de atención primaria, reforzando su rol asistencial, especialmente, respecto al paciente crónico polimedicado, mejorando su adherencia terapéutica y compartiendo objetivos asistenciales con los servicios clínicos.

Los colectivos de FH y FH-AP son los que más refuerzan la necesidad de potenciar un mayor rol asistencial en la atención farmacéutica dirigida al paciente.

El rendimiento de los servicios de farmacia hospitalaria no deberá medirse únicamente mediante indicadores de ahorro sino que deberá estar también basada en indicadores de mejora de resultados de salud y eficiencia.

Para lograr una atención sanitaria excelente en los próximos 10 años, deberá potenciarse el rol del farmacéutico hospitalario como asesor de todo el proceso farmacoterapéutico hacia los demás profesionales del ámbito sanitario y pacientes.

El objetivo de reducir los errores de medicación de cara a los próximos 10 años, obligará a todos los profesionales sanitarios con responsabilidad en el tratamiento de un paciente a incorporar en su práctica clínica habitual una vigilancia coordinada y transversal de la detección de problemas relacionados con los medicamentos.

La optimización en la seguridad de la medicación de un paciente pasa por garantizar una serie de procesos bajo la responsabilidad del farmacéutico y el SFH:

- El farmacéutico deberá validar la medicación prescrita o los tratamientos con medicamentos prescritos antes de su dispensación.
- Los SFH deberán volver a envasar y etiquetar todos los medicamentos que se usen en el Hospital cuando su presentación comercial no sea en formato de dosis unitaria.
- La preparación de los medicamentos de alto riesgo o que requieren condiciones especiales de preparación, deberá realizarse siempre en una unidad centralizada del SFH.
- Siempre que sea posible, sería deseable que las mezclas intravenosas se preparen en las unidades centralizadas del SFH.

La implantación de modelos farmacéuticos asistenciales integrados requerirá abordar resistencias de índole cultural y profesional, además de poner en marcha acuerdos en procesos de forma participativa.

Aspirar a una mayor aproximación del farmacéutico a roles de relación directa con el paciente se debe ponderar adecuadamente en el contexto de la relación con los servicios médicos, al tiempo que los criterios de este escenario profesional deben responder a situaciones específicas acordadas entre médicos y farmacéuticos. De la armonía de esta relación depende el necesario equilibrio de roles del propio farmacéutico, entre sus responsabilidades en la atención farmacéutica y en la gestión y supervisión del buen uso de los medicamentos.

Normalizar procesos que aseguren en las situaciones “no urgentes” la validación por parte del farmacéutico de la medicación prescrita, con carácter previo a su dispensación, y la preparación de medicamentos que requieren condiciones especiales y las mezclas intravenosas en unidades centralizadas, son ejemplos que pueden reducir significativamente la incidencia de errores de la medicación.

2.10.4. Bloque IV. Asistencia sanitaria basada en la evidencia

A pesar de que la asistencia sanitaria basada en la evidencia facilitará que las decisiones de los servicios de farmacia hospitalaria, sobre todo orientadas a los procesos de selección de medicamentos, puedan obtener mejores resultados en los pacientes en términos de salud, bienestar y de calidad de vida, esta no estará disponible para todas las situaciones en las que se utilizan los medicamentos y será necesaria la toma de decisiones más allá de esta.

La asistencia farmacéutica basada en la evidencia (ASBE) deberá guiar en un futuro la evolución del actual modelo de asistencia en los SFH. Sin embargo, durante la próxima década no se habrá generado evidencia para todas las situaciones y toma de decisiones que son responsabilidad de los SFH.

Cuando la evidencia no esté disponible, el estudio muestra un acuerdo claro en que será necesario tomar decisiones más allá de la evidencia. En un contexto de innovación de los futuros sistemas de información sería deseable el registro sistemático de estas decisiones con el objetivo de generar, especialmente en estos casos, datos que aporten evidencia basada en la práctica habitual.

Hay discrepancia acerca del impacto de la ASBE en los procesos de alertas relacionadas con la gestión del medicamento, en los procesos de integración de la continuidad asistencial del paciente en el hospital y en los procesos de integración transversal entre la atención primaria y especializada.

2.10.5. Bloque V. Seguridad y nuevas tecnologías de la información

Las nuevas tecnologías de la información son consideradas fundamentales para tareas orientadas al soporte e información más transversal a los profesionales; sin embargo, las discrepancias aparecen cuando se trata de aplicaciones orientadas al control de la actividad y a la evaluación del cumplimiento de las guías y de la efectividad en la toma de decisiones.

Las barreras de entrada para la implantación efectiva de las nuevas tecnologías, como son los sistemas automatizados de dispensación, se relacionan con:

- dificultades técnicas de integración de programas y bases de datos,
- los costes que en el actual escenario de restricciones presupuestarias suponen estas acciones, y
- la resistencia al cambio sobre la base de un mayor control de la toma de decisiones de los profesionales.

Considerando la importancia de los aplicativos basados en las nuevas tecnologías de la información para aproximar las funciones y responsabilidades del farmacéutico a su viabilidad en la actividad farmacéutica habitual, es fundamental colaborar en el diseño funcional de los desarrollos evolutivos de estos sistemas con los médicos, de forma participativa y consensuada.

Con objeto de asegurar la máxima seguridad en el uso de los medicamentos en los próximos 10 años, y aunque existen ciertas barreras en la integración de sistemas electrónicos de información que deberán superarse, será necesaria la generalización de una historia clínica electrónica integrada o compartida, así como la implantación exhaustiva y efectiva de sistemas electrónicos integrados de prescripción, dispensación, y administración de medicamentos que incluyan alertas y algoritmos de validación asistida.

2.10.6. Bloque VI. Formación, investigación y docencia

Los expertos consideran que se desarrollarán en la próxima década:

- la integración de los profesionales de SFH en redes de investigaciones nacionales e internacionales,
- el desarrollo de proyectos de investigación evaluativa de programas de riesgo compartido con la industria farmacéutica, y
- los cursos de postgrado dirigidos a farmacéuticos para la adquisición de habilidades de gestión y dirección de equipos, incluidas las alternativas no presenciales (e-learning).

La oferta de formación postgrado centrada en la integración y coordinación de niveles asistenciales, así como de formación pregrado dirigida a incrementar las habilidades relacionales y de comunicación interpersonal, deberá aumentarse para asegurar el trabajo en equipo y la atención continuada al paciente.

La oferta de formación postgrado centrada en la integración y coordinación de niveles asistenciales, así como de formación pregrado dirigida a incrementar las habilidades relacionales y de comunicación interpersonal, deberá aumentarse para asegurar el trabajo en equipo y la atención continuada al paciente.

Sin que ello suponga un aumento de las facultades de farmacia ya existentes, los recursos destinados a realizar estudios de formación de postgrado aumentarán durante la próxima década, tanto de temáticas ya existentes como de nueva creación; por ejemplo, en habilidades relacionales y de comunicación interpersonal, y en la atención de pacientes crónicos y polimedicados.



3. JUSTIFICACIÓN

Al igual que el SNS, la Farmacia Hospitalaria (FH) está sometida a un proceso de actualización y evolución continuas que garantiza la calidad y la excelencia en sus prestaciones y servicios. Este contexto justifica que de forma periódica se requieran revisiones y acuerdos formales que orienten sobre la naturaleza y prioridades de los cambios y adaptaciones a la realidad cambiante del entorno asistencial. Más aún cuando la evolución del conocimiento científico y de las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas exige acomodarse a los imperativos de la sostenibilidad financiera.

Todo proceso evolutivo y de cambio crea incertidumbres, provoca debates y hace aflorar múltiples posibilidades y teorías, a veces, difíciles de cohesionar. Es evidente que la evolución de los actuales modelos de colaboración con el médico y de atención al paciente en el ámbito hospitalario no escapa a este debate. Los criterios que deben enmarcar la toma de decisiones gestoras deben apoyarse en argumentos éticos, médicos y científicos que permitan establecer un adecuado orden de prioridades; pero además, las condiciones de financiación cada vez más restrictivas obligan a proponer medidas de optimización de los recursos disponibles.

Los procesos participativos de acuerdo formal, como es la metodología DELPHI, empleada en este caso, permiten establecer principios de funcionamiento equilibrados que sirvan de referencia para la toma de decisiones de los profesionales de la salud a partir de la reflexión responsable y experta. La característica estructurada y participativa del método también convierte en protagonista a los propios agentes sanitarios y administradores públicos, enfrentándolos al reconocimiento de sus propios problemas y al desarrollo de las potenciales soluciones, facilitando la aceptación e implementación de los acuerdos y compromisos que puedan alcanzarse. Es, por tanto, un objetivo del estudio perfilar un escenario posible configurado mediante un análisis de las oportunidades y amenazas visualizadas y una reflexión libre de posicionamientos ideológicos y políticos de cómo afrontar los retos de futuro de las farmacias hospitalarias.

Esta iniciativa de la Fundación AstraZeneca se dirige a todos aquellos colectivos de profesionales involucrados en el modelo actual de funcionamiento de la farmacia hospitalaria y les propone su participación en un análisis prospectivo sobre su futuro modelo funcional y organizativo.



4. METODOLOGÍA

4.1. Objetivos

El estudio se diseñó para ofrecer un conocimiento anticipado de cómo se espera que evolucione la farmacia hospitalaria en España durante la próxima década.

4.1.1. Objetivo principal

Proporcionar a profesionales del ámbito asistencial y de la Administración Sanitaria del Sistema Nacional de Salud información relativa a las expectativas futuras y posibles pronósticos sobre la organización y funciones de la farmacia hospitalaria en España.

4.1.2. Objetivos secundarios

- Conocer el grado de consenso de los líderes de la profesión y otros agentes relevantes respecto a los diferentes planos que conforman el futuro de la profesión.
- Contrastar las percepciones y deseos de los diferentes colectivos consultados.
- Identificar el grado de similitud existente entre los pronósticos y los deseos de dicho futuro entre los distintos colectivos.
- Impulsar corrientes de opinión y promover reflexión y desarrollo de políticas que acerquen el futuro de la profesión a las expectativas deseadas por los expertos.

4.2. Participantes

4.2.1. Grupo Director

Compuesto por:

- **Alfonso Rodríguez Álvarez.** Director de Relaciones Institucionales. AstraZeneca.
- **Dr. Joaquín Giráldez.** Presidente de la Comisión Nacional de Farmacia Hospitalaria.

- **Dr. José Luis Poveda.** Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).
- **Dra. Nieves Martín Sobrino.** Directora Técnica de Farmacia en Junta de Castilla y León

Sus funciones fueron:

- » Conducir y supervisar el conjunto del proceso.
- » Constituir un grupo asesor.
- » Diseñar un plan de comunicación.
- » Proponer a candidatos expertos participar en la consulta.

4.2.2. Grupo Asesor

Compuesto por expertos de las especialidades siguientes:

Farmacia Hospitalaria:

- **Dra. Olga Delgado.** Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Son Espases.
- **Dr. Miguel Ángel Calleja.** Jefe Servicio Farmacia. UGC intercentros interniveles de Farmacia de Granada. HU Virgen de las Nieves.
- **Dr. José Miguel Brea.** Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital de Álvarez-Buylla de Mieres.
- **Dr. Andrés Navarro.** Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario de Elche.

Gestor Sanitario:

- **Dr. Joan Serra Devecchi.** Directivo del Servei de Salut de les Illes Balears (Ib-Salut).

Gestor Comunidad Autónoma:

- **Dra. Paloma Acevedo.** Responsable de la Prestación

Farmacéutica de la Delegación de Salud de Bizkaia.
Ex-Directora de Farmacia del Departamento de Salud
del Gobierno Vasco.

Médico Clínico:

- **Dr. Juan Jesús Cruz.** Presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

La función genérica del grupo asesor fue asegurar la calidad científica del estudio mediante:

- » Su participación en la decisión de las cuestiones metodológicas del proyecto.
- » Su colaboración en la elaboración y validación del cuestionario.
- » La propuesta de expertos participantes en la consulta.
- » Su asesoramiento en el análisis e interpretación de los resultados.

4.2.3. Panel de expertos

La constitución del panel de expertos se planificó de forma multidisciplinar, asegurándose el cumplimiento de unos mínimos **criterios** que garantizarán la solvencia de cada miembro seleccionado. Su cometido consistió en responder a los cuestionarios de la consulta. Estuvo formado por los siguientes grupos como principales colectivos interactuantes con el SFH:

1. Farmacéuticos hospitalarios.
2. Farmacéuticos hospitalarios con experiencia en Atención Primaria (AP).
3. Gestores hospitalarios.
4. Funcionarios y representantes de la administración central y autonómica (ministerio, agencias estatales y servicios de las CC. AA.).
5. Personal asistencial (médicos clínicos) cuyo perfil se adecue a la temática del estudio (atención domiciliaria, oncología, determinados jefes de servicio, geriatría, medicina interna).
6. Industria farmacéutica establecida en el ámbito hospitalario.
7. Representantes de pacientes interactuantes con el SFH.

4.3. Diseño del estudio

4.3.1. Tipo de estudio

La investigación se ha llevado a cabo mediante un proceso de obtención de consenso utilizando la metodología Delphi a dos rondas con la elaboración de un índice temático desarrollado a partir de la discusión estructurada del grupo asesor.

El método Delphi tiene como objetivo facilitar el acuerdo entre expertos, habitualmente con finalidades prospectivas, y permite acotar cuestiones relevantes como objeto de análisis más específico. La validez de las predicciones de un estudio de estas características no se basa en la representatividad estadística de ninguna muestra, sino en la selección de expertos cuya experiencia y percepciones sean relevantes, en el acierto en la definición de las áreas objeto de la consulta y en la calidad de los cuestionarios.

El método Delphi presta atención a las cuestiones de pronóstico —estimación de la probabilidad subjetiva de que algo ocurra y, asimismo, a las cuestiones de aceptabilidad o rechazo de las alternativas, tendencias, acciones, etc.—, obteniéndose, por tanto, un conocimiento intersubjetivo y prospectivo sobre la temática objeto de la investigación, analizando deseos y preferencias de segmentos o grupos de agentes expertos en cada ámbito temático, promoviendo un proceso de debate estructurado, e impulsando corrientes de opinión entre los participantes orientadas a influir finalmente en los gestores.

No existen reglas fijas para determinar el número óptimo de rondas ni las dimensiones ideales de un panel de expertos. Sin embargo, es razonable aceptar que el número de rondas idóneo está en relación con el propósito de la investigación. Así, cuando el propósito de la investigación es suscitar consenso, es aconsejable realizar tantas rondas como sea necesario hasta que se produzca el acuerdo o, si no se alcanza esta situación, hasta que se observe una estabilidad estadística de las respuestas en las dos últimas rondas.

El proceso de consulta se ha realizado a partir de la respuesta de los expertos a una sucesión de dos cuestionarios estructurados. La primera ronda constó de 6 bloques generales del ámbito de la FH. Al concluir la primera ronda, los resultados fueron analizados y devueltos para una segunda vuelta a cada consultado a fin de que, con

la visualización de la ubicación individual en relación con la posición global del colectivo o panel de pertenencia, reconsidera sus predicciones con el propósito de ampliar en lo posible el grado de acuerdo en cada cuestión consultada; o si ello no se producía, consolidar las posiciones discrepantes. Los procesos metodológicos realizados, que se detallan posteriormente, han sido supervisados por el Grupo Asesor del estudio.

4.3.2. Perspectiva temporal

El escenario de consulta se propuso sobre la base de la situación actual para una perspectiva temporal de 10 años.

4.3.3. Índice temático

Los pilares fundamentales sobre los cuales se ha estructurado la investigación han sido las relaciones del SFH con su entorno y su integración dentro del SNS, intentando dar especial énfasis a aquellos aspectos de la FH que actualmente presentan mayor interés por abrir espacios de oportunidad e incertidumbre para la especialidad.

A partir de las líneas estratégicas recomendadas por el Grupo Director se elaboró el índice temático de la consulta, en el cual, los diferentes temas de interés se vinculan a las distintas etapas del proceso de atención y gestión farmacéuticos:

- I. Entorno de los servicios de Farmacia Hospitalaria.
- II. Gestión de los servicios de Farmacia Hospitalaria.
- III. Atención Farmacéutica.
- IV. Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia.
- V. Seguridad y nuevas tecnologías de la información.
- VI. Formación, investigación y docencia.

La acotación de las áreas de interés del estudio y los criterios para la formulación de las cuestiones se definieron mediante los sucesivos acondicionamientos de los contenidos entre los integrantes de la Dirección Técnica y el Grupo Asesor del estudio.

Tal como muestra la tabla 1, los diferentes grupos que conforman el panel de expertos respondieron únicamente a aquellas cuestiones sobre las que tenían competencia.

Tabla 1. Target de panelistas a los que se dirigen los bloques de preguntas

Target	Bloque I	Bloque II	Bloque III	Bloque IV	Bloque V	Bloque VI
Farmacéuticos hospitalarios	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Farmacéuticos hospitalarios con experiencia en Atención Primaria	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Gestores hospitalarios	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ
Administración central y autonómica	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Personal asistencial (médicos)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Industria farmacéutica	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Representantes de pacientes	NO	NO	SÍ	NO	SÍ	NO

4.4. Expertos participantes

El Grupo asesor, estableció las prioridades que deberían regir la composición del panel de expertos, para responder a las aspiraciones del consenso.

4.4.1. Criterios de selección

Se consideró fundamental priorizar el colectivo farmacéutico y, de forma especial, asegurar el liderazgo de participación de los farmacéuticos hospitalarios. Con el objetivo de elaborar un consenso inclusivo de los distintos perfiles de la especialidad, se determinó incluir, un grupo suficiente de farmacéuticos hospitalarios con experiencia previa en AP.

También se consideró la inclusión de representantes que aportaran la opinión experta de otros colectivos fundamentales en la interrelación profesional, como gestores hospitalarios, directivos de las administraciones sanitarias y médicos. La experiencia de cada consultado se constató por la aceptación formal de los criterios de selección. Los criterios se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Criterios de participación

1. Farmacéuticos Hospitalarios
1.1. Experiencia mínima de 5 años de ejercicio en el ámbito temático de la consulta.
1.2. Preferiblemente que sea o haya sido jefe de servicio o líder de opinión.
2. Farmacéuticos Hospitalarios con experiencia en Atención Primaria
2.1. Experiencia mínima de 5 años de ejercicio en el ámbito temático de la consulta.
2.2. Preferiblemente que sea o haya sido jefe de servicio o líder de opinión.
2.3. Que haya trabajado durante al menos 5 años en el ámbito de la Atención Primaria.
3. Gestores Hospitalarios
3.1. Experiencia mínima de 5 años de ejercicio en el ámbito temático de la consulta.
3.2. Que sea gestor hospitalario.

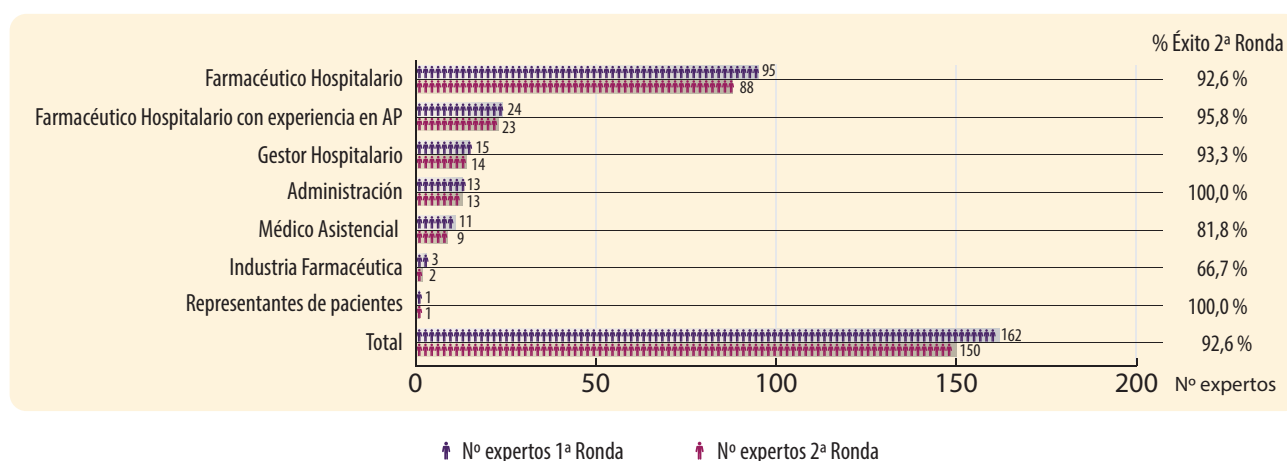
4. Funcionariado y representantes de la administración central y autonómica
4.1. Experiencia mínima de 5 años de ejercicio en el ámbito temático de la consulta.
4.2. Que tengan como mínimo una posición equiparable a jefe de servicio.
5. Personal asistencial
5.1. Experiencia mínima de 5 años de ejercicio en el ámbito temático de la consulta.
6. Industria farmacéutica
6.1. Industria con perfil innovador e interacción con el ámbito hospitalario.
7. Representantes de pacientes que interactúan con el servicio de F
7.1. Líderes de foros de pacientes que por su patología están en contacto con el SFH.

Antes de iniciar el estudio se obtuvo el consentimiento de cada experto para participar en la investigación, para la que no percibieron ninguna otra contraprestación adicional más que la mención de su nombre en las publicaciones que deriven del estudio.

4.4.2. Composición de los paneles

Inicialmente, se estimó la participación de 200 expertos con la distribución de perfiles que muestra la figura 1. Para ello, se invitó a 329 expertos, de los cuales, casi la mitad aceptó participar en primera ronda (n=162). En la segunda ronda, la participación fue de 150 expertos; esto es, el 92,6 % de los expertos que iniciaron la investigación.

Figura 1. Porcentajes de participación



4.4.3. Perfil de los expertos

En las figuras que se muestran a continuación se describe el perfil de los 150 expertos que concluyeron el estudio, atendiendo a su especialidad, género y comunidad autónoma de ejercicio.

De los expertos que participaron en ambas rondas, el perfil FH fue el mayoritario (58,7%), seguido del FH-AP (15,3%). El resto de grupos contaron con una representación menor, debiéndose destacar la simbólica participación de la industria farmacéutica y de representantes de pacientes que contaron únicamente con 2 y 1 expertos respectivamente.

Atendiendo a estas distribuciones, a la hora de interpretar los resultados debe considerarse el peso de cada perfil y la representatividad que este grupo puede tener respecto al total de profesionales que ejercen en España, considerando con especial prudencia aquellos perfiles que contaron con menor número de expertos.

Figura 2. Perfil profesional de los participantes

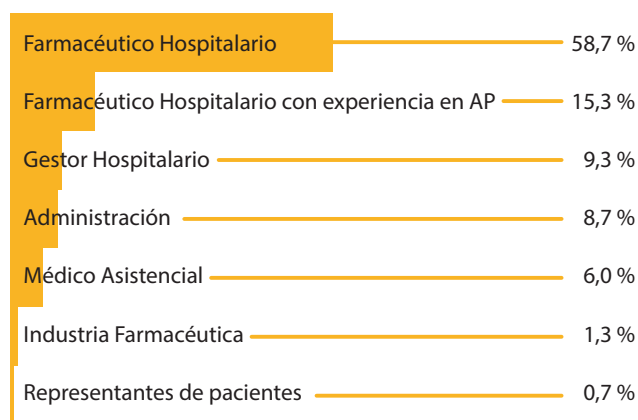


Figura 3. Género de los participantes

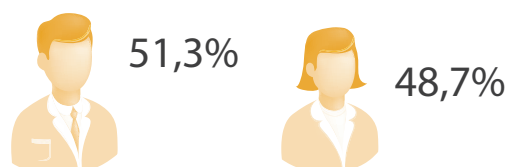
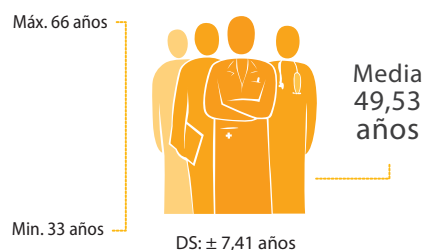


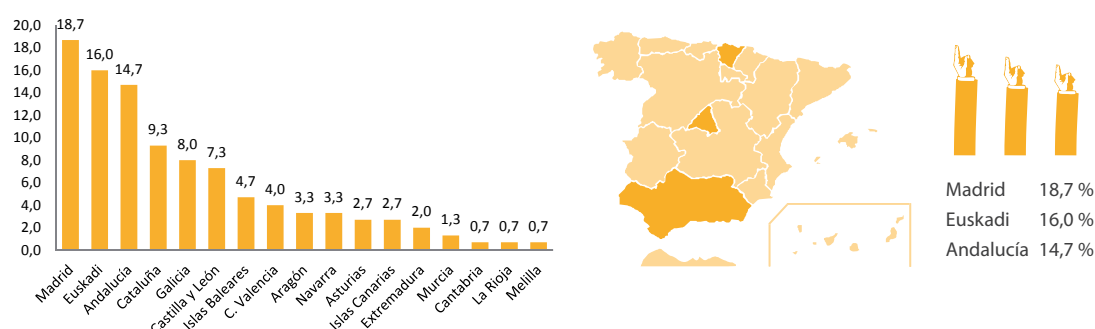
Figura 4. Edad de los participantes



Según se observa en el gráfico anterior, la equidad de género entre los panelistas que concluyeron el estudio quedó asegurada: 51,3% de hombres y 48,7% de mujeres.

La edad media de los panelistas que participaron en la consulta resultó de $49,53 \pm 7,41$ años, con la mínima situada en los 33 años y la máxima en los 66.

Figura 5. Distribución porcentual de los participantes por Comunidad Autónoma



La figura anterior muestra que todas las CC. AA. están representadas, siendo las que aportaron más participantes Madrid (18,7%), Euskadi (16,0%) y Andalucía (14,7%).

4.5. Desarrollo del estudio

El estudio se formalizó a partir de la validación de un protocolo elaborado por el equipo técnico en colaboración con el Grupo Director, cuyas aportaciones fueron claves para determinar el enfoque del estudio, y posteriormente validado por el Grupo Asesor.

4.5.1. Esquema del estudio y características específicas de la consulta

Figura 6. Esquema de la investigación



Herramientas

Para el desarrollo de esta investigación se diseñó un cuestionario web específico surgido de la definición temática dada por el Comité de Dirección y elaborada en sucesivas reuniones de gabinete por el Grupo Asesor. La estructura del cuestionario siguió los módulos acordados, con un total de 82 preguntas distribuidas en 6 bloques temáticos. Los expertos accedieron a dicho cuestionario a través de una página web de acceso restringido (www.fhdelphi.com) que permitió:

- » Informar acerca de la metodología de la investigación.
- » Responder a los cuestionarios.
- » Consultar los resultados publicados de la primera ronda del estudio.
- » Comunicarse con el equipo técnico y resolver eventuales dudas.

Monitorización del trabajo de campo

Todos los investigadores dispusieron durante todo el trabajo de campo de un call center especializado para resolver eventuales dudas y/o incidencias técnicas. Asimismo, la investigación se benefició de un servicio de monitorización activo (telefónico y vía e-mail) concebido para facilitar una máxima cumplimentación de los cuestionarios en los plazos previstos. Además, durante los trabajos de campo y de forma semanal, se generaron cuadros de mando de seguimiento con información relativa al progreso de la investigación.

2ª ronda

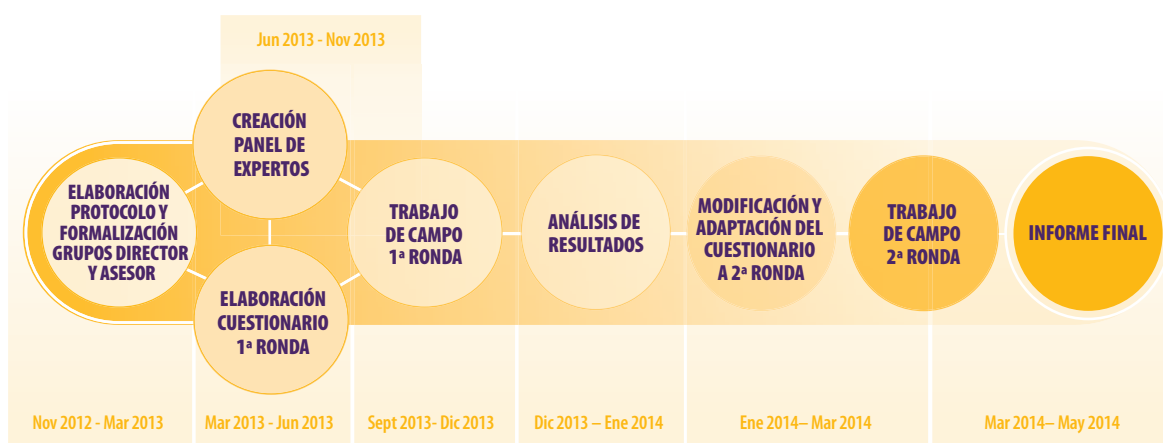
En la segunda ronda cada experto consultado ha tenido la oportunidad de reconsiderar sus respuestas a la vista de su contestación inicial y de la posición global del conjunto del panel. Los resultados de la primera ronda fueron analizados y sintetizados por el Grupo Asesor y el Equipo Técnico del estudio. Tras excluir del cuestionario los ítems consensuados en 1ª ronda, en la segunda ronda los expertos contaron con sus propias respuestas y las respuestas del conjunto del colectivo en la primera ronda, pidiéndoles que ratificaran o modificaran sus opiniones.

Anonimato de la consulta

A diferencia de otras técnicas de sondeo de opinión, la identidad de los miembros del panel de expertos consultados se mantuvo en secreto por el equipo responsable de la investigación hasta la finalización del estudio.

4.5.2. Duración del estudio

Figura 7. Duración del estudio



Tal como refleja la figura 7, el estudio se llevó a cabo entre noviembre de 2012 y mayo de 2014. En los primeros meses (noviembre 2012 - marzo 2013) se precisaron los objetivos del proyecto, se constituyeron los grupos directores y asesores y se definió el proceso de la investigación. Asimismo, se procedió a la elaboración del cuestionario, al diseño del panel de expertos, y a la elaboración de los procedimientos de gestión de la primera ronda del trabajo de campo.

Desde setiembre de 2013 hasta diciembre del mismo año se realizó el trabajo de campo de la 1ª ronda, que consistió en el envío de cuestionarios, cumplimentación y seguimiento de los datos recibidos, además del análisis de los datos de la primera fase. A continuación, una vez valorados los resultados obtenidos en la 1ª ronda y modificado y adaptado el cuestionario, entre los meses de diciembre de 2013 y enero de 2014 se llevó a cabo la segunda ronda de la investigación.

4.6. Criterios de consenso

A efectos de interpretación y representación gráfica de los resultados, las respuestas a cada cuestión se han agrupado de acuerdo con los siguientes criterios definidos *a priori*:

 Unanimidad=100%	» Unanimidad. Cuando todo el panel de expertos (100%) coincide en la misma predicción.
 Consenso $\geq 90\%$ y $< 100\%$	» Consenso. Cuando al menos el 90% del panel de expertos realiza la misma predicción sin alcanzar la unanimidad.
 Mayoría $\geq 66\%$ y $< 90\%$	» Mayoría. Cuando la misma predicción es realizada por una amplia mayoría de los miembros del panel de expertos; esto es, entre el 66% y el 90%.
 Discrepancia $< 66\%$	» Discrepancia. Se considera para el resto de situaciones posibles; es decir, cuando un mismo pronóstico no es compartido, al menos, por el 66% de expertos.

4.7. Limitaciones

Atendiendo a las características metodológicas propias de los estudios Delphi, conviene considerar dos limitaciones:

- La natural tendencia a confundir los pronósticos (OCURRIRÁ) con deseo de ocurrencia (DESEO) que puede afectar de un modo desigual a cada experto.
- El hecho de haber centrado la 1ª parte del cuestionario en las organizaciones GAI podría haber inducido a error en ciertas respuestas de los bloques siguientes, ya que no se aclaró si las predicciones debían referirse en un escenario organizado mediante GAI o no.

4.8. Guía para la lectura de los resultados

Con el fin de facilitar una lectura ágil de este informe, los resultados se han agrupado en apartados temáticos o capítulos similares a los que se articuló el cuestionario. Cada capítulo se ha encabezado con un comentario de contexto que enmarca la interpretación de las preguntas planteadas al panel de expertos. Seguidamente se detalla la estadística descriptiva de los resultados agrupados según haya alcanzado "Unanimidad", "Consenso", "Mayoría" o "Discrepancia", dónde se muestra el porcentaje de acuerdo conseguido y la respuesta mayoritaria.

Cada uno de los bloques temáticos, se comenta primeramente según el análisis agregado de los diferentes perfiles profesionales que participaron en el estudio (FH, FH-AP, GES, AD, ASIS, IF, PAC) para, a continuación, resaltar las diferencias más destacables según estos perfiles.

En todas las tablas los ítems se muestran ordenados de mayor a menor nivel de acuerdo, no siguiendo de esta forma el orden secuencial del cuestionario.



5. RESULTADOS

En este apartado se aborda exclusivamente una descriptiva de los resultados tanto agregados, como por subgrupos de perfiles profesionales. Las tablas se comentan únicamente considerando los aspectos más relevantes sin profundizar en razones y juicios de valor sobre los mismos.

Con respecto a los resultados que se derivan del análisis de subgrupos profesionales, únicamente se han extraído aquellos que de alguna manera se han diferenciado de la tendencia expresada por el análisis agregado o aquellos que han supuesto una especial atención de los expertos.

5.1. Descriptiva general

Las hipótesis y pronósticos realizados a través de cuestiones específicas se diseñaron utilizando diversas formulaciones siempre referidas a la proyección del escenario actual a un futuro a 10 años.

Tal como es propio de este tipo de estudios, para acotar las posibilidades de respuestas todas las cuestiones planteadas se formularon de forma cerrada, contando con un espacio final para recoger comentarios. Esto, en ocasiones, ha podido excluir la posibilidad de matices o reflexiones de interés por parte de los participantes. Es por ello que entre los resultados se van comentado las reflexiones realizadas por los miembros del panel a modo de apoyo para la interpretación de los resultados.

La tabla siguiente muestra la distribución de las respuestas de los expertos según el nivel de acuerdo obtenido. Se hace constar el nº de ítems para cada apartado y la distribución de la “n” de expertos participantes para cada subgrupo profesional, a partir de la cual se estiman los porcentajes.

En la última fila de la tabla se presentan los sumatorios totales para cada una de las columnas correspondientes a la calidad de cada tipo de porcentaje y su correspondiente “n” total por subgrupos.

5.1.1. Grado de acuerdo alcanzado en la 1ª ronda

Tal como muestra la tabla 3, en la 1ª ronda únicamente se alcanzó **unanimidad** (100%) en 1 ítem y consenso (>90%) en otros 29.

En lo que se refiere a la columna de los **consensos alcanzados**, destaca el bajo grado de acuerdo conseguido en el bloque de “seguridad y nuevas tecnologías de la información”, en que únicamente el 7,7% de los ítems alcanzaron un nivel de consenso.

También es destacable el porcentaje de **discrepancias** obtenidas en el bloque I (30,4%) dedicado al entorno de los SFH; es este un tema estratégico e incluso estructural del actual sistema organizativo, lo que permite presumir interesantes aspectos de discusión a abordar. No obstante, los niveles de discrepancias son aún mayores en el bloque IV (44,4%) correspondiente a “la asistencia sanitaria basada en la evidencia” y en el bloque V (53,8%) “seguridad y nuevas tecnologías de la información”. En ellos se abordan temas científicos y técnicos, sobre los que la innovación y el ritmo de cambio, permiten explicar cierta disparidad de percepciones al respecto.

Tabla 3. Grado de acuerdo en 1ª ronda

Bloque de preguntas	Nº ítems	Unanimidad 100%		Consenso ≥90%		Mayoría >66% y <90%		Discrepancia (Resto de situaciones)	
		n	%	n	%	N	%	n	%
Bloque I: Entorno de los SFH	23	1	4,3%	4	17,4%	11	47,8%	7	30,4%
Bloque II: Gestión de los SFH	16	0	0,0%	5	31,3%	10	62,5%	1	6,3%
Bloque III: Atención farmacéutica	20	0	0,0%	8	40,0%	10	50,0%	2	10,0%
Bloque IV: Asistencia sanitaria basada en la evidencia	9	0	0,0%	3	33,3%	2	22,2%	4	44,4%
Bloque V: Seguridad y nuevas tecnologías de la información	13	0	0,0%	1	7,7%	5	38,5%	7	53,8%
Bloque VI: Formación, investigación y docencia	17	0	0,0%	8	47,1%	6	35,3%	3	17,6%
Total	98	1	1,0%	29	29,6%	44	44,9%	24	24,5%

5.1.2. Grado de acuerdo alcanzado en la 2ª Ronda

En el cuestionario de la 2ª ronda, únicamente se consultaron aquellos ítems no consensuados en 1ª ronda. Además, a la vista de las tendencias observadas y comentarios de los expertos, se reformularon algunas preguntas para lograr una máxima comprensión y se reconsideraron algunas cuestiones con el objetivo de suscitar mayores niveles de acuerdo.

Así, el diseño definitivo del cuestionario incluyó un total de 98 ítems de los cuales uno correspondía a un nuevo ítem que sustituyó a otro original de la 1ª ronda, en el que el Grupo Asesor estimó confusión en la

formulación de la pregunta, por lo que la sustitución tuvo como objetivo mejorar la comprensibilidad de las cuestiones formuladas originalmente.

Tal como muestra la tabla 4, el incremento del nivel de acuerdo alcanzado en la 2ª ronda responde a la bondad del método utilizado, que enfrenta la reflexión individual al conocimiento explícito de la opinión de la mayoría. En efecto, tras la 2ª ronda se alcanzó consenso para un total de 57 cuestiones (unanimidad = 1 y consenso = 56) y se obtuvo acuerdo mayoritario en 27 ítems más, quedando reducidas las cuestiones discrepantes sólo a 14. El bloque II. “Gestión de los servicios de farmacia hospitalaria (SFH)”, obtuvo el mayor grado de consenso: 12 de los 16 ítems. En sentido contrario, es también destacable la consistencia de las 7 discrepancias observadas tras la 2ª consulta en el bloque V, “Seguridad y las nuevas tecnologías de la información”, sobre 13 ítems; y en 4 de los 9 ítems del bloque IV, “Asistencia sanitaria basada en la evidencia”.

Tabla 4. Grado de acuerdo en 2ª Ronda

Bloque de preguntas	Nº ítems	Unanimidad 100%		Consenso ≥90%		Mayoría >66% y <90%		Discrepancia (Resto de situaciones)	
		n	%	n	%	N	%	n	%
Bloque I: Entorno de los SFH	23	1	4,3%	10	43,5%	10	43,5%	2	8,7%
Bloque II: Gestión de los SFH	16	0	0,0%	12	75,0%	3	18,8%	1	6,3%
Bloque III: Atención farmacéutica	20	0	0,0%	13	65,0%	6	30,0%	1	5,0%
Bloque IV: Asistencia sanitaria basada en la evidencia	9	0	0,0%	5	55,6%	0	0,0%	4	44,4%
Bloque V: Seguridad y nuevas tecnologías de la información	13	0	0,0%	5	38,5%	4	30,8%	4	30,8%
Bloque VI: Formación, investigación y docencia	17	0	0,0%	11	64,7%	4	23,5%	2	11,8%
Total	98	1	1,0%	56	57,1%	27	27,6%	14	14,3%

Figura 8. Niveles de acuerdo obtenidos al finalizar el estudio según bloque del cuestionario

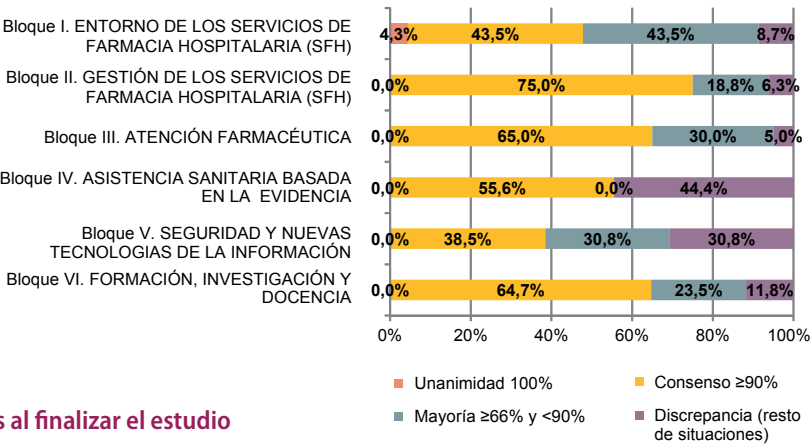
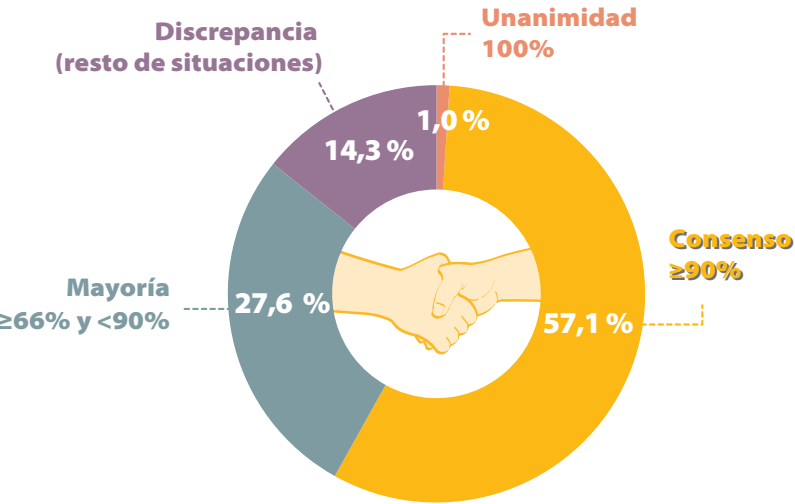


Figura 9. Niveles de acuerdo obtenidos al finalizar el estudio



En resumen, a lo largo de las dos rondas de la consulta se consensaron el 58,1% de los ítems (unanimidad o consenso), mientras que un 27,6% de las cuestiones planteadas merecieron acuerdos mayoritarios (entre el 66 - 90% de los expertos).

5.2. Bloque I. Entorno de los servicios de farmacia hospitalaria

La farmacia es una de las seis áreas de colaboración establecidas por la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud con el objetivo de garantizar la equidad, calidad y participación social. En este contexto, la primera sección del cuestionario trata de pronósticos relativos a **cambios en los modelos organizativos** que previsiblemente se producirán durante los próximos 10 años, tanto en los centros hospitalarios como en la asistencia extrahospitalaria y el sistema sanitario en general, y de su **previsible impacto en los Servicios de Farmacia de Hospital (SFH)**¹⁻⁴.

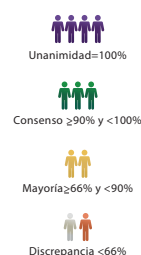
En el marco de las GAI se está desarrollando un modelo de servicio farmacéutico (SF) que recoge las funciones que llevan a cabo los farmacéuticos de hospital y los farmacéuticos de AP. Su objetivo persigue mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios que prestan en relación al uso de productos farmacéuticos y de la atención a los pacientes del área sanitaria correspondiente, mejorando la coordinación e información entre los distintos niveles asistenciales y la colaboración interdisciplinar con otros colectivos hospitalarios. El nivel de implantación de estas gerencias integradas varía entre las distintas CC. AA., aspecto este que justifica alcanzar acuerdos que permitan en el futuro una mayor homogeneidad en la toma de decisiones y en cómo deben desarrollarse estas organizaciones.

5.2.1. Pronósticos sobre el entorno de los SFH en los próximos 10 años

La siguiente tabla presenta aspectos genéricos y de contexto de la potencial implantación en el SNS de un modelo de atención farmacéutica especializada integrada por área sanitaria que incluiría en un mismo SFH la atención primaria y a la atención especializada.

Tabla 5. Impacto de las GAI sobre los futuros Servicios de Farmacia Hospitalaria

Se solicitó a los expertos que expresaran su adhesión (Sí) o rechazo (No) en relación a los siguientes pronósticos referidos al entorno de los SFH en un horizonte de 10 años , distinguiendo entre sus propios deseos – casillas “Deseo”- y lo que parece que realmente ocurrirá –casillas “Ocurrirá”-. (Deseo: Sí/No, Ocurrirá: Sí/No).		
Unanimidad 		
	Deseo	Ocurrirá
4. Las GAI permitirán mejorar la eficiencia en el uso de medicamentos de los pacientes crónicos.	Sí (100%)	Sí (94,0%)
Consenso 		
	Deseo	Ocurrirá
3. Las GAI permitirán mejorar la eficiencia en el uso de medicamentos.	Sí (99,4%)	Sí (94,0%)
2. Las GAI posibilitarán el establecimiento de acuerdos profesionales con las oficinas de farmacia de cada área más allá de la dispensación de medicamentos.	Sí (90,6%)	No (75,8%)
5. En las GAI, los Servicios de Farmacia liderarán los programas de mejora de la calidad de la prescripción y detección de errores vinculados a la prescripción y dispensación de medicamentos.	Sí (90,1%)	Sí (91,3%)
1. Las GAI propiciarán la creación de nuevos servicios de farmacia que integrarán a todos los profesionales de farmacia que desarrollen su actividad en cualquiera de los centros públicos adscritos y a sus correspondientes funciones.	Sí (89,3%)	Sí (92,6%)



Los expertos fueron unánimes al desear y predecir que **las GAI permitirán mejorar la eficiencia en el uso de medicamentos de los pacientes crónicos**.

Es una predicción consensuada por los expertos que **las futuras GAI supondrán una iniciativa integradora de todos los profesionales de farmacia que desarrollen su actividad en cualquiera de los centros públicos del SNS.**

También hubo consenso en cuanto a las percepciones de deseo y ocurrencia respecto a que los futuros Servicios de Farmacia **liderarán los programas de mejora de la calidad de la prescripción y dispensación de medicamentos especialmente en sus capacidades de control y trazabilidad, lo que minimizará la incidencia de errores.**

Aunque se consiguió un acuerdo amplio (90,6%) respecto al **deseo de que las GAI posibiliten el establecimiento de acuerdos profesionales con las oficinas de farmacia de cada área más allá de la dispensación de medicamentos**, el 75,8% de los consultados opinó que esto no se llegará a formalizar en la práctica habitual.

En las siguientes tablas, se aborda una primera aproximación sobre legislación regulatoria del acceso al mercado de nuevos medicamentos y acuerdos de riesgo compartido entre el SNS y la industria farmacéutica, que de forma más específica serán consultados posteriormente.

Tabla 6. Legislación regulatoria del acceso al mercado

Se solicitó a los expertos que expresaran su adhesión (Sí) o rechazo (No) en relación a los siguientes pronósticos referidos al **entorno de los SFH en un horizonte de 10 años**, distinguiendo entre sus propios deseos – casillas “Deseo”- y lo que parece que realmente ocurrirá –casillas “Ocurrirá”-. (Deseo: Sí/No, Ocurrirá: Sí/No).

Consenso		
	Deseo	Ocurrirá
6. La legislación que regula el acceso al mercado de nuevos fármacos será más exigente en cuanto a valor clínico añadido y relación coste – efectividad.	Sí (98,8%)	Sí (71,8%)

Los expertos expresan ciertas diferencias respecto a la percepción de cómo desean y cómo creen que evolucionará la legislación vigente en el acceso al mercado de nuevos fármacos. Mientras que es prácticamente unánime (98,8%) el **deseo de que la legislación futura alcance una mayor exigencia en cuanto a valor clínico añadido y la relación de coste–efectividad**, no se mantienen estas mayorías cuando se consulta si creen que será así (71,8%) en la proyección temporal de una década.

Tabla 7. Protocolos de riesgo compartido entre la industria farmacéutica y la administración

Se solicitó a los expertos que expresaran su adhesión (Sí) o rechazo (No) en relación a los siguientes pronósticos referidos al **entorno de los SFH en un horizonte de 10 años**, distinguiendo entre sus propios deseos – casillas “Deseo”- y lo que parece que realmente ocurrirá –casillas “Ocurrirá”-. (Deseo: Sí/No, Ocurrirá: Sí/No).

Consenso		
	Deseo	Ocurrirá
7. Se extenderá la realización de los acuerdos protocolizados de riesgo compartido entre las autoridades sanitarias y la industria farmacéutica basados en los beneficios esperados de los nuevos fármacos a corto y a medio plazo.	Sí (93,2%)	Sí (75,8%)

Ante el actual escenario de cambio en las relaciones entre las administraciones sanitarias y la industria farmacéutica, se consultó a los expertos respecto a la posibilidad de que **en un futuro se extienda la realización de acuerdos de riesgo compartido basados en los beneficios esperados de los nuevos fármacos a corto y a medio plazo**. Es consensuada (93,2%) la opinión favorable de los expertos al marco relacional propuesto. Sin embargo, no es tan mayoritaria la percepción (75,8%) en que realmente este escenario se vaya a generalizar.

La tabla siguiente muestra los pronósticos de este bloque desagregados por cada perfil profesional. A efectos de no inducir a confusión, dado el pequeño tamaño de cada grupo, los porcentajes de respuesta se han sustituido por íconos que representan el grado de consenso alcanzado en el seno de cada grupo.

Tabla 8. Valoración del entorno de los SFH según perfil profesional

Unanimidad 	Global	FH	FH_AP	GES	AD	ASIS	IF	
4. Las GAI permitirán mejorar la eficiencia en el uso de medicamentos de los pacientes crónicos.	D	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	O	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
Consenso 								
3. Las GAI permitirán mejorar la eficiencia en el uso de medicamentos.	D	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	---
	O	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
6. La legislación que regula el acceso al mercado de nuevos fármacos será más exigente en cuanto a valor clínico añadido y relación coste – efectividad.	D	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	O	Sí 	Sí 	No 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
7. Se extenderá la realización de los acuerdos protocolizados de riesgo compartido entre las autoridades sanitarias y la industria farmacéutica basados en los beneficios esperados de los nuevos fármacos a corto y a medio plazo.	D	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	No 
	O	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	No 
2. Las GAI posibilitarán el establecimiento de acuerdos profesionales con las oficinas de farmacia de cada área más allá de la dispensación de medicamentos.	D	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	O	No 	No 	No 	No 	No 	No 	No 
5. En las GAI, los Servicios de Farmacia liderarán los programas de mejora de la calidad de la prescripción y detección de errores vinculados a la prescripción y dispensación de medicamentos.	D	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	O	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
1. Las GAI propiciarán la creación de nuevos servicios de farmacia que integrarán a todos los profesionales de farmacia que desarrollen su actividad en cualquiera de los centros públicos adscritos y a sus correspondientes funciones.	D	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	O	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 

 Unanimidad=100%
 Consenso ≥90% y <100%
 Mayoría ≥66% y <90%
 Discrepancia <66%

Se destaca que una parte de los farmacéuticos hospitalarios con experiencia en AP, muestran cierto escepticismo respecto al papel integrador que han de aportar al actual modelo asistencial las futuras GAI, además de tener dudas respecto a su futura implantación.

Y también merecen comentario los pronósticos de la industria farmacéutica contrarios a la realización de acuerdos protocolizados de riesgo compartido en oposición a la opinión predominante en el conjunto del panel de expertos.

5.2.2. Evolución del rol en los profesionales de los SFH en los próximos 10 años

En la tabla 9 se presentan las características propias del rol del farmacéutico en relación a los servicios que son de su responsabilidad, como la calidad y la frecuencia de los análisis de la prescripción intrahospitalaria, su impacto y la responsabilidad de los FH en la validación de los medicamentos. También se aborda su actividad en la prescripción de medicamentos y su responsabilidad en la adquisición y gestión logística de medicamentos y productos sanitarios dentro del hospital. Por tanto, algunos aspectos del rol se tratarán en otros bloques temáticos.

Tabla 9. Evolución del rol de los farmacéuticos hospitalarios

Pronostique **cómo** cree que **evolucionarán durante los próximos 10 años** (↑; =; ↓) ciertos parámetros relacionados con el **rol de los SFH dentro del hospital** del que forman parte y de los servicios de salud en general. (aumentará / quedará igual / disminuirá)

Consenso



11. La calidad de los análisis de la prescripción intrahospitalaria que realizarán los SFH. → **Aumentará (94,6%)**

Mayoría



10. La frecuencia de los análisis de la prescripción intrahospitalaria que realizarán los SFH. → **Aumentará (89,3%)**

9. La responsabilidad de los SFH respecto a la validación de medicamentos. → **Aumentará (87,2%)**

12. El impacto de los análisis de la prescripción intrahospitalaria que realizarán los SFH. → **Aumentará (86,5%)**

8. La actividad del SFH en cuanto a la prescripción de medicamentos. → **Aumentará (73,2%)**

Discrepancia



13. La responsabilidad de los SFH en la adquisición y gestión logística de medicamentos dentro del hospital. → **Disminuirá (58,4%)**

14. La responsabilidad de los SFH en la adquisición y gestión logística de productos sanitarios dentro del hospital. → **Disminuirá (56,4%)**

Para los expertos es evidente que en los próximos años **la calidad en los análisis de prescripción intrahospitalaria mejorará (94,6%)**. Algunas de las causas que sustentan este pronóstico son la **intensificación en la frecuencia con que se realizarán los controles de calidad, una mayor responsabilidad de los FH en la validación de los medicamentos y en la actividad de soporte a la prescripción**. Sin embargo, existen claras discrepancias respecto a la responsabilidad del FH y de los propios SFH, en la adquisición y gestión logística de medicamentos (disminuirá 58,4%) y productos sanitarios (disminuirá 56,4%) dentro del hospital.

Tabla 10. Participación de los SFH en los presupuesto del hospital

Pronostique **cómo** cree que **evolucionarán durante los próximos 10 años** (↑; =; ↓) ciertos parámetros relacionados con el rol de los SFH dentro del hospital del que forman parte y de los servicios de salud en general. (aumentará / quedará igual / disminuirá)

Mayoría



15. La participación de los SFH en la elaboración y seguimiento de los presupuesto del hospital. ➡ **Aumentará (74,5%)**

Tabla 11. Colaboración de los SFH con la Agencia Española del Medicamento

Pronostique **cómo** cree que **evolucionarán durante los próximos 10 años** (↑; =; ↓) ciertos parámetros relacionados con el **rol de los SFH dentro del hospital** del que forman parte y de los servicios de salud en general. (aumentará / quedará igual / disminuirá)

Mayoría



16. La participación de los SFH en la evaluación de medicamentos y en los informes de posicionamiento terapéutico de la Agencia Española del Medicamento. ➔ **Aumentará (78,5%)**

La tabla anterior muestra que es opinión de la mayoría (78,5%) que **los SFH aumentarán sus responsabilidades en tareas de colaboración con la Agencia Española del Medicamento**, como:

- » la evaluación de medicamentos a partir de la experiencia en práctica clínica habitual
- » en los informes de posicionamiento terapéutico de carácter consultivo respecto a las necesidades reales de un determinado perfil terapéutico o la utilidad y/o
- » oportunidad que nuevos medicamentos puedan suponer en el marco del SNS.

Tabla 12. Valoración de la evolución de los SFH dentro del hospital según perfil profesional

Consenso 	Global	FH	FH_AP	GES	AD	ASIS	IF
11. La calidad de los análisis de la prescripción intrahospitalaria que realizarán los SFH.	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 
Mayoría 							
10. La frecuencia de los análisis de la prescripción intrahospitalaria que realizarán los SFH.	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 
9. La responsabilidad de los SFH respecto a la validación de medicamentos.	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 
12. El impacto de los análisis de la prescripción intrahospitalaria que realizarán los SFH.	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 
16. La participación de los SFH en la evaluación de medicamentos y en los informes de posicionamiento terapéutico de la Agencia Española del Medicamento.	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	= 
15. La participación de los SFH en la elaboración y seguimiento de los presupuesto del hospital.	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 
8. La actividad del SFH en cuanto a la prescripción de medicamentos.	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 	↑ 
Discrepancia 							
13. La responsabilidad de los SFH en la adquisición y gestión logística de medicamentos dentro del hospital.	↓ 	↓ 	↓ 	↓ 	↓ 	↑ 	↓ 
14. La responsabilidad de los SFH en la adquisición y gestión logística de productos sanitarios dentro del hospital.	↓ 	↓ 	↓ 	↓ 	↓ 	↓ 	↓ 


Unanimidad=100%


Consenso ≥90% y <100%


Mayoría ≥66% y <90%


Discrepancia <66%

Aunque todos los subgrupos son coincidentes en considerar que aumentará el papel de los SFH respecto al marco de colaboración con la AEMPS, no es menos cierto que la casi unanimidad expresada por los gerentes y la gran mayoría de los farmacéuticos de hospital y personal asistencial contrasta con la débil mayoría mostrada por FH-AP y por los representantes de las propias administraciones sanitarias.

5.3. Bloque II. Gestión de los SFH

En este bloque se abordan aspectos directamente relacionados con la evolución futura de la gestión de los SFH. El escenario se plantea abierto, sin concretar la posibilidad de que aspectos recogidos en los potenciales modelos de GAI estén o no implantados en los respectivos territorios de los expertos consultados. Por tanto, se asume una percepción probablemente sesgada por las experiencias y percepciones locales, con el objetivo de promover un debate hacia un acuerdo de mínimos que aporte homogeneidad de criterios.

5.3.1. Pronósticos sobre la gestión del SFH en los próximos 10 años

Los pronósticos consultados se centraron en aspectos diversos de la gestión aplicada a los SFH. Estos incluían la integración de sistemas automatizados de dispensación de medicamentos (SAD), la gestión integrada de la atención hospitalaria y primaria, así como la importancia futura de los estudios farmacoeconómicos y de calidad de vida en la selección de los medicamentos.

Tabla 13. Pronósticos sobre la gestión del SFH en los próximos 10 años

Expresa su adhesión (Sí) o rechazo (No) en relación a los siguientes pronósticos sobre la **gestión del SFH** referidos a un horizonte de 10 años, distinguiendo entre sus propios deseos – casillas “Deseo”- y lo que le parece que realmente ocurrirá –casillas “Ocurrirá”-. (Deseo: Sí/No, Ocurrirá: Sí/No)

Consenso		
	Deseo	Ocurrirá
20. Todos los SFH dispondrán SAD que aseguren la trazabilidad del medicamento desde su adquisición hasta su administración al paciente. ➔	Sí (98,1%)	No (76,9%)
17. Las GAI participarán en la <u>selección y utilización de los medicamentos</u> del área de salud, tanto dentro del hospital como del ámbito de AP. ➔	Sí (96,6%)	Sí (98,0%)
18. Los <u>estudios farmacoeconómicos</u> tendrán cada vez más importancia en la selección de medicamentos ➔	Sí (95,2%)	Sí (92,5%)
19. Los <u>estudios de calidad de vida</u> tendrán cada vez más importancia en la selección de medicamentos. ➔	Sí (93,0%)	Sí (50,3%)

De forma casi unánime los expertos desean y pronostican que **las futuras GAI participarán en la selección y utilización de los medicamentos del área de salud, tanto dentro del hospital como en el ámbito de AP**, y que los **estudios farmacoeconómicos tendrán cada vez más importancia en la selección de medicamentos**.

La incorporación a los SFH de SAD que aseguren la trazabilidad de los mismos desde su adquisición hasta su administración al paciente está en el deseo de los expertos de forma prácticamente unánime (98,1%), pero resulta desalentador que hasta un 76,9% de los mismos, perciban como difícil que esta propuesta evidente de mejora en SFH se vaya a implantar en los próximos años.

Aunque la incorporación de **los estudios de calidad de vida como una herramienta importante en la selección de medicamentos** suscita un consenso próximo a la unanimidad, la opinión de los expertos se muestra claramente dividida respecto a su probabilidad de ocurrencia.

Tabla 14. Valoración sobre los pronósticos de la gestión del SFH según perfil profesional

Consenso 		Global	FH	FH_AP	GES	AD	ASIS	
20. Todos los SFH dispondrán de <u>sistemas automatizados de dispensación de medicamentos</u> (SAD) que aseguren la trazabilidad del medicamento desde su adquisición hasta su administración al paciente.	D	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	 Unanimidad=100%
	O	No 	No 	No 	No 	No 	Sí 	
17. Las GAI participarán en la <u>selección y utilización de los medicamentos</u> del área de salud, tanto dentro del hospital como del ámbito de atención primaria.	D	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	 Consenso ≥90% y <100%
	O	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	
18. Los <u>estudios farmacoeconómicos</u> tendrán cada vez más importancia en la selección de medicamentos	D	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	 Mayoría ≥66% y <90%
	O	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	
19. Los <u>estudios de calidad de vida</u> tendrán cada vez más importancia en la selección de medicamentos.	D	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	 Discrepancia <66%
	O	Sí 	Sí 	No 	Sí 	Sí 	No 	

El análisis por subgrupos profesionales mantiene tendencias similares a las expresadas en el análisis agregado. No obstante, ante la percepción de “no ocurrencia” en la implantación de SAD que aseguren la trazabilidad del medicamento desde su adquisición hasta su administración al paciente, merece comentario que el único colectivo que alcanzó el consenso fue el de FH-AP.

5.3.2. Acuerdos sobre la gestión del SFH en los próximos 10 años

Las cuestiones consultadas de este apartado hicieron referencia a la introducción de distintos indicadores de rendimiento en los SFH, los criterios de prescripción para medicamentos de alto coste, los criterios de inclusión en guías farmacológicas para el manejo de los nuevos medicamentos de alto coste y el impacto de la incorporación de aplicativos de nuevas tecnologías en el funcionamiento de los SFH.

Tabla 15. Acuerdos sobre la gestión del SFH en los próximos 10 años

Indique (Sí) está o (No) de acuerdo con los pronósticos siguientes sobre la gestión del SFH contemplando un horizonte de 10 años. (SI / NO)	
Consenso	
28. El <u>rendimiento</u> de los SFH deberá evaluarse mediante indicadores que midan la <u>contribución en la mejora de resultados en salud</u> .	➔ Sí (97,3%)
25. El <u>rendimiento</u> de los SFH deberá evaluarse mediante indicadores de gestión que midan la <u>seguridad lograda en el uso de los medicamentos</u> .	➔ Sí (95,9%)
26. El <u>rendimiento</u> de los SFH deberá evaluarse mediante indicadores de gestión que midan la <u>eficiencia de los servicios realizados en términos de coste-beneficio</u> .	➔ Sí (95,9%)
22. Los <u>criterios de prescripción y de inclusión</u> de pacientes para el tratamiento con <u>nuevos medicamentos de alto coste</u> , serán <u>más restrictivos</u> .	➔ Sí (95,5%)
21. Los <u>criterios de inclusión</u> en las guías farmacológicas de los hospitales para los <u>nuevos medicamentos de alto coste</u> serán <u>más restrictivos</u> .	➔ Sí (93,6%)
24. Con objeto de lograr <u>mayores niveles de eficiencia</u> , la gestión de los SFH deberá incorporar <u>sistemas robóticos y/o avanzadas tecnologías de la información</u> .	➔ Sí (92,4%)

Mayoría

23. Con objeto de lograr <u>mayores niveles de eficiencia</u> , la gestión de los SFH deberán incorporar <u>técnicas de gestión empresarial</u> .	➔	Sí (89,1%)
27. El <u>rendimiento</u> de los SFH deberá evaluarse mediante indicadores de gestión que midan la <u>capacidad de gestión del ahorro</u> .	➔	Sí (74,1%)

La utilización en el futuro de indicadores que permitan dimensionar el impacto de la gestión de los SFH es un hecho consensado por los expertos de forma contundente. El análisis del impacto de los SFH en la mejora de la salud, la seguridad en el uso de los medicamentos y la eficiencia de los servicios realizados en términos de coste-beneficio alcanzaron porcentajes de acuerdo entre los expertos entre el 95,9% y el 97,3%. Otros indicadores como los orientados a la capacidad de gestión de ahorro merecieron un acuerdo del 74,1%, aunque este resultado también significa que aproximadamente una cuarta parte de los expertos no consideran relevante estimar este factor.

En cambio, la evolución al alza de la eficiencia de los SFH debida a la incorporación de técnicas de gestión empresarial rozó el consenso (89,1%), que sí se alcanzó al pronosticar un mayor endurecimiento de los criterios de inclusión y prescripción de medicamentos de alto coste que harán más restrictivo el acceso de los pacientes a estos fármacos.

En consonancia con la percepción de un futuro uso de indicadores fiables en la gestión de los SFH, es también evidente para casi la totalidad del panel de expertos (92,4%) la incorporación de sistemas robóticos y/o avanzadas tecnologías de la información que permitan el registro de estos indicadores.

Tabla 16. Valoración de los acuerdos sobre la gestión del SFH según perfil profesional

 Unanimidad=100%  Consenso ≥90% y <100%  Mayoría ≥66% y <90%  Discrepancia <66%	Consenso 	Global	FH	FH_AP	GES	AD	ASIS
	28. El <u>rendimiento</u> de los SFH deberá evaluarse mediante indicadores que midan la <u>contribución en la mejora de resultados en salud</u> .	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	25. El <u>rendimiento</u> de los SFH deberá evaluarse mediante indicadores de gestión que midan la <u>seguridad lograda en el uso de los medicamentos</u> .	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	26. El <u>rendimiento</u> de los SFH deberá evaluarse mediante indicadores de gestión que midan la <u>eficiencia de los servicios realizados en términos de coste-beneficio</u> .	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	22. Los <u>criterios de prescripción y de inclusión</u> de pacientes para el tratamiento con <u>nuevos medicamentos de alto coste</u> , serán <u>más restrictivos</u> .	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	21. Los <u>criterios de inclusión</u> en las guías farmacológicas de los hospitales para los <u>nuevos medicamentos de alto coste</u> serán <u>más restrictivos</u> .	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	24. Con objeto de <u>lograr mayores niveles de eficiencia</u> , la gestión de los SFH deberá incorporar <u>sistemas robóticos y/o avanzadas tecnologías de la información</u> .	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
Mayoría 	23. Con objeto de lograr <u>mayores niveles de eficiencia</u> , la gestión de los SFH deberán incorporar <u>técnicas de gestión empresarial</u> .	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	27. El <u>rendimiento</u> de los SFH deberá evaluarse mediante indicadores de gestión que midan la <u>capacidad de gestión del ahorro</u> .	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	No 

En general, las tendencias que se observan en la tabla anterior muestran un alto grado de consenso para todas las respuestas afirmativas con una única excepción: la percepción de los médicos respecto a que el rendimiento de los SFH deba evaluarse mediante indicadores de gestión que midan la capacidad de ahorro.

Asimismo, los FH-AP son el único colectivo que discrepa acerca de la futura incorporación de técnicas de gestión empresarial en el funcionamiento de los SFH.

5.4. Bloque III. Atención Farmacéutica

“La Atención Farmacéutica es la práctica profesional que implica la participación activa del farmacéutico en el diseño, seguimiento y evaluación del tratamiento farmacoterapéutico del paciente individual, integrado en el equipo asistencial y responsabilizándose de los resultados en salud. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades”⁵

Los especialistas en farmacia hospitalaria desarrollan su ejercicio profesional en diferentes ámbitos sanitarios, y su misión primordial es promover el uso racional del medicamento. El valor añadido de los servicios que ofrece la FH está directamente relacionado con la disponibilidad de tratamientos seguros, efectivos, eficientes y de calidad. Por ello, en respuesta a la demanda social originada y adaptándose a los cambios experimentados en los sistemas de gestión sanitaria, la FH ha evolucionado desde el modelo tradicional a la Farmacia Clínica y, más recientemente, a la Atención Farmacéutica⁴. Así, esta sección incluye los aspectos propios de la atención farmacéutica dirigida tanto a pacientes hospitalizados^{2, 6, 7} como a pacientes ambulatorios, con especial atención a los pacientes crónicos.⁸

5.4.1. La atención farmacéutica hacia el futuro. Tendencias generales

El primer apartado de este capítulo se orientó a identificar aspectos a potenciar para mejorar la atención farmacéutica del farmacéutico hospitalario a lo largo de los próximos 10 años.

Tabla 17. Acuerdos para una atención farmacéutica hacia la excelencia (I)

Con objeto de lograr una **atención sanitaria excelente** en un futuro a 10 años vista, indique si considera que debería **potenciarse la actividad del farmacéutico hospitalario** en alguno de estos aspectos. Indique (nada, poco, mucho)

Consenso 	
32. El rol de <u>asesor en todo el proceso farmacoterapéutico</u> a los demás profesionales del ámbito sanitario. ➔	Mucho (98,0%)
36. El <u>desarrollo de programas</u> centrados en reducir el riesgo y aumentar la <u>seguridad</u> del paciente. ➔	Mucho (96,2%)
37. Establecer <u>objetivos compartidos</u> y cooperar con los servicios clínicos. ➔	Mucho (96,2%)
34. La <u>integración de la atención farmacéutica entre la Atención Primaria y la hospitalaria</u> . ➔	Mucho (95,9%)
30. El rol <u>asistencial</u> en el seguimiento del paciente <u>crónico polimedicado</u> . ➔	Mucho (94,6%)
33. El rol en la <u>mejora de la adherencia terapéutica en pacientes externos</u> . ➔	Mucho (93,9%)
38. La utilización de <u>sistemas inteligentes de ayuda en la prescripción para cada paciente</u> (farmacoterapia individualizada). ➔	Mucho (92,4%)
29. El rol <u>asistencial en general y de Atención Farmacéutica</u> al paciente. ➔	Mucho (90,4%)

En la tabla anterior se presentan los pronósticos consensuados por los expertos participantes. Así, **la integración de la atención farmacéutica entre la Atención Primaria y la hospitalaria** (95,9%) se percibe **estableciendo objetivos compartidos y cooperando con los distintos servicios clínicos** (96,2%).

El desarrollo de programas centrados en reducir el riesgo y aumentar la seguridad del paciente (96,2%) se relaciona con el soporte y **utilización de sistemas inteligentes de ayuda en la prescripción para cada paciente a partir de un enfoque farmacoterapéutico individualizado** (92,4%), que permitirá desarrollar el **rol del farmacéutico como asesor en el proceso farmacoterapéutico a los demás profesionales del ámbito sanitario** (98%) y **potenciar al FH como actor asistencial en el seguimiento del paciente** (90,4%), especialmente en **los casos de crónicos polimedicados** (94,6%), mejorando de esta forma su adherencia terapéutica (93,9%).

Tabla 18. Acuerdos para una atención farmacéutica hacia la excelencia (II)

Con objeto de lograr una **atención sanitaria excelente** en un futuro a 10 años vista, indique si considera que debería **potenciarse la actividad del farmacéutico hospitalario** en alguno de estos aspectos. Indique (nada, poco, mucho)

Mayoría



31. El rol como informador y educador sanitario a los pacientes.	→	Mucho (87,1%)
41. Incorporación de la Atención farmacéutica en los programas de teleasistencia y e-Health / m-Health.	→	Mucho (83,7%)
40. Implantar procesos de individualización de la farmacoterapia mediante la farmacogenética.	→	Mucho (81,6%)
35. Su participación en estudios farmacoepidemiológicos.	→	Mucho (76,2%)

Discrepancia



39. La participación en las decisiones terapéuticas del paciente o familiares de pacientes.	→	Poco (59,2%)
---	---	---------------------

Otros aspectos que han merecido la aprobación de la mayoría de panelistas apoyan el desarrollo del **rol del farmacéutico como informador y educador de los pacientes** (87,1%). Sin embargo, también merece atención el porcentaje de profesionales consultados que se agrupan en las minorías relativas, como es el caso del 15,6% de profesionales que opinan que la incorporación de la Atención farmacéutica en los programas de teleasistencia y e-Health / m-Health evolucionará poco; el 18,4%, que no creen que la implantación de procesos de individualización de la farmacoterapia mediante la farmacogenética deba potenciarse durante la próxima década; y el 23,8%, que consideran que la participación de los FH en estudios farmacoepidemiológicos vaya a cambiar demasiado.

Por otra parte, la discrepancia es manifiesta cuando se consulta acerca de que se potencie la actividad del farmacéutico hospitalario para “favorecer o promover” la **participación del paciente o de sus familiares en las decisiones terapéuticas**. En efecto, mientras que un 59,2% estiman que este aspecto se potenciará poco, un 39,5% pronostican que se potenciará mucho.

Tabla 19. Valoración de la atención farmacéutica según perfil profesional

Consenso 	Global	FH	FH_AP	GES	AD	ASIS	PAC	
32. El rol de <u>asesor en todo el proceso farmacoterapéutico</u> a los demás profesionales del ámbito sanitario.	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	 Unanimidad=100%
36. El <u>desarrollo de programas centrados en reducir el riesgo y aumentar la seguridad</u> del paciente.	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	 Consenso ≥90% y <100%
37. Establecer <u>objetivos compartidos y cooperar</u> con los servicios clínicos.	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	 Mayoría ≥66% y <90%
34. La <u>integración de la atención farmacéutica entre la Atención Primaria y la hospitalaria</u> .	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	 Discrepancia <66%
30. El rol <u>asistencial</u> en el seguimiento del paciente crónico polimedicado.	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	
33. El rol en la <u>mejora de la adherencia terapéutica</u> en pacientes externos.	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	
38. La utilización de <u>sistemas inteligentes de ayuda en la prescripción para cada paciente</u> (farmacoterapia individualizada).	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	
29. El rol <u>asistencial en general y de Atención Farmacéutica</u> al paciente.	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	
Mayoría 								
31. El rol como informador y educador sanitario a los pacientes.	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	
41. Incorporación de la Atención farmacéutica en los programas de teleasistencia y e-Health / m-Health.	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	
40. Implantar procesos de individualización de la farmacoterapia mediante la farmacogenética.	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	
35. Su participación en estudios farmacoepidemiológicos.	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	Mucho 	
Discrepancia 								
39. La participación en las decisiones terapéuticas del paciente o familiares de pacientes.	Poco 	Poco 	Poco 	Poco 	Poco 	Poco 	Poco 	

Aunque en este apartado la tendencia de opinión predominante ha producido un elevado nivel de acuerdo, el análisis por subgrupos pone de manifiesto la distinta sensibilidad con que los colectivos de FH y FH-AP perciben el rol de la atención farmacéutica como informador y educador en el futuro. En efecto, el consenso alcanzado por los FH contrasta con la escasa mayoría mostrada por los FH-AP.

5.4.2. La atención farmacéutica hacia el futuro. Control de la medicación

El control de la medicación en el contexto del futuro de la atención farmacéutica se enfrenta al reto de cualquier sistema de salud en el primer mundo; esto es, el aumento de la longevidad de la población, que conlleva una explosión demográfica en la población de más de 65 años y, por tanto, un incremento de la demanda de servicios. Es precisamente el control sobre los pacientes crónicos lo que hace cada vez más necesario una estrecha y transversal comunicación entre los diversos especialistas involucrados en el tratamiento de este estrato de pacientes.

Tabla 20. Acuerdos para reducir significativamente los errores de medicación en los próximos 10 años

Indique (Sí) está o (No) de acuerdo con los siguientes enunciados con objeto de reducir significativamente los errores de medicación en el futuro , contemplando un horizonte de 10 años: (Sí / No)		
Consenso		
46. La detección <u>de problemas relacionados con los medicamentos</u> (PRM) –y en su caso, su corrección-, formará parte de la <u>práctica clínica de todos los profesionales sanitarios</u> .	➔	Sí (96,8%)
45. Los <u>medicamentos se dispensarán</u> siempre después de que el farmacéutico haya <u>validado la prescripción médica</u> .	➔	Sí (96,6%)
44. Los SFH deberán <u>reenvasar y etiquetar todos los medicamentos</u> que se usen en el Hospital cuando la presentación comercial <u>no se presente en formato de dosis unitaria</u> .	➔	Sí (96,2%)
48. Se deberá <u>incrementar</u> de manera significativa la <u>relación</u> del <u>SFH</u> con el <u>farmacéutico de Atención Primaria</u> .	➔	Sí (96,2%)
43. Las preparaciones de <u>medicamentos de alto riesgo</u> (por ejemplo: citostáticos, opiáceos intravenosos, bloqueantes neuromusculares, potasio y otros electrolitos) deberán prepararse siempre en una <u>unidad centralizada del SFH</u> .	➔	Sí (94,9%)
Mayoría		
42. Las <u>mezclas intravenosas</u> deberán prepararse <u>siempre</u> en una <u>unidad centralizada del SFH</u> .	➔	Sí (79,6%)
47. Se deberá <u>incrementar</u> de manera significativa la <u>relación del SFH</u> con el <u>farmacéutico comunitario</u> (de oficina de farmacia).	➔	Sí (78,2%)

Con el objetivo de reducir significativamente los errores de medicación a lo largo de los próximos 10 años, el panel de expertos consultados alcanzó consenso (96,8%) sobre el hecho de que todos los profesionales sanitarios deberán incorporar en su práctica clínica **la detección de problemas relacionados con los medicamentos**.

En relación a la seguridad de la medicación, también acordaron **que la dispensación siempre deberá realizarse después de que el farmacéutico haya validado la prescripción médica** (96,6%) y que **los SFH deberán volver a envasar y etiquetar todos los medicamentos que se usen en el hospital cuando su presentación comercial no se presente en formato de dosis unitaria** (96,2%).

En cuanto a que **los medicamentos de alto riesgo**, se alcanzó consenso en que **deberán prepararse siempre en una unidad centralizada del SFH** (94,9%); en cambio, la exigencia de que **las mezclas intravenosas deban realizarse siempre en unidad centralizada** solo fue apoyada por el 79,6% de los consultados.

Tabla 21. Valoración sobre la reducción de errores de medicación según perfiles profesionales

Consenso 	Global	FH	FH_AP	GES	AD	ASIS	PAC	
46. La detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) –y en su caso, su corrección–, formará parte de la <u>práctica clínica de todos los profesionales sanitarios</u> .	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	 Unanimidad=100%
45. Los medicamentos se dispensarán siempre después de que el farmacéutico haya <u>validado la prescripción médica</u> .	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	 Consenso ≥90% y <100%
44. Los SFH deberán <u>reenvasar y etiquetar todos los medicamentos</u> que se usen en el Hospital cuando la presentación comercial <u>no se presente en formato de dosis unitaria</u> .	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	 Mayoría ≥66% y <90%
48. Se deberá <u>incrementar de manera significativa la relación del SFH con el farmacéutico de Atención Primaria</u> .	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	 Discrepancia <66%
43. Las preparaciones de medicamentos de alto riesgo (por ejemplo: citostáticos, opiáceos intravenosos, bloqueantes neuromusculares, potasio y otros electrolitos) deberán prepararse siempre en una <u>unidad centralizada del SFH</u> .	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	
Mayoría 								
42. Las <u>mezclas intravenosas</u> deberán prepararse <u>siempre</u> en una <u>unidad centralizada del SFH</u> .	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	
47. Se deberá <u>incrementar de manera significativa la relación del SFH con el farmacéutico comunitario</u> (de oficina de farmacia).	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	

En este apartado las tendencias entre grupos profesionales mantuvieron una homogeneidad en todos los aspectos consultados, con la excepción del que hace referencia a incrementar de manera significativa la relación del SFH con el farmacéutico comunitario (de oficina de farmacia). Así, mientras que los colectivos de médicos, gestores hospitalarios y administración consideran de forma mayoritaria la necesidad de intensificar la relación entre los SFH y las farmacias comunitarias para optimizar el control de la medicación, entre los FH-AP se produjo una discrepancia manifiesta.

5.5. Bloque IV. Asistencia sanitaria basada en la evidencia

Las Buenas Prácticas en Farmacia, según la definición de la International Pharmaceutical Federation (FIP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), son “aquellas que responden a las necesidades de las personas que utilizan los servicios farmacéuticos para ofrecer una atención óptima y están basadas en la evidencia”.⁹

Las buenas prácticas en farmacia requieren que la primera preocupación de un farmacéutico sea el bienestar de los pacientes y que el centro de la actividad farmacéutica sea ayudar a los pacientes a utilizar los medicamentos de forma adecuada. Asimismo, la garantía de calidad en la dispensación de medicamentos y otros productos sanitarios, la provisión de información y asesoramiento adecuados al paciente y el seguimiento de la efectividad y de los efectos adversos del uso de la medicación, son aspectos fundamentales de la responsabilidad profesional del farmacéutico. Otros aspectos igualmente importantes son la promoción de una prescripción racional y eficiente de los medicamentos, para lo que es fundamental una estrecha colaboración multidisciplinar entre profesionales de la salud con el fin de mejorar satisfactoriamente la efectividad y seguridad del paciente.

Así, el propósito de esta sección es conocer la percepción e impacto de la asistencia sanitaria basada en la evidencia (ASBE) en los procesos de selección de fármacos y gestión farmacéutica en general en un futuro a 10 años. Es por ello que este apartado no fue incluido en el cuestionario propuesto a los gestores hospitalarios y a los representantes de los pacientes.

5.5.1. Impacto de la asistencia basada en la evidencia

Las directrices sobre Buenas Prácticas en Farmacia publicadas por la OMS establecen estándares de calidad de los servicios farmacéuticos con independencia de donde desarrolle.

Una atención farmacéutica de calidad implica que el farmacéutico debe conocer la información médica y farmacéutica básica: es decir, el diagnóstico, los resultados de los análisis clínicos y los antecedentes patológicos personales de cada paciente. Pero además, el farmacéutico necesita información basada en la evidencia, imparcial, integral, objetiva y actualizada sobre los tratamientos, medicamentos y otros productos sanitarios en uso, incluido el posible daño medioambiental causado por la eliminación de residuos de medicamentos.

Tabla 22. Acuerdos y discrepancias sobre el impacto de la asistencia basada en la evidencia en los SFH

Indique (Sí) está o (No) de acuerdo con los siguientes enunciados referidos al impacto de la asistencia sanitaria basada en la evidencia (ASBE) en los SFH dentro de los próximos 10 años. (Sí / No)		
Consenso		
53. La ASBE no estará disponible para todas las situaciones en las que se utilizan los medicamentos <u>y será necesaria la toma de decisiones más allá de ésta.</u>	→	Sí (93,8%)
51. La introducción de la ASBE <u>guiará la mejora de la prescripción de medicamentos a cada paciente.</u>	→	Sí (93,3%)
49. La ASBE <u>facilitará que las decisiones de los SFH puedan obtener mejores resultados en los pacientes en términos de salud, bienestar y de calidad de vida.</u>	→	Sí (93,1%)
50. La ASBE <u>guiará la metodología utilizada en la de selección y evaluación del medicamento.</u>	→	Sí (91,7%)
Discrepancia		
52. Todas las decisiones comprendidas en la atención farmacéutica, desde la selección hasta la dispensación y evaluación de la eficacia, estarán basadas en la evidencia científica.	→	Sí (61,5%)

Los expertos muestran un elevado grado de consenso al considerar que la evidencia científica debe fundamentar la evolución del actual modelo de asistencia farmacéutica de los SFH. En efecto, el 93,3% de los consultados considera que la introducción de **la ASBE guiará la mejora de la prescripción de medicamentos a cada paciente** y el 93,1% que **facilitará que las decisiones de los SFH puedan obtener mejores resultados en los pacientes en términos de salud, bienestar y de calidad de vida.**

También ha sido objeto de consenso que **la ASBE guiará la metodología utilizada en la de selección y evaluación del medicamento** (91,7%), si bien el 93,8% opinan que en la perspectiva temporal planteada **la evidencia científica no estará disponible para todas las situaciones en las que se utilizan los medicamentos** y, por tanto, será necesario tomar decisiones sin este sustento. En cambio, ha suscitado discrepancia (61,5%) que **todas las decisiones comprendidas en la atención farmacéutica, desde la selección hasta la dispensación y evaluación de la eficacia, estarán basadas en la evidencia científica.**

Tabla 23. Impacto de la ASBE en los procesos de gestión farmacéutica hospitalaria

Valore los **procesos de la gestión farmacéutica hospitalaria en que la ASBE deberá tener un impacto mayor** a lo largo de los próximos 10 años. Puntúe cada enunciado de '0' a '3', teniendo en cuenta que '0' significa 'impacto nulo' y que '3' significa 'gran impacto'. (0 / 1 / 2 / 3)

Gran impacto		3	
54. Procesos de selección de medicamentos.	➔	96,3%	2,96 ± 0,19
Impacto alto		2	
55. Procesos de alertas integradas a la gestión del medicamento.	➔	63,7%	2,32 ± 0,51
56. Procesos de integración de la continuidad asistencial del paciente en el hospital.	➔	64,4%	2,27 ± 0,54
57. Procesos de integración transversal entre la Atención Primaria y especializada.	➔	57,8%	2,33 ± 0,56

El 96,3% de los expertos pronosticaron que la ASBE guiará los **procesos de selección de medicamentos**. Sin embargo, ni siquiera se alcanzó un acuerdo mayoritario al valorar el impacto futuro de la ASBE en los **procesos de alertas integradas a la gestión del medicamento** (63,7%), en los **procesos de integración de la continuidad asistencial del paciente en el hospital** (64,4%) y en los **procesos de integración transversal entre la Atención Primaria y especializada** (57,8%).

Tabla 24. Valoración de la asistencia basada en la evidencia según perfiles profesionales

Consenso 	Global	FH	FH_AP	AD	ASIS	IF
53. La ASBE no estará disponible para todas las situaciones en las que se utilizan los medicamentos y será necesaria la toma de decisiones más allá de ésta.	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
51. La introducción de la ASBE <u>guiará la mejora de la prescripción de medicamentos a cada paciente.</u>	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	No 
49. La ASBE <u>facilitará que las decisiones de los SFH puedan obtener mejores resultados en los pacientes en términos de salud, bienestar y de calidad de vida.</u>	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
50. La ASBE <u>guiará la metodología utilizada en la de selección y evaluación del medicamento.</u>	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
Discrepancia 						
52. Todas las decisiones comprendidas en la atención farmacéutica, desde la selección hasta la dispensación y evaluación de la eficacia, estarán basadas en la evidencia científica.	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 

 Unanimidad=100%

 Consenso ≥90% y <100%

 Mayoría ≥66% y <90%

 Discrepancia <66%

Las tendencias entre los subgrupos consultados en este apartado de la consulta muestran resultados homogéneos, con alguna excepción. En este sentido se destaca la discrepancia del grupo de funcionarios y representantes de las administraciones sanitarias acerca del impacto futuro de la ASBE en los resultados en términos de salud, bienestar y calidad de vida frente a la opinión favorable de los demás grupos.

Tabla 25. Valoración del impacto de la ASBE en los procesos de gestión farmacéutica hospitalaria según perfiles profesionales

Gran impacto	Global	FH	FH_AP	AD	ASIS	IF
54. Procesos de selección de medicamentos.	 3	 3	 3	 3	 3	 2/3
Impacto alto						
55. Procesos de alertas integradas a la gestión del medicamento.	 2	 2	 3	 2	 2	 2
56. Procesos de integración de la continuidad asistencial del paciente en el hospital.	 2	 2	 2	 2	 2	 2/1
57. Procesos de integración transversal entre la atención primaria y especializada.	 2	 2	 2/3	 2	 2	 3/1

El análisis por subgrupos sigue las mismas tendencias ya descritas de los resultados agregados. Se mantiene el consenso en la opinión de que los procesos de selección de medicamentos, serán influidos de forma relevante por criterios de asistencia basada en la evidencia, mientras que el acuerdo se queda en mayoritario o en discrepancias para el resto de consultas. Lo más destacable, sin embargo, es que un relevante número de profesionales de cada subgrupo no considera que vayan a incidir de forma importante criterios de ASBE en los procesos de gestión integrada de medicamentos, de seguimiento de la continuidad asistencial del paciente y en procesos de integración transversal entre la Atención Primaria y especializada.

5.6. Bloque V. Seguridad y nuevas tecnologías de la información

El National Quality Forum (NQF) publicó en el 2006 que los eventos adversos relacionados con la atención a la salud continúan siendo la principal causa de muerte y morbilidad en los Estados Unidos, a pesar de la disponibilidad de métodos preventivos bien documentados.¹⁰ Hoy en día, hay evidencia científica de que la prescripción asistida impacta en una mejora de la agilidad, calidad y seguridad del proceso, además de poder influir en el control del coste.¹¹

Este apartado incluye dos bloques de cuestiones: el primero plantea la importancia de la implantación de procesos programas y sistemas de información orientados a optimizar la seguridad del paciente en lo relativo al manejo de su medicación; y el segundo se orienta a conocer las barreras que pueden dificultar la implantación de los programas y sistemas de dispensación asistida en el ámbito hospitalario y de las áreas de salud integradas.

5.6.1. Las nuevas tecnologías aplicadas a la seguridad en el uso de los medicamentos

Para realizar las actividades de atención farmacéutica el SFH precisa integrar e intercambiar información a varios niveles y entre áreas de gestión y servicios asistenciales. Es por ello que las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) adquieren un papel determinante en este campo. No debe sorprender, pues, que, tal como señala un informe reciente del Ministerio de Sanidad y Consumo, en todos los hospitales se hayan implantado prácticas seguras con la medicación, aunque evidentemente, al igual que ocurre en otros países, su grado de implantación sea variable.¹²

Los sistemas automatizados de dispensación (SAD) descentralizada permiten que:

- » El facultativo introduzca directamente la orden médica en el sistema informático (prescripción electrónica).
- » El farmacéutico valide la prescripción.
- » El sistema informático cargue la prescripciones validadas en los correspondientes planes de cuidados de enfermería.
- » El SFH prepare los carros de dispensación teniendo en cuenta los pacientes ingresados en cada unidad de hospitalización.
- » La enfermera administre la medicación comprobando la correlación entre la medicación dispensada en los carros y la prescrita de los correspondientes planes de cuidados.

De esta forma, todos los movimientos quedan registrados en un único sistema de información clínica en tiempo real.

Tabla 26. Aspectos relevantes para asegurar la máxima seguridad en el uso de los medicamentos

Al objeto de **asegurar la máxima seguridad en el uso de los medicamentos** en un futuro a 10 años vista, puntúe de '0' a '3', la importancia relativa de los enunciados que siguen, teniendo en cuenta que '0' significa 'nula importancia' y que '3' significa 'importancia máxima'. (0 / 1 / 2 / 3)

Muy importante

3

64. La implantación exhaustiva y efectiva de sistemas electrónicos integrados de prescripción, dispensación, y administración de medicamentos que incluyan alertas (alergias, situaciones clínicas especiales, etc.) y algoritmos de validación asistida.	→	99,3%	2,99 ± 0,08
62. La implantación de programas de mejora de la calidad de la prescripción tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario.	→	93,3%	2,93 ± 0,29
63. La generalización de una historia clínica electrónica integrada o compartida (hospitalaria y ambulatoria).	→	92,5%	2,92 ± 0,30
58. Disponer de la trazabilidad de los productos farmacéuticos desde el momento de la fabricación hasta la administración.	→	87,9%	2,87 ± 0,38
61. La incorporación en los SFH de políticas y programas de gestión de calidad basados en procedimientos normalizados de trabajo (PNT).	→	83,2%	2,82 ± 0,42
59. La introducción generalizada de sistemas o protocolos de seguimiento farmacoterapéutico personalizado.	→	66,4%	2,64 ± 0,52
66. Disponer de herramientas que permitan la comunicación no presencial online (webs 2.0, e-Health, m-Healt) entre profesionales sanitarios y pacientes (relación, información y formación).	→	65,1%	2,64 ± 0,49

Importante

2

65. Evaluar sistemáticamente el grado de seguimiento de los protocolos clínicos y guías farmacoterapéuticas mediante el análisis de las bases de datos clínicos disponibles.	→	57,7%	2,40 ± 0,52
60. La introducción generalizada de modelos que midan sistemáticamente la eficacia conseguida con un determinado tratamiento.	→	55,7%	2,35 ± 0,57

Los procesos en que la aplicación de nuevas tecnologías de la información son determinantes, alcanzaron un alto grado de acuerdo. Así, el 92,5% consideró muy importante **la generalización de una historia clínica electrónica integrada o compartida (hospitalaria y AP)**; el 93,3% **la implantación de programas de mejora de la calidad de la prescripción tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario**; y el 99,3% **la implantación exhaustiva y efectiva de sistemas de información integrados de prescripción, dispensación, y administración de medicamentos que incluyan alertas (alergias, situaciones clínicas especiales, etc.) y algoritmos de validación asistida**.

Una mayoría de expertos también consideró muy importante **disponer de la trazabilidad de los productos farmacéuticos desde el momento de la fabricación hasta la administración** (87,9%) y **la incorporación en los SFH de políticas y programas de gestión de calidad basados en PNT** (83,2%)

En contraposición, los pronósticos no alcanzaron la mayoría respecto **a la introducción generalizada de sistemas o protocolos de seguimiento farmacoterapéutico personalizado** (66,4%) y **la disposición de herramientas que permitan la comunicación no presencial online** (webs 2.0, e-Health, m-Healt) entre profesionales sanitarios y pacientes (65,1%); en tanto que **evaluar sistemáticamente el grado de seguimiento de los protocolos clínicos y guías farmacoterapéuticas mediante el análisis de las bases de datos clínicos disponibles y la introducción generalizada de modelos que midan sistemáticamente la eficacia conseguida con un determinado tratamiento** suscitaban francas discrepancias.

Tabla 27. Valoración sobre la máxima seguridad en el uso de los medicamentos según perfiles profesionales

	Muy importante	Global	FH	FH_AP	GES	AD	ASIS	IF	PAC
 Unanimidad=100%  Consenso ≥90% y <100%  Mayoría ≥66% y <90%  Discrepancia <66%	64. La implantación exhaustiva y efectiva de sistemas electrónicos integrados de prescripción, dispensación, y administración de medicamentos que incluyan alertas (alergias, situaciones clínicas especiales, etc.) y algoritmos de validación asistida.								
	62. La implantación de programas de mejora de la calidad de la prescripción tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario.								
	63. La generalización de una historia clínica electrónica integrada o compartida (hospitalaria y ambulatoria).								
	58. Disponer de la trazabilidad de los productos farmacéuticos desde el momento de la fabricación hasta la administración.								
	61. La incorporación en los SFH de políticas y programas de gestión de calidad basados en procedimientos normalizados de trabajo (PNT).								
	59. La introducción generalizada de sistemas o protocolos de seguimiento farmacoterapéutico personalizado.								
	66. Disponer de herramientas que permitan la comunicación no presencial online (webs 2.0, e-Health, m-Healt) entre profesionales sanitarios y pacientes (relación, información y formación).								
	Importante								
	65. Evaluar sistemáticamente el grado de seguimiento de los protocolos clínicos y guías farmacoterapéuticas mediante el análisis de las bases de datos clínicos disponibles.								
	60. La introducción generalizada de modelos que midan sistemáticamente la eficacia conseguida con un determinado tratamiento.								

El análisis por subgrupos presenta similares tendencias que los resultados agregados salvo en las propuestas siguientes:

- La importancia de disponer de herramientas que permitan la comunicación no presencial online (webs 2.0, e-Health, m-Healt) entre profesionales sanitarios y pacientes (relación, información y formación) suscita el consenso de los gestores hospitalarios y la unanimidad de los representantes de los pacientes frente a la discrepancia de los demás grupos.
- Gestores hospitalarios y representantes de los pacientes otorgan unánimemente gran importancia a la introducción generalizada de sistemas o protocolos de seguimiento farmacoterapéutico personalizado, en tanto que el resto de grupos solo lo hacen con débiles mayorías cuando no discrepan.

5.6.2. Barreras para la implantación de la prescripción asistida

Las nuevas tecnologías permiten al médico prescribir el tratamiento directamente en un programa informático a través de un dispositivo electrónico (ordenador, PDA, Table-PC) evitándose tanto la transcripción del farmacéutico como la de enfermería. Estos SAD disponen de sistemas de soporte a la decisión clínica que, en esencia, son bases de datos de medicamentos que, o bien se adquieren en el mercado, o son mantenidas y actualizadas por los farmacéuticos del SFH.

La prescripción asistida impacta en una mejora de la agilidad, calidad y seguridad del proceso, además de poder influir en el control del coste. Sin embargo, los costes de adquisición, adaptación y evolución, la puesta en marcha y la formación aplicada para el buen uso del personal, la seguridad y propiedad del flujo de datos están en el trasfondo de las dificultades que supone su integración normalizada en los SFH.

Tabla 28. Barreras en la implantación efectiva de los SAD

Siendo tan obvias las bondades de la prescripción asistida, le pedimos que indique (Sí) está o (No) de acuerdo en que los enunciados que siguen constituyen barreras que será necesario superar para implantar de forma efectiva dichos sistemas a lo largo de los próximos 10 años. (Sí / No)		
Consenso		
67. La dificultad, por incompatibilidades lógicas y/o tecnológicas, de integrar los diferentes aplicativos informáticos que conviven en un hospital (laboratorios, farmacia, quirófanos, etc.)	→	Sí (95,3%)
68. Las restricciones económicas que persistirán y limitarán en gran medida las inversiones de los hospitales en nuevas tecnologías.	→	Sí (93,2%)
Mayoría		
69. La imposibilidad de integrar información de los distintos hospitales, dada la compleja y diversa configuración de los sistemas de información entre los distintos centros, incluso de una misma CCAA.	→	Sí (89,3%)
Discrepancia		
70. La resistencia de que el proceso de prescripción asistida conlleve a un control y orientación de la prescripción médica.	→	Sí (52,3%)

Para poder llegar a implantar de forma efectiva los SAD dentro de los hospitales, los expertos consultados consensuaron que se deberán superar **las incompatibilidades lógicas / tecnológicas en la integración de aplicativos de los diferentes servicios** (95,3%), así como **las restricciones económicas que limitarán las inversiones hospitalarias en nuevas tecnologías** (93,2%). Además, una gran mayoría (89,3%) también consideró que **la integración de la información entre los distintos hospitales es una dificultad** que deberá superarse para poder implantar dichos SAD.

No obstante, existe controversia (52,3%) entre los expertos cuando analizan como barrera de entrada de los SAD, la **resistencia de que el SAD pueda conllevar un control y orientación de la prescripción médica**.

Tabla 29. Valoración de las barreras en la implantación efectiva de los SAD según perfiles profesionales

	Global	FH	FH_AP	GES	AD	ASIS	IF	PAD
 Unanimidad=100%								
 Consenso ≥90% y <100%								
 Mayoría≥66% y <90%								
 Discrepancia <66%								
Consenso 								
67. La dificultad, por incompatibilidades lógicas y/o tecnológicas, de integrar los diferentes aplicativos informáticos que conviven en un hospital (laboratorios, farmacia, quirófanos, etc.)	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí
68. Las restricciones económicas que persistirán y limitarán en gran medida las inversiones de los hospitales en nuevas tecnologías.	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí
Mayoría 								
69. La imposibilidad de integrar información de los distintos hospitales, dada la compleja y diversa configuración de los sistemas de información entre los distintos centros, incluso de una misma CCAA.	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí
Discrepancia 								
70. La resistencia de que el proceso de prescripción asistida conlleve a un control y orientación de la prescripción médica.	Sí 	No 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí

El análisis por subgrupos mantuvo similares tendencias que los resultados agregados. No obstante, la mayor discrepancia se observa entre los farmacéuticos hospitalarios y el resto de grupos, ya que la mayoría de los primeros no pronostica resistencia a la prescripción como consecuencia del control y orientación de la prescripción médica frente al pronóstico afirmativo de todos los demás.

5.7. Bloque VI. Formación, investigación y docencia

En estos últimos años la Comisión Nacional de Farmacia Hospitalaria ha trabajado en la formalización de un sistema de formación y acreditación de los especialistas. Sus instrumentos incluyen el programa formativo de la especialidad y el establecimiento de criterios para la evaluación de unidades docentes y formativas con el objetivo de aumentar la calidad de la formación de los residentes y ayudar a los responsables de los Servicios de Farmacia a conseguir una mayor sensibilidad de los decisores sobre las adecuadas dotaciones técnicas y de personal.

Este apartado se dividió en dos bloques. En el primero de ellos se consultó sobre la percepción de los expertos respecto a sus pronósticos referidos al futuro de la formación pregrado del farmacéutico o a la investigación y docencia que se realizará en los SFH en un horizonte de 10 años. En el segundo bloque se pidió a los panelistas que se posicionaran respecto a la evolución futura de aspectos relacionados con el uso de recursos en distintas áreas del conocimiento, la asignación de créditos y la oferta y diseño de los cursos de formación.

5.7.1. Pronósticos en la formación pregrado, investigación y docencia del FH

Los farmacéuticos de todos los ámbitos profesionales deben aceptar la responsabilidad personal de mantener y evaluar su propia competencia a lo largo de toda su vida laboral. Si bien la autoevaluación es importante, también lo es contar con un elemento de evaluación y control por parte de las organizaciones profesionales farmacéuticas nacionales al objeto de asegurar que los farmacéuticos cumplan con las normas y los requisitos para lograr un desarrollo profesional continuo.

Los programas educativos para acceder a la profesión deben abordar de un modo apropiado tanto los cambios actuales en las prácticas en farmacia como aquellos cambios que resulten previsibles. Es por ello que se deben establecer estándares nacionales de buenas prácticas en farmacia y que todos los profesionales deben cumplirlas.

Tabla 30. Pronósticos para la formación pregrado, investigación o docencia del FH

Expresar su adhesión (Sí) o rechazo (No) en relación a los siguientes pronósticos referidos **al futuro de la formación pregrado del farmacéutico o a la investigación y docencia que se realizará en los SFH** en un horizonte de 10 años, distinguiendo entre sus propios deseos –casillas “Deseo”- y lo que parece que realmente ocurrirá –casillas “Ocurrirá”-. (**Deseo: Sí/No**, **Ocurrirá: Sí/No**)

Consenso 			
		Deseo	Ocurrirá
75. Los investigadores de los SFH estarán integrados en redes de investigación nacionales e internacionales. ➔		Sí (99,4%)	Sí (75,5%)
74. Se desarrollarán proyectos de investigación evaluativa de programas de riesgo compartido con la industria farmacéutica. ➔		Sí (94,6%)	Sí (88,5%)
71. Se impartirán cursos de postgrado dirigidos a farmacéuticos para la adquisición de habilidades de gestión y dirección de equipos. ➔		Sí (94,3%)	Sí (86,4%)
72. La gran mayoría de los cursos de postgrado (Máster/Doctorados) dispondrán de alternativas no presenciales (e-learning). ➔		Sí (93,0%)	Sí (94,3%)
Mayoría 			
		Deseo	Ocurrirá
73. Se crearán áreas de capacitación específica hospitalaria dentro de la especialidad de Farmacia, como Farmacéutico Clínico en Onco-hematología, Farmacéutico Clínico Pediátrico, Farmacéutico Clínico en Enfermedades Infecciosas, etc. ➔		Sí (87,2%)	No (64,2%)

El acuerdo fue casi unánime en cuanto al deseo de que **los investigadores de los SFH estarán integrados en redes de investigaciones nacionales e internacionales** (99,4%), si bien el pronóstico de ocurrencia no superó el 75,5%.

También mereció el consenso de los expertos desear **que se desarrollen proyectos de investigación evaluativa de programas de riesgo compartido con la industria farmacéutica** (94,6%), **se impartan cursos de postgrado dirigidos a farmacéuticos para la adquisición de habilidades de gestión y dirección de equipos** (94,3%) y que **la gran mayoría de los cursos de postgrado (Máster/Doctorados) dispongan de alternativas no presenciales (e-learning)** (93%), en tanto que el pronóstico de ocurrencia para estas tres propuestas se situó, respectivamente en el 75,5%, el 88,5% y el 86,4%.

En cambio, el deseo de **crear áreas de capacitación específica hospitalaria dentro de la especialidad de Farmacia, como Farmacéutico Clínico en Onco-hematología, Farmacéutico Clínico Pediátrico, Farmacéutico Clínico en Enfermedades Infecciosas, etc.** Se manifestó en sentido opuesto al pronóstico de ocurrencia; esto es, el 64,2% de los expertos creen que no sucederá.

Tabla 31. Valoración de los pronósticos para la formación pregrado, investigación o docencia del FH según perfiles profesionales


Unanimidad=100%


Consenso ≥90% y <100%


Mayoría ≥66% y <90%


Discrepancia <66%

Consenso 	Global	FH	FH_AP	GES	AD	ASIS	IF
75. Los investigadores de los SFH estarán integrados en redes de investigación nacionales e internacionales.	D Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	O Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
74. Se desarrollarán proyectos de investigación evaluativa de programas de riesgo compartido con la industria farmacéutica.	D Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	O Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
71. Se impartirán cursos de postgrado dirigidos a farmacéuticos para la adquisición de habilidades de gestión y dirección de equipos.	D Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	O Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
72. La gran mayoría de los cursos de postgrado (Máster/Doctorados) dispondrán de alternativas no presenciales (e-learning).	D Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	O Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
Mayoría 							
73. Se crearán áreas de capacitación específica hospitalaria dentro de la especialidad de Farmacia, como Farmacéutico Clínico en Onco-hematología, Farmacéutico Clínico Pediátrico, Farmacéutico Clínico en Enfermedades Infecciosas, etc.	D Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 	Sí 
	O No 	No 	No 	No 	No 	Sí 	No 

Tal como muestra la tabla precedente, el análisis por subgrupos mantuvo similares tendencias que los resultados agregados.

5.7.2. Tendencias en la formación pregrado, investigación y docencia del FH

En este bloque se pidió a los expertos que se posicionaran respecto a cómo creen que deberían evolucionar determinados aspectos del modelo actual de formación de pregrado, investigación y docencia de postgrado.

Para ello, se consultó sobre los recursos a destinar en temas como:

- los estudios de adherencia y cumplimiento terapéutico,
- los programas de educación en el uso seguro de medicamentos,
- la oferta de formación de postgrado orientada a la integración de los niveles asistenciales,
- el número de créditos destinados a novedosos programas, como sería el de incrementar las habilidades relacionales y de comunicación interpersonal y/o la atención de pacientes crónicos y polimedicados en pregrado,
- la oferta de formación de postgrado centrada en el uso y aplicación de las TIC a la práctica farmacéutica.

Tabla 32. Tendencias en la formación pregrado, investigación o docencia del FH

Expresar sus deseos. Su opinión es que a lo largo de los próximos 10 años debería aumentar (↑), no debería modificarse (=) o debería disminuir (↓)		
Consenso		
82. Los recursos dedicados a realizar estudios de adherencia al tratamiento y a identificar factores que mejoren el cumplimiento terapéutico.	→	Aumentar (94,6%)
81. Los recursos dedicados a programas dirigidos a fomentar un uso más seguro, efectivo y eficiente de medicamentos.	→	Aumentar (93,0%)
79. La oferta de formación de postgrado centrada en la integración y coordinación de niveles asistenciales (primaria y hospitalaria) para asegurar la atención continuada al paciente.	→	Aumentar (92,4%)
77. El número de créditos destinados a incrementar las habilidades relacionales y de comunicación interpersonal en pregrado (actualmente no hay créditos).	→	Aumentar (91,9%)
80. La oferta de formación de postgrado centrada en el uso y aplicación de las TIC a la práctica farmacéutica.	→	Aumentar (91,8%)
78. El número de créditos destinados a la atención de pacientes crónicos y polimedicados en pregrado (actualmente no hay créditos).	→	Aumentar (90,5%)
Discrepancia		
76. El número de facultades de farmacia existentes en España (actualmente hay 21).	→	No debería modificarse (57,4%)

Existe consenso en pronosticar que aumentarán **los recursos destinados para realizar estudios de adherencia al tratamiento y a identificar factores que mejoren el cumplimiento terapéutico** (94,6%), **los programas dirigidos a fomentar un uso más seguro, efectivo y eficiente de medicamentos** (93%), **la oferta de formación de postgrado centrada en la integración y coordinación de niveles asistenciales (primaria y hospitalaria) para asegurar la atención continuada al paciente** (92,4%) y **la oferta de formación de postgrado centrada en el uso y aplicación de las TIC a la práctica farmacéutica** (91,8%).

En el mismo sentido, se percibe que aumentará el número de créditos de nueva creación destinados a **incrementar las habilidades relacionales y de comunicación interpersonal** (91,9%) y a **la atención de pacientes crónicos y polimedicados en pregrado** (90,5%).

Sin embargo, la opinión es diversa ante la propuesta de **aumentar el número de facultades de farmacia en España**: el 57,4% considera que no debe modificarse, el 38,5% que debería reducirse y tan solo el 4,1% opina que deberían crearse de nuevas.

Tabla 33. Valoración de las tendencias en la formación pregrado, investigación o docencia del FH según perfiles profesionales

Unanimidad=100%

Consenso ≥90% y <100%

Mayoría ≥66% y <90%

Discrepancia <66%

Consenso	Global	FH	FH_AP	GES	AD	ASIS	IF
82. Los recursos dedicados a realizar estudios de adherencia al tratamiento y a identificar factores que mejoren el cumplimiento terapéutico.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
81. Los recursos dedicados a programas dirigidos a fomentar un uso más seguro, efectivo y eficiente de medicamentos.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
79. La oferta de formación de postgrado centrada en la integración y coordinación de niveles asistenciales (primaria y hospitalaria) para asegurar la atención continuada al paciente.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
77. El número de créditos destinados a incrementar las habilidades relacionales y de comunicación interpersonal en pregrado (actualmente no hay créditos).	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
80. La oferta de formación de postgrado centrada en el uso y aplicación de las TIC a la práctica farmacéutica.	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
78. El número de créditos destinados a la atención de pacientes crónicos y polimedicados en pregrado (actualmente no hay créditos).	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Discrepancia							
76. El número de facultades de farmacia existentes en España (actualmente hay 21).	=	=	=	=	=	=	=

Tal como refleja la tabla anterior, el análisis por subgrupos presentó tendencias similares que los resultados agregados.



6. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

6.1. El entorno de los servicios de farmacia hospitalaria

6.1.1. Limitaciones coyunturales de los modelos SFH en las futuras GAI

Aunque es generalizada la percepción de los expertos consultados sobre la influencia que pueda tener un futuro modelo de GAI sobre la realidad de los SFH del SNS, también es evidente la percepción de que una limitación para su implantación reside en la actual organización competencial autonómica del propio Sistema Nacional de Salud, aunque la variabilidad también puede ser un elemento que facilite la adopción de las mejores iniciativas. La forma y manera en que puedan implantarse las GAI suscita dudas sobre la futura homogeneidad del modelo en la próxima década, lo que conlleva la dificultad en concretar y prever las características más específicas del mismo.

6.1.2. Factores de confusión en la identificación del rol farmacéutico

Es precisamente el contexto de incertidumbre para concretar el modelo de las GAI lo que dificulta posicionar de manera realista, formal y específica, el destino de los actuales roles profesionales de farmacéuticos hospitalarios y farmacéuticos de AP. Esta realidad se expresa en la dispar manera de interpretar algunas de las consultas del estudio, especialmente, cuando se intenta diferenciar la percepción de los farmacéuticos de hospital y de los farmacéuticos que desarrollan o han desarrollado su actividad en el ámbito de la AP. En este sentido, algunos comentarios de los expertos participantes apuntaron la posibilidad de que, aunque la mayoría de expertos entendiera como SFH los futuros servicios “integrados” donde los FH y los farmacéuticos de Atención Primaria (FAP) compartirían plenamente roles profesionales, otros interpretaron las afirmaciones en el contexto del actual modelo profesional. En este sentido, algunos participantes interpretaron la “integración” como una adaptación o ampliación de los actuales servicios, más que como un cambio de modelo. Esto explicaría la disparidad observada de ambos colectivos en ciertos pronósticos.

6.1.3. Posicionamiento positivo respecto al modelo de las GAI

El 99,4% de los expertos consultados manifestó el deseo de que las GAI permitan mejorar la eficiencia en el uso de medicamentos. En este sentido, la única unanimidad que ha generado el proceso de consenso, responde al deseo de que las GAI permitan mejorar la eficiencia en el uso de

medicamentos de los pacientes crónicos. Es, pues, una evidencia que favorecer el cambio hacia un nuevo modelo integrado de gestión es voluntad explícita de los farmacéuticos y de los demás profesionales relacionados con los SFH.

6.1.4. Importancia clave de “cómo” se formalice la dirección de modelo

Algunos de los comentarios de los participantes y de miembros del Grupo Asesor referían la importancia del “cómo” se realizarán los cambios que lleven a una integración de las GAI. En concreto, alguno aludía al modo en que se integrarán los profesionales de ambos niveles asistenciales.

Como es previsible, un miembro del colectivo de farmacéuticos que prestan sus servicios en la atención primaria se pregunta *“si dicha integración se hará en términos de igualdad laboral, aprovechando la experiencia y formación de todos, lo que permitiría conseguir servicios de área mucho más potentes, con más funciones y con una proyección apropiada para garantizar la continuidad asistencial en lo relativo a los tratamientos farmacológicos, ya que no serán específicamente de AP o de Atención Hospitalaria”*.

También se sugiere que las GAI se constituyan como organizaciones integradas en el ámbito territorial donde prestan sus servicios, por lo que debieran funcionar bajo la supervisión de comisiones locales únicas en la toma de decisiones, adaptándose a las diferentes situaciones y ámbitos clínicos. Los farmacéuticos deberían tener presencia entre otros profesionales.

No hay duda de que la flexibilidad necesaria para la progresiva implantación del modelo requiere que se comuniquen bien los aspectos relativos a la integración de roles profesionales y se garantice la presencia del farmacéutico en todas las comisiones que afecten de una u otra manera a los servicios finalistas que son también de su competencia.

En la misma línea incide la siguiente reflexión de uno de los participantes: *“conseguir organizaciones sanitarias realmente integradas y no una suma de funciones separadas, ni alguna mezcla rara de intrusismo de funciones, se presenta como una labor costosa en el tiempo y en los esfuerzos de adaptación al cambio de los profesionales implicados, tan propios de estas situaciones. Sin embargo, dada la trascendencia del objetivo planteado que tiene como fin último el bienestar del paciente, el reto se presenta, no ya como necesario, sino imprescindible, quedando por ver cuál será el modelo de integración más efectivo, en términos de salud y costes a medio y largo plazo”.*

6.1.5. Participación en la evaluación de medicamentos

La evaluación de medicamentos presenta múltiples prismas en los que la participación del farmacéutico es percibida con matices. Es clara la vocación de los farmacéuticos de intensificar su actividad en el análisis de la prescripción intrahospitalaria con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios e incrementar su responsabilidad en la validación de los medicamentos. Sin embargo, la ausencia de responsabilidad en la prescripción inicial limita su participación en la actividad de control de la prescripción de medicamentos y en la elaboración y seguimiento de los presupuestos del hospital.

Otro aspecto controvertido es la participación de los farmacéuticos de los SFH en la evaluación de medicamentos e informes de posicionamiento terapéutico (IPT) para el SNS, coordinados por la Agencia Española del Medicamento, donde pese a la mayoría expresada por los expertos (78,5%) en el sentido de incrementar su participación, algunos comentarios apuntan hacia la dificultad del Ministerio para arbitrar los informes de valor donde todas las sociedades científicas implicadas en el uso de medicamentos de forma importante, querrán hacerlo.

La propia evolución de los SFH y de los programas dirigidos a hacer más transversal la información y trazabilidad de los medicamentos determinará si estos instrumentos de valor dan entrada a una mayor presencia del farmacéutico en el control de los distintos factores que intervienen en las condiciones de utilización y la gestión del medicamento.

6.1.6. Colaboración con las oficinas de farmacia

Aunque el panel de expertos consensuó su deseo de que las GAI posibiliten el establecimiento de acuerdos profesionales con las oficinas de farmacia de cada área más allá de la dispensación de medicamentos, la mayoría de los consultados (75,8%) predijo que esto no sucedería en los próximos 10 años.

Probablemente, la progresiva adaptación de las oficinas a priorizar y compatibilizar su rol en atención farmacéutica al contexto comercial

en el que desarrollan su actividad habitual explica que aún se perciba lejana la integración de intereses y coordinación de actividad profesional con el Servicio Público de Salud.

6.2. La gestión de los servicios de farmacia hospitalaria

En sus directrices publicadas en 2011 sobre buenas prácticas en farmacia, la International Pharmaceutical Federation concluyó que cada organización profesional farmacéutica nacional debería constituirse en garante para establecer recomendaciones marco orientadas a proporcionar servicios profesionales de calidad a los ciudadanos:

- » preparar, obtener, almacenar, asegurar, distribuir, administrar, dispensar y eliminar medicamentos
- » ofrecer una gestión eficaz de los tratamientos farmacológicos
- » mantener y mejorar el ejercicio profesional
- » ayudar a mejorar la eficiencia del sistema de salud y la salud pública.

La continua adaptación de los farmacéuticos a los cambios que el tiempo y la sociedad imponen es un hecho, como también lo es que en la actualidad aparece un nuevo reto de adaptación del modelo de gestión farmacéutica, ante una mayor demanda de profesionalidad y rigor científico de la asistencia farmacéutica y una mejora de la calidad de los servicios ofertados al paciente.

6.2.1. Gestión de calidad en los SFH

Una gestión adecuada de la calidad en los SFH exige una planificación estratégica que únicamente se puede establecer con garantías desde el acceso a la información y la definición de objetivos de mejora apropiados a la cartera de servicios y que se evalúen periódicamente a partir de indicadores previamente definidos.

En este contexto, resulta coherente el deseo casi unánime de los expertos consultados de que todos los SFH dispongan de SAD que aseguren la trazabilidad del medicamento desde su adquisición hasta su administración al paciente. Sin embargo, resulta decepcionante que únicamente el 23,1% de estos expertos considere posible la implantación de estos sistemas de información en los SFH, considerando, además, que la percepción específica de los dos subgrupos de farmacéuticos consultados es aún más desalentadora, no alcanzando ni siquiera el 13%.

6.2.2. Ponderación de la calidad en los servicios y el uso de recursos

En el trasfondo del escepticismo manifestado por los expertos pudiera estar el actual escenario de restricción presupuestaria que limita de forma severa la evolución de las inversiones en la mejora de las infraestructuras e implantación de innovaciones tan necesarias para el mantenimiento y optimización de cualquier área gestora de la sanidad pública.

Resulta evidente la aceptación de los farmacéuticos respecto a los indicadores de calidad y su importancia en la evaluación de la actividad. Sin embargo, manifiestan con cierta prevención la necesidad de una implantación homogénea y adaptada de estos indicadores a las condiciones reales de cada ámbito asistencial.

Otros comentarios hacen referencia a cierta desconfianza en el uso de los sistemas de información que permiten un registro de la actividad sobre el manejo de los medicamentos y la evaluación de los indicadores. Algunos expertos manifiestan que no siempre se priorizarán los análisis en términos de resultados en la salud, dado que en ocasiones se incide más en el análisis a corto plazo en términos de gestión y uso de recursos.

6.2.3. Impacto de las políticas restrictivas en el uso de los medicamentos de alto coste

En el contexto restrictivo actual, la aceptación del riesgo de generar situaciones que afectan al justo acceso y equidad de

los servicios de calidad en nuestro SNS ha desarrollado la necesidad de los profesionales de apoyar sus decisiones en recomendaciones-guía de las sociedades relevantes de cada comunidad científica y en asentar la necesidad de priorizar el valor de estas recomendaciones sobre la base de los criterios de medicina basada en la evidencia; y cuando esto no sea posible, a partir de la experiencia empírica de expertos reconocidos por la comunidad científica correspondiente al área terapéutica en discusión.

6.3. La atención farmacéutica

Una visión amplia de la evolución futura en la Atención farmacéutica centrada en el paciente, obliga a:

- abordar la gestión del paciente crónico como principal reto asistencial. Así pues, se hace indispensable dar respuesta a sus necesidades, tanto desde un punto de vista de resultados de salud, como para garantizar la sostenibilidad del sistema en un entorno con presión creciente sobre los costes
- fomentar la cooperación entre los distintos niveles de los servicios de farmacia, tanto intra, como extrahospitalarios, con el objetivo de compartir y coordinar la gestión del paciente
- contribuir al posicionamiento de los SFH como ejes vertebradores de la atención farmacéutica en la organización del área asistencial.

6.3.1. La gestión del paciente crónico

Posicionar de la atención al paciente como objeto fundamental de la Atención Farmacéutica obliga a dirigir el futuro modelo hacia:

- integrar los distintos niveles asistenciales en un único agente asistencial: el especialista farmacéutico
- estrechar la relación con los distintos agentes asistenciales que cooperan en el plan terapéutico del paciente
- reforzar los procesos farmacéutico-asistenciales que permiten un adecuado seguimiento del paciente (validación de la medicación, control de alertas, notificación y gestión de incidencias, control de adherencia, etc.)
- implantar sistemas de información que permitan el acceso transversal a la información registrada del paciente
- reforzar la relación asistencial entre el farmacéutico y el paciente (intervenciones informativas y educativas de refuerzo al plan terapéutico)
- desarrollar la Farmacovigilancia activa.

Es evidente que realizar todas estas funciones de gestión integrada y personalizada de los pacientes a nivel intra y extrahospitalario, únicamente puede ser viable a partir de la cooperación coordinada de todos los agentes asistenciales que participan de la relación con el paciente, incluyendo médicos, enfermeras, auxiliares e incluso farmacias comunitarias.

6.3.2. Procesos de atención farmacéutica interdisciplinar

Estrechar la relación con los distintos agentes asistenciales que cooperan en el plan terapéutico del paciente obliga a desarrollar procesos comunes de gestión que permitan ordenar el rol y responsabilidades sobre el mismo. El desarrollo protocolizado de estos procesos requiere la actitud participativa de los distintos agentes para acordar el modo y manera en que interactuarán los profesionales. Este aspecto, como apuntan algunos de los expertos, supone en algunos casos una evolución cultural en los distintos agentes asistenciales respecto al modo en que se han desenvuelto tradicionalmente.

En práctica clínica habitual, los profesionales responsables del plan terapéutico están expuestos a tener que tomar decisiones en situaciones de urgencia ante las que en ocasiones es imposible seguir los procedimientos de validación acordados. Por ello, es especialmente importante consensuar el modo y manera en que se gestionarán primero las alertas e intervenciones urgentes y después la información de la misma y su resolución.

6.3.3. Procesos de participación farmacéutica en las decisiones terapéuticas del paciente

En relación a los aspectos que debieran potenciar la actividad del farmacéutico hospitalario al objeto de lograr una atención sanitaria excelente, únicamente se obtuvo discrepancia cuando se consultó la actividad de este profesional para favorecer la participación del paciente o familiares en las decisiones terapéuticas, en que la opción predominante (59,2%) fue que debería potenciarse poco.

La reivindicación del farmacéutico de desarrollar un rol de mayor relación directa con el paciente se debe ponderar adecuadamente en el contexto de la relación con los servicios médicos, al tiempo que los criterios de este escenario profesional deben responder a situaciones específicas acordadas entre médicos y farmacéuticos. De la armonía de esta relación depende el necesario equilibrio de responsabilidades del propio farmacéutico en la atención farmacéutica genuina y la gestión y supervisión del buen uso de los medicamentos.

Asimismo, hay que tener en cuenta que los modelos de integración también suponen una mayor carga de funciones profesionales que en el marco del actual estudio han sido claramente consensuadas por los distintos colectivos, como demuestran los acuerdos en el rol de asesor dentro del proceso farmacoterapéutico (98,0%), aspectos relacionados con la integración, cooperación o coordinación con los otros servicios clínicos (96,2%), la atención farmacéutica en primaria (95,9%), aspectos relacionados con el rol de atención farmacéutica y asistencial en

general (90,4%) y el seguimiento del paciente crónico polimedicado en particular (94,6%), y aspectos relacionados con el incremento de la seguridad (96,2%), de la adherencia terapéutica (93,9%) y de la farmacoterapia individualizada (92,4%).

6.3.4. Procesos orientados a reducir los errores en la medicación de los pacientes

Con el objetivo de reducir significativamente los errores de medicación en los próximos 10 años, el panel de expertos alcanzó consenso (96,8%) sobre el hecho de que todos los profesionales sanitarios deberán incorporar en su práctica clínica la detección de problemas relacionados con los medicamentos.

En relación a la seguridad de la medicación, los expertos también consensuaron que la dispensación siempre deberá realizarse después de que el farmacéutico haya validado la prescripción médica (98,6%). En este sentido el Grupo Asesor consideró oportuno el comentario de un panelista que apuntaba *“que siempre existirán situaciones de urgencia en que un medicamento se administre sin la validación previa del farmacéutico”*.

También se destacó la conveniencia de que los SFH reenvasen y etiqueten todos los medicamentos que se usen en el hospital cuando su presentación comercial no se presenta en el formato de dosis unitaria (96,2%).

Y asimismo, alcanzó consenso (94,9%) respecto a que los medicamentos de alto riesgo o mezclas intravenosas deberían prepararse en una unidad centralizada del SFH. No obstante, la obligatoriedad de que las mezclas intravenosas siempre deban realizarse en una unidad centralizada solamente fue apoyada por el 79,6% de los consultados, si bien, puede que la especificación de “siempre” haya limitado el apoyo a este enunciado dada la actual restricción generalizada de recursos.

6.4. Asistencia sanitaria basada en la evidencia

La International Pharmaceutical Federation, promueve como definición de buenas prácticas en farmacia aquellas que responden a las necesidades de las personas que utilizan los servicios farmacéuticos para ofrecer una atención óptima y basada en la evidencia. Para apoyar estas prácticas es fundamental que se establezca un marco nacional de estándares y directrices de calidad.

6.4.1. Toma de decisiones basada en la evidencia científica

Los expertos consultados se posicionaron con un nivel de consenso a favor de la ASBE, mostrando su acuerdo en que esta guiará la selección, evaluación (91,7%) y prescripción de medicamentos (93,3%), facilitando así la toma de decisiones de los SFH para obtener mejores resultados en términos de salud, bienestar y calidad de vida (93,3%).

Sin embargo, algunos de los enunciados sometidos a la valoración de los expertos se formularon otorgando a la ASBE un impacto que no se corresponde con el escenario de oportunidad actual. Por ejemplo: *“Todas las decisiones comprendidas en la atención farmacéutica, desde la selección hasta la dispensación y evaluación de la eficacia, estarán basadas en la evidencia científica”*. Es por ello que tal vez hubiera expertos que no apoyaran el argumento al incluirse el término *“todas”*. En cualquier caso, los expertos consensuaron (93,8%) que cuando no sea posible sustentar las decisiones en la ASBE será necesario tomar decisiones sin su apoyo.

6.5. Seguridad y nuevas tecnologías de la información

Los resultados del estudio no ofrecen dudas en cuanto al posicionamiento de los expertos respecto a considerar que los aspectos más importantes para lograr la máxima seguridad en el uso de medi-

camentos son: la implantación exhaustiva y efectiva de sistemas electrónicos integrados de prescripción, dispensación, y administración de medicamentos que incluyan alertas y algoritmos de validación asistida, la implantación de programas de mejora de la calidad de la prescripción tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario y la generalización de una historia clínica electrónica integrada o compartida.

6.5.1. Retos ante la implantación de nuevas tecnologías de la información

La aplicación de nuevas tecnologías de la información es considerada fundamental para tareas orientadas al soporte e información a los profesionales. Sin embargo, de acuerdo con su opinión, su implantación y evolución en el ámbito local como herramienta normalizada de trabajo en los SFH requerirá de una mayor transversalidad de la información — en la actualidad, sometida a múltiples barreras de integración— y en el ámbito institucional, de una mayor homogeneidad en los criterios de desarrollo y diseño de las aplicaciones.

Un experto comentó: *“ante la oportunidad de una mejora en la comunicación entre la atención farmacéutica de AP y la atención farmacéutica especializada mediante programas de historia clínica única, se hace necesaria la implantación e interoperabilidad en todo el territorio nacional de la receta electrónica y de las Tarjetas Sanitarias (TIS) de los pacientes para mejorar los sistemas de información entre CC. AA.”*

Algunos expertos quisieron hacer mención del papel del médico en relación a la prescripción electrónica asistida (PEA) comentando que esta, actualmente, correspondía más a una herramienta de ayuda que de control. La cultura en los centros está orientada a utilizar la PEA como soporte informativo sobre la prescripción fundamentada en las guías farmacoterapéuticas, mientras que la evolución de estos sistemas hacia aspectos más orientados a la trazabilidad y seguimiento del paciente y su medicación quedan en un segundo plano. En este sentido, es fundamental considerar el comentario de un participante: *“Para minimizar la natural resistencia de los facultativos médicos a la prescripción asistida es fundamental la implicación de estos (y no solo de los gestores) en la implantación de los protocolos”*.

Aceptada la integración de los sistemas de información, el Grupo Asesor consideró adecuado recordar el siguiente comentario de otro participante: *“Aunque la prescripción asistida es muy importante como ayuda para el clínico, debe estar sustentada en la práctica clínica y en los criterios de prescripción adecuados, por lo que siempre necesitará la consideración del criterio clínico, en la toma de decisión”*.

6.6. Formación, investigación y docencia

Los expertos se manifestaron casi unánimemente a favor de que los investigadores de los SFH se integren en redes de investigaciones nacionales e internacionales (99,4%), si bien casi una cuarta parte de los consultados se mostraron escépticos respecto a que tal deseo se cumpliera en el horizonte a 10 años fijado para la consulta.

En el mismo sentido suscitó el consenso de los expertos el deseo que en el futuro se desarrollen proyectos de investigación evaluativa de programas de riesgo compartido con la industria farmacéutica, aumenten los recursos para la investigación sobre adherencia / cumplimiento y se fomente el buen uso del medicamento.

En cuanto a la formación, se destaca el deseo de incluir créditos en pregrado dirigidos a mejorar las habilidades relacionales y de comunicación, así como los destinados a la atención de pacientes crónicos y polimedicados; que se impartan cursos de postgrado para la adquisición de habilidades de gestión y dirección de equipos, para la integración de niveles asistenciales que asegure la continuidad del paciente, para el uso y aplicación de las TIC; y que la gran mayoría de los cursos de postgrado (Máster/ Doctorados) dispongan de alternativas no presenciales (e-learning).

Finalmente, se destaca que, si bien los expertos se posicionan a favor de aumentar las opciones formativas, consideran asimismo que las 21 facultades de farmacia actuales deberían ser suficientes, si no demasiadas, para abarcar la formación y especialización de los nuevos profesionales.

Y a modo de reflexión final, procede reproducir la observación de uno de los participantes: *“Debería aumentar la colaboración entre la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP) en temas como docencia, formación, elaboración de guías de práctica clínica, evaluación de nuevos medicamentos, sistemas electrónicos de gestión, programa de receta electrónica, atención farmacéutica, seguridad del paciente, ensayos clínicos, estudios de utilización de medicamentos, etc. Asimismo, debería haber una mayor coordinación entre SEFH y SEFAP de cara al programa docente de la nueva especialidad de FH y de AP”.*



7. BIBLIOGRAFÍA

1. Dr. Eduardo Echarri Arrieta. La farmacia de hospital en el entorno sanitario. Formación continuada para farmacéuticos de hospital. Curso acreditado por la S.E.F.H. 2002.
2. Orden de 18/12/2012, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de las Gerencias de Atención Integrada del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. [2012/17561].
3. Ordenación Sanitaria del Territorio en las comunidades autónomas Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2011.
4. Calvo Hernandez MV, Alos Alminana M, Giraldez Deiro J, Inaraja Bobo MT, Navarro Ruiz A, Nicolas Pico J, et al. [Bases of the pharmaceutical care in Hospital Pharmacy]. Farm Hosp. 2006 Mar-Apr;30(2):120-3.
5. Definición de Atención Farmacéutica para el proyecto Cognhos@F. Foro de Atención Farmacéutica de 2008.
6. Jordi Fàbrega. El modelo de Atención Farmacéutica de los Servicios de Farmacia. Doctors and Managers. Febrero 2010.
7. Climente Martí M., Jiménez Torres N. V. Manual de Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: AFAHPE. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, 2005.
8. Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico. Julio 2012.
9. Hyderabad. Directrices Conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. 2011.
10. National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health care – 2009. Update: A Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum; 2009.
11. Gray Kelkey, (2004).
12. Otero Lopez MJ, Martin Munoz MR, Castano Rodriguez B, Palomo Cobos L, Cajaraville Ordonana G, Codina Jane C, et al. [Assessment of safety practices for medication-use systems in Spanish hospitals (2007)]. Med Clin (Barc). 2008 Dec;131 Suppl 3:39-47.



8. ANEXO:

LISTADO DE PARTICIPANTES

A continuación se anexa el listado de panelistas participantes en primera y segunda ronda (n=150).

Perfil	Nombre	Centro de Trabajo	Cargo	Provincia
FH	ALICIA DIEZ DEL PINO	COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL DE CANARIAS	JEFA DE SERVICIO	LAS PALMAS
FH	SALVADOR GRUTZMANCHER SAIZ	HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	ADJUNTO	HUELVA
FH	MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ BENGOCHEA	HOSPITAL DE GALDAKAO-USANSOLO	JEFE DE SERVICIO	BIZKAIA
FH	ANA CLOPÉS ESTELA	INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA	DIRECCION POLITICA DEL MEDICAMENTO Y FARMACIA	BARCELONA
FH	MONIKE DE MIGUEL CASCÓN	HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES	ADJUNTO DE SERVICIO DE FARMACIA	VIZCAYA
FH	CARMEN GALLEG0 FERNÁNDEZ	HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA	FACULTATIVO ESPECIALISTA AREA	MALAGA
FH	FRANCISCO JOSE FARFAN SEDANO	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA	JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA	MADRID
FH	JUAN ENRIQUE MARTÍNEZ DE LA PLATA	VITHAS HOSPITAL VIRGEN DEL MAR	FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA CONSULTOR	ALMERÍA
FH	ALICIA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ	HOSPITAL INFANTA SOFÍA	JEFE DE SERVICIO	MADRID
FH	MARIA PILAR BACHILLER CACHO	HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA	JEFE DE SERVICIO	GUIPUZCOA
FH	EMILIO MONTE BOQUET	HOSPITAL LA FE (VALENCIA)	JEFE DE SECCIÓN	VALENCIA
FH	LUIS CARLOS FERNÁNDEZ LISÓN	COMPLEJO HOSPITALARIO DE CÁCERES	JEFE DE SECCIÓN	CÁCERES
FH	JAVIER GARCÍA PELLICER	SERVICIO DE FARMACIA. HOSPITAL LA FE	JEFE DE SECCIÓN.	VALENCIA
FH	JOSÉ ANTONIO MARTIN CONDE	HOSPITAL UNIVERSITARIO NTA SRA LA CANDELARIA	JEFE DE SECCIÓN	SANTA CRUZ DE TENERIFE
FH	FRANCISCO JAVIER BÉ-CARES MARTÍNEZ	HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	JEFE DE SERVICIO	MADRID

FH: Farmacéutico Hospitalario; FH-AP: Farmacéutico Hospitalario con experiencia en AP; GES: Gestor Hospitalario; AD: Administración; ASIS: Médico Asistencial; IF: Industria Farmacéutica; PAC: Representantes de pacientes

Perfil	Nombre	Centro de Trabajo	Cargo	Provincia
FH	BEATRIZ BERNÁRDEZ FERRÁN	COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA	RESPONSABLE UNIDAD FARMACIA ONCOLÓGICA	A CORUÑA
FH	ISAURA RODRIGUEZ PENIN	HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE	JEFE DE SECCIÓN CON FUNCIONES DE JEFE DE SERVICIO	A CORUÑA
FH	M ^a ANTONIA MANGUES BAFALLUY	HOSPITAL DE LA STA. CREU I ST. PAU	DIRECTORA DEL SERVICIO DE FARMACIA	BARCELONA
FH	JOSE MANUEL FERNANDEZ OVIES	HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA DE MALAGA	JEFE DE SERVICIO	MALAGA
FH	MONTSERRAT PEREZ ENCINAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON	JEFE DE SERVICIO	MADRID
FH	RAMON MORILLO VERDUGO	HOSPITAL DE VALME	FEA FARMACIA HOSPITALARIA	SEVILLA
FH	VICENTE FAUS FELIPE	AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL	DIRECTOR DE ÁREA DE FARMACIA Y NUTRICIÓN	MÁLAGA
FH	OLATZ IBARRA BARRUETA	HOSPITAL DE GALDAKAO- USANSOLO	ADJUNTO	VIZCAYA
FH	ANA MARIA DE JUAN ARROYO	HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO	FARMACEUTICA ADJUNTA , RESPONSABLE AREA ONCOLOGIA	VIZCAYA
FH	JOSE JIMENEZ TORRES	HOSP. SAN RAFAEL DE CADIZ	JEFE DE SERVICIO	CADIZ
FH	PEDRO ACOSTA ROBLES	AGENCIA PUBLICA EMPRESARIAL SANITARIA HOSPITAL DE PONIENTE	DIRECTOR AREA DE FARMACIA	ALMERIA
FH	M TERESA GÓMEZ DE TRAVECEDO Y CALVO	HOSPITAL DEL SAS DE JEREZ	FEA	CADIZ
FH	CARMEN FLORISTÁN IMÍZCOZ	HOSPITAL SAN ELOY	RESPONSABLE DEL SERVICIO DE FARMACIA	VIZCAYA
FH	JUAN ANTONIO SCHOENENBERGER ARNAIZ	HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA	JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA	LLEIDA
FH	RAFAEL ILARDIA LORENTZEN	HOSPITAL DE GORLIZ (VIZCAYA)	FEA FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA	BIZKAIA
FH	ENRIQUE SOLER COMPANYY	HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA	JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA	VALENCIA
FH	SANTIAGO GRAU CERRATO	HOSPITAL DEL MAR	JEFE DE SECCIÓN	BARCELONA
FH	FRANCISCO SIERRA GARCÍA	HOSPITAL TORRECARDENAS Y LA INMACULADA	DUGC INTERNIVELES E INTERCENTROS DE ALMERÍA	ALMERÍA

Perfil	Nombre	Centro de Trabajo	Cargo	Provincia
FH	FEDERICO TUTAU GÓMEZ	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES	RESPONSABLE DEL SERVICIO DE FARMACIA	MADRID
FH	DOLORES MARTINEZ GARCIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALAVA	JEFE SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL SANTIAGO	ALAVA
FH	LUIS MARGUSINO FRAMIÑÁN	SERVICIO DE FARMACIA. HOSPITAL A CORUÑA.	JEFE DE SECCION	A CORUÑA
FH	MARGARITA REMIREZ DE ESPARZA OTERO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SEVILLA	JEFE DE SERVICIO	SEVILLA
FH	ANA HERRANZ ALONSO	HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN	RESPONSABLE LOGÍSTICA. INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN	MADRID
FH	JUAN FRANCISCO RANGEL MAYORAL	HOSPITAL INFANTA CRISTINA DE BADAJOZ	COORDINADOR DE FARMACIA HOSPITALARIA	BADAJOZ
FH	EVA NEGRO VEGA	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. COMUNIDAD MADRID	F.E.A.	MADRID
FH	MANEL PINTENO BLANCO	HOSPITAL COMARCAL D'INCA	JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA	ILLES BALEARS
FH	MANUEL JESÚS CÁRDENAS ARANZA	HOSPITAL REINA SOFÍA	JEFE DE SECCIÓN	CÓRDOBA
FH	ANA LOZANO BLÁZQUEZ	HOSPITAL DE CABUEÑES	FEA. RESPONSABLE DEL CIM. TUTORA DE RESIDENTES	ASTURIAS
FH	JOSE CABEZA BARRERA	UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE FARMACIA DE GRANADA	DIRECTOR UNIDAD GESTIÓN CLÍNICA	GRANADA
FH	GERARDO CAJARAVILLE ORDOÑANA	FUNDACIÓN ONKOLOGIKOA	JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA	GUIPUZCOA
FH	M VICTORIA CALVO HERNANDEZ	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA	JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA	SALAMANCA
FH	JUAN JOSÉ ORTIZ DE URBINA GONZÁLEZ	COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN	JEFE DE SERVICIO FARMACIA HOSPITALARIA	LEÓN
FH	CECILIA MARTINEZ FERNANDEZ LLAMAZARES	HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN	FARMACEUTICA ADJUNTA RESPONSABLE AREA MATERNO INF	MADRID
FH	ALBERTO MORELL BALADRÓN	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA	JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA	MADRID
FH	ANTONIO IDOATE GARCIA	CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA	CONSULTOR. DIRECTOR DE SERVICIO.	NAVARRA

Perfil	Nombre	Centro de Trabajo	Cargo	Provincia
FH	ESTEBAN VALVERDE MOLINA	HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE MALAGA	JEFE DE SECCION	MALAGA
FH	CARLOS MARTÍNEZ MARTÍNEZ	HOSPITAL UNIOVERSITARIO ARABA- SEDE TXAGORRITXU	JEFE DE SERVICIO	ÁLAVA
FH	M ^a CARMEN ARIZ ARNEDO	HOSPITAL BIDASOA	JEFE SERVICIO DE FARMACIA OSI BIDASOA HOSPITAL	GIPUZKOA
FH	MARIA JESUS YURRE-BASO IBARRETXE	HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO	JEFA SERVICIO FARMACIA HOSPITALARIA	VIZCAYA
FH	M ^a JOSE ARRIZABALA-GA ARRIZABALO	HOSPITAL DE MENDARO	JEFE DE SECCION	GUIPUZKOA
FH	CONSUELO GARCÍA MOTOS	HOSPITAL GENERAL MORALES MESEGUER	F.E.A	MURCIA
FH	M.CARMEN ALERANY PARDO	HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON	JEFE DE SECCIÓN	BARCELONA
FH	MARÍA TERESA AZNAR SALIENTE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN	JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA	ALICANTE
FH	M.ANGELES BOBIS CASAS	HOSPITAL DR. JOSEP TRUETA	JEFE DE SERVICIO	GERONA
FH	M. TERESA IGLESIAS GARCIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS	DIRECTORA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE FARMACIA	ASTURIAS
FH	SALVADOR SERNA JUAN	HOSPITAL COMARCAL MELILLA	JEFE DE SERVICIO	MELILLA
FH	JUAN JESÚS VARELA CORREA	COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE	JEFE DE SECCIÓN	OURENSE
FH	MARIA JOSE TAMES ALONSO	INSTITUTO ONCOLOGICO	JEFE CLINICO	GUIPUZCOA
FH	M. SOLEDAD SOCÍAS MANZANO	HOSPITAL CL. UNIV. SAN CECILIO	JEFE DE SECCIÓN	GRANADA
FH	M ^a JOSE OTERO LÓPEZ	COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA	JEFE DE SECCIÓN	SALAMANCA
FH	FERNANDO MARCOTEGUI ROS	HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO	RESPONSABLE SERVICIO DE FARMACIA	NAVARRA
FH	JAVIER MERINO ALONSO	HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA SRA DE CANDELARIA	JEFE DE SERVICIO FARMACIA HOSPITALARIA	STA CRUZ DE TENERIFE
FH	MARGARITA AGUAS COMPAIRED	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR	JEFE DE SERVICIO	BARCELONA
FH	IÑIGO AGUIRRE ZUBIA	HOSPITAL DONOSTIA	FEA	GIPUZKOA

Perfil	Nombre	Centro de Trabajo	Cargo	Provincia
FH	JOSE JAVIER VELASCO DEL CASTILLO	CENTRO SAN FRANCISCO JAVIER. DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL. SNS-O. PAMPLONA	JEFE DE LA SECCIÓN DE FARMACIA	NAVARRA
FH	CARLOS CRESPO DIZ	COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA	JEFE DE SERVICIO	PONTEVEDRA
FH	Mª TERESA SÁNCHEZ SÁNCHEZ	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID	JEFE DE SERVICIO	VALLADOLID
FH	M. PILAR MAS LOMBARTE	FUNDACION PRIVADA HOSPITAL ASIL DE GRANOLLERS	DIRECTOR DE SERVICIO DE FARMACIA	BARCELONA
FH	XAVIER BONAFONT PUJOL	HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL	JEFE DE SERVICIO	BARCELONA
FH	CARLOS CODINA JANE	HOSPITAL CLINIC	JEFE DE SERVICIO FARMACIA	BARCELONA
FH	ISABEL MARTIN HERRANZ	COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA	JEFE DE SERVICIO	A CORUÑA
FH	MARIFE HURTADO GOMEZ	HOSPITAL SAN PEDRO. LOGROÑO	JEFE SERVICIO	LA RIOJA
FH	M. TERESA BERMEJO VICEDO	RAMON Y CAJAL	JEFE SERVICIO	MADRID
FH	MONICA CLIMENTE MARTI	H.U. DR. PESET	JEFE DE SERVICIO	VALENCIA
FH	MARIA QUERALT GORGAS TORNER	HOSPITAL UNIVERSITARIO PARC TAULÍ SABADELL	DIRECTORA DEL SERVICIO DE FARMACIA	BARCELONA
FH	AMELIA DE LA RUBIA NIETO	HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA	COORDINADORA DEL AREA FARMACÉUTICA/JEFE SERVICIO	MURCIA
FH	BEATRIZ CALDERÓN HERNANZ	HOSPITAL SON LLATZER	ADJUNTA EN SERVICIO DE URGENCIAS Y CIM	BALEARES
FH	Mª REYES ABAD SAZATORNIL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA	ZARAGOZA
FH	MARÍA JOSÉ AGUSTÍN FERRÁNDEZ	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	FACULTATIVO ESPECIALISTA	ZARAGOZA
FH	JOSÉ MIGUEL FERRARI PIQUERO	HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE DE MADRID	JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA	MADRID
FH	ISMAEL ESCOBAR RODRÍGUEZ	HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR	JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA	MADRID
FH	MARÍA PUY FIGUERO ECHEVERRÍA	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES	JEFE DE SERVICIO	VIZCAYA
FH	ALICIA HERRERO AMBROSIO	HOSPITAL LA PAZ	JEFE SERVICIO	MADRID
FH_AP	NORA IZKO GARTZIA	HOSPITAL SON LLÁTZER.	ADJUNTO SERVICIO FARMACIA	BALEARES

Perfil	Nombre	Centro de Trabajo	Cargo	Provincia
FH_AP	CECILIA CALVO PITA	SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD. DIRECCIÓN ASISTENCIAL OESTE.	FARMACÉUTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA	MADRID
FH_AP	NEKANE JAIO ATELA	UNIDAD DE FARMACIA DE COMARCA INTERIOR - OSAKIDETZA	FARMACÉUTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA	BIZKAIA
FH_AP	RAFAEL TORRES GARCÍA	SERVICIO FARMACIA DE AP ÁREA IBIZA-FORMENTERA	COORDINADOR FARMACÉUTICO DE EAP	BALEARES
FH_AP	JAVIER GORRICHIO MENDÍVIL	DEPARTAMENTO DE SALUD. GOBIERNO DE NAVARRA	JEFE DE NEGOCIADO DE EVALUACIÓN ESTRATÉGICA.	NAVARRA
FH_AP	MARIA ANTONIA CANDÁS VILLAR	HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS	FEA FARMACIA HUCA	ASTURIAS
FH_AP	CARMEN DURAN PARRONDO	GERENCIA DE GESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA	COORDINADORA DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA	A CORUÑA
FH_AP	ESTHER ESPÍNOLA GARCÍA	DISTRITO GRANADA METROPOLITANO	FAP	GRANADA
FH_AP	INMACULADA FERNÁNDEZ ESTEBAN	SERVICIO DE FARMACIA -DIRECCIÓN ASISTENCIAL CENTRO	FARMACÉUTICA	MADRID
FH_AP	ANA GANGOSO FERMOSE	GERENCIA DE AP MADRID	FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	MADRID
FH_AP	JESUS BALEA FILGUEIRAS	CHU CORUÑA	ADJUNTO	CORUÑA
FH_AP	CARLOS FERNANDEZ OROPESA	AGS NORDESTE DE GRANADA	FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	GRANADA
FH_AP	M. CARMEN MARQUINA VERDE	GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE BURGOS	FARMACÉUTICA	BURGOS
FH_AP	ELENA HEVIA ÁLVAREZ	SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	JEFA DE SERVICIO PROMOCION URM. SAS	SEVILLA
FH_AP	MERCEDES AZA PASCUAL-SALCEDO	DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA III	FARMACÉUTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA	ZARAGOZA
FH_AP	ANTONIO LÓPEZ ANDRÉS	SERVICIO NAVARRO DE SALUD	SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA NAVARRA NORTE	NAVARRA
FH_AP	ELENA RUIZ DE VELASCO ARTAZA	COMARCA BILBAO	FACULTATIVO TÉCNICO	BIZKAIA

Perfil	Nombre	Centro de Trabajo	Cargo	Provincia
FH_AP	ROSER VALLÉS FERNÁNDEZ	SAP VALLÈS OCCIDENTAL. DAP METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT	FARMACÉUTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA	BARCELONA
FH_AP	M ^a MONTSERRAT PAJARES FERNÁNDEZ	GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA	RESPONSABLE SERVICIO DE FARMACIA	PALENCIA
FH_AP	MAR ÁLVAREZ GARCÍA	SACYL-GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA	RESPONSABLE DEL SERVICIO DE FARMACIA	SORIA
FH_AP	JAVIER MARTÍNEZ GOROSTIAGA	DIRECCIÓN DE COMARCA ARABA - SERVICIO VASCO DE SALUD	FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	VITORIA
FH_AP	ELENA OLLOQUIEGUI BIURRARENA	FARMACIA HOSPITAL ZUMARRAGA. OSI GOIERRI- ALTO UROLA	JEFE DE SERVICIO	GUIPUZCOA
FH_AP	MARÍA ISABEL SASTRE GERVÁS	CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ-A (LA CORUÑA)	FARMACÉUTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA	LA CORUÑA
GES	JUAN ANTONIO MARQUÉS ESPÍ	DEPARTAMENTO DE SALUD MARINA BAIXA	DIRECTOR GERENTE	ALICANTE
GES	ALBERTO JIMÉNEZ MORALES	HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA	RESPONSABLE GESTION Y COMISIÓN DE SEGURIDAD	GRANADA
GES	MARIA ISABEL GENUA GOENA	FUNDACION MATIA. HOSPITAL RICARDO BERMINGHAM	JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA	GIPUZKOA
GES	SUSAN ALVAREZ GOMEZ	SUBDIRECTORA DE GESTION ECONOMICA H. CLÍNICO SAN CARLOS	SUBDIRECTORA DE GESTION	MADRID
GES	ELENA BAYLIN ZALDUA	HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA	FACULTATIVO ADJUNTO U.G.S.(UNIDAD DE GESTION SANI	GUIPUZCOA
GES	JOSE SOTO BONEL	HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID	DIRECTOR GERENTE	MADRID
GES	EMILIO RODRIGUEZ PÉREZ	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES - SERMAS	DIRECTOR DE GESTIÓN	MADRID
GES	JESUS GONZALEZ LAMA	ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE CÓRDOBA	DIRECCIÓN GERENCIA	CÓRDOBA
GES	ENRIQUE DELGADO RUIZ	COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA	DIRECTOR GERENTE DEL COMPLEJO ASISTENCIAL	SORIA
GES	ANA MARTÍNEZ BUGALLO	EOXI A CORUÑA. COMPLJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA	DIRECTORA MÉDICA PROCESOS SOPORTE	A CORUÑA
GES	MIGUEL SANZ DEL POZO	AREA DE GESTIÓN SANITARIA DE OSUNA	DIRECTOR GERENTE	SEVILLA

Perfil	Nombre	Centro de Trabajo	Cargo	Provincia
GES	MANUEL DE LA PUENTE AMDRÉS	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA	DIRECTOR GERENTE	MADRID
GES	JOSÉ HUELIN DOME- CO DE JARAUTA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET EN ZARAGOZA	GERENTE DEL HUMS	ZARAGOZA
GES	JOAN ALTIMIRAS RUIZ	FUNDACIO SANT HOSPITAL - LA SEU D'URGELL	DIRECTOR GERENTE	LLEIDA
AD	RODOLFO RIOS RULL	SERVICIO CANARIO DE LA SALUD	JEFE DE SERVICIO DE ORDE- NACION FARMACEUTICA	SANTA CRUZ DE TENERIFE
AD	MARÍA ZAFORTEZA DEZCALLAR	SERVICIO DE FARMACIA DE SERVICIOS CENTRALES DEL SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES	JEFE SERVICIO DE FARMACIA DE SSCC DEL IBSALUT	ISLAS BALEARES
AD	ALBA PRAT CASANOVAS	GERENCIA DE ATENCION FARMACEUTICA Y PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS. SERVICIO CATALAN SALUD	RESPONSABLE DIVISION ATENCION FARMACEUTICA	BARCELONA
AD	MIGUEL A. EGUIZÁ- BAL EGUIZÁBAL	SECTOR HUESCA	GERENTE DE SECTORES SANITA- RIOS DE HUESCA Y BARBAS	HUESCA
AD	MARIA ASUNCIÓN BO- RONAT MOREIRO	CONSELLERÍA	FARMACÉUTICO ADJUNTO DEPT. FARMACIA S. CENTRALES	BALEARES
AD	FÉLIX RUBIAL BERNÁRDEZ	SERVIZO GALEGO DE SAÚDE	DIRECTOR XERAL DE ASIS- TENCIA SANITARIA	A CORUÑA
AD	JOSÉ LUIS SÁNCHEZ CHORRO	SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD	SUBDIRECTOR DE FARMACIA	BADAJOS
AD	JON IÑAKI BETOLAZA SAN MIGUEL	DEPARTAMENTO DE SALUD. GOBIERNO VASCO	DIRECTOR DE FARMACIA	ÁLAVA
AD	JUDIT CERUELO BERMEJO	GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN	JEFE DE SERVICIO DE PRES- TACIÓN FARMACÉUTICA	VALLADOLID
AD	LAURA ISUSI LOMAS	GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN	JEFA DEL SERVICIO DE CON- TROL FARMACÉUTICO	VALLADOLID
AD	ENCARNACIÓN CRUZ MARTOS	CONSEJERIA DE SANIDAD	SUBDIRECTORA COMPRAS	MADRID
AD	NEUS RAMS PLA	DEPARTAMENT DE SALUT. GENERALITAT DE CATALUNYA	-	BARCELONA

Perfil	Nombre	Centro de Trabajo	Cargo	Provincia
AD	MERCEDES MARTÍNEZ VALLEJO	DIRECCIÓN GENERAL DE CARTERA BÁSICA DE SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y FARMACIA. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD	CONSEJERA TÉCNICA	MADRID
ASIS	ISABEL RUIZ MARTÍN	HOSPITAL RÍO CARRIÓN	MÉDICO ADJUNTO	PALENCIA
ASIS	MARIA LOMAS GARRIDO	JAÉN	FACULTATIVO ESPECIALISTA DE AREA	JAÉN
ASIS	CRISTINA GRÁVALOS CASTRO	HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA	JEFE DE SERVICIO	CANTABRIA
ASIS	PAULA JIMÉNEZ FONSECA	HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS	ONCOLOGA MÉDICO	ASTURIAS
ASIS	ANA CONTRERAS NOGALES	HOSPITAL SON ESPASES	COORDINADORA ENFERMERÍA	BALEARES
ASIS	CARMEN GUILLÁON PONCE	HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL	MÉDICO ADJUNTO DE ONCOLOGÍA-MÉDICA	MADRID
ASIS	M.VICTORIA EGURBIDE ARBERAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	JEFE DE SERVICIO	VIZCAYA
ASIS	HECTOR BUENO ZAMORA	SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN	JEFE DE SECCIÓN. COORDINADOR CARDIOLOGÍA CLÍNICA	MADRID
ASIS	JESUS GARCIA GOMEZ	COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ORENSE	FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA	OURENSE
IF	MONICA AUSEJO SEGURA	GILEAD SCIENCES S.L.	DIRECTORA GOVERNMENT AFFAIRS	MADRID
IF	TERESA MILLAN RUSILLO	LILLY ESPAÑA Y PORTUGAL	DIRECTORA ASUNTOS CORPORATIVOS	MADRID
PAC	BEGOÑA BARRAGAN GARCIA	GRUPO ESPAÑOL DE PACIENTES CON CÁNCER	PRESIDENTA	MADRID

