

Guía única interniveles. Indicadores de utilización de Medicamentos

4º Curso de evaluación y Selección de Medicamentos

MARZO 2006

Dra. Mónica Ausejo Segura

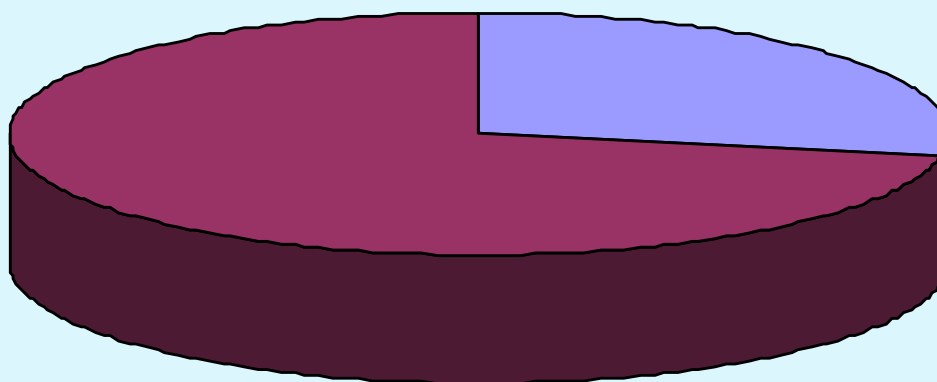
Subdirección General de Asistencia Farmacéutica

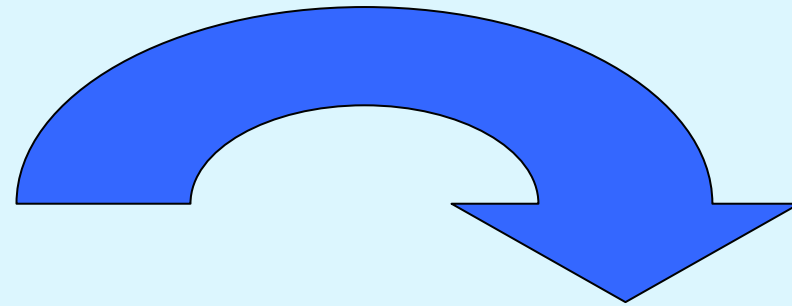
Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

AÑOS 2002-2005

**GASTO FARMACÉUTICO RESPECTO AL GASTO SANITARIO
EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

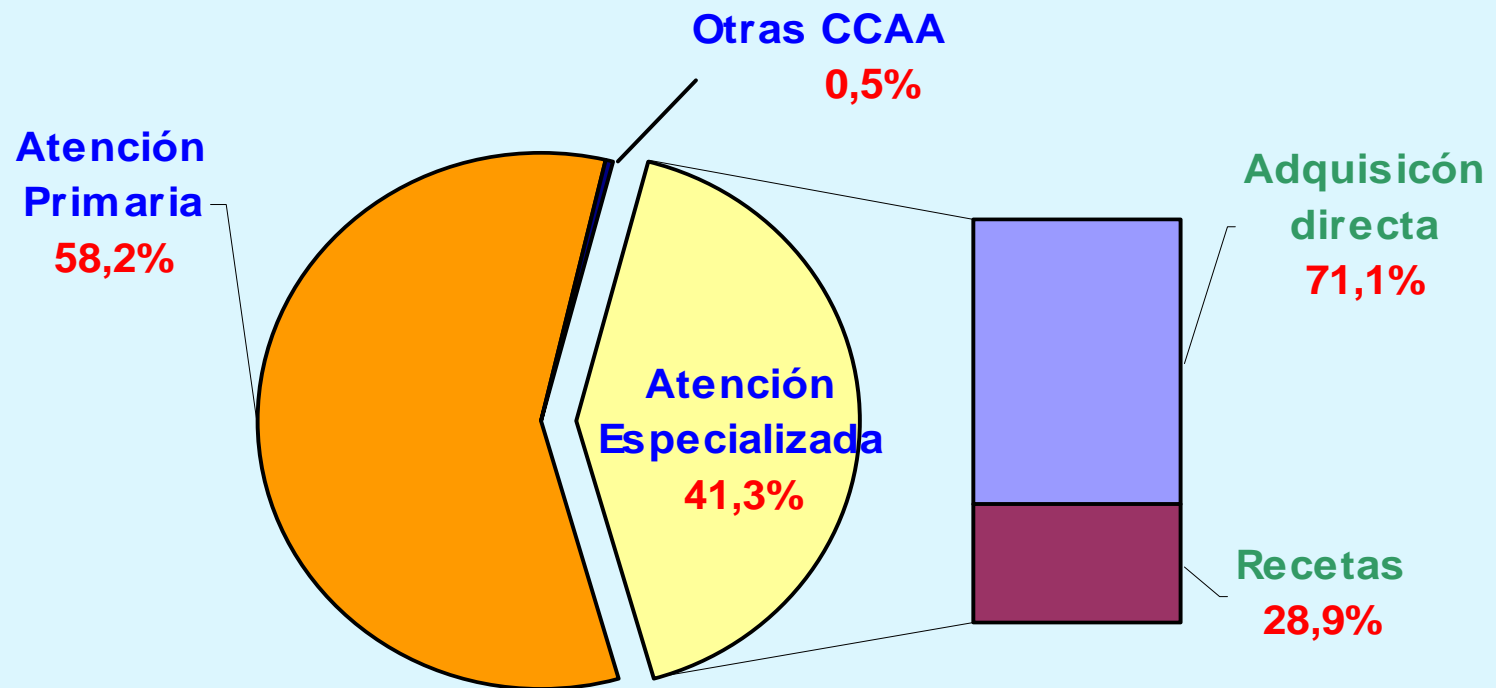
26-30%





Abordaje HOMOGENEO de
los elementos de gestión
en prescripción
farmacéutica

Distribución del gasto 2005 por ámbito asistencial



■ AP ADQ. DIREC+RECETA
■ AE ADQ.DIRECTA

■ CCAA
■ AE RECETAS

Distribución gasto por actividad Atención Especializada

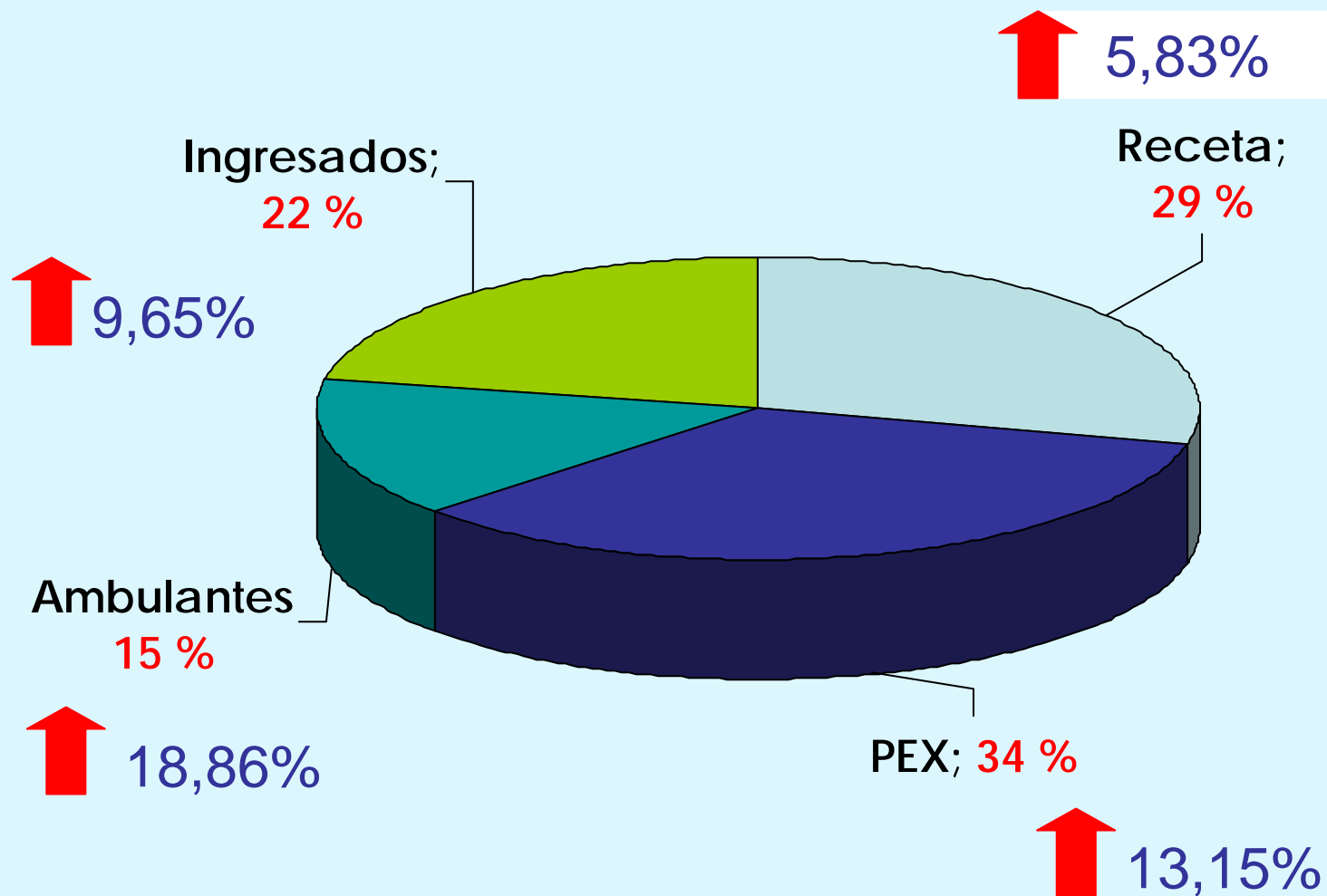
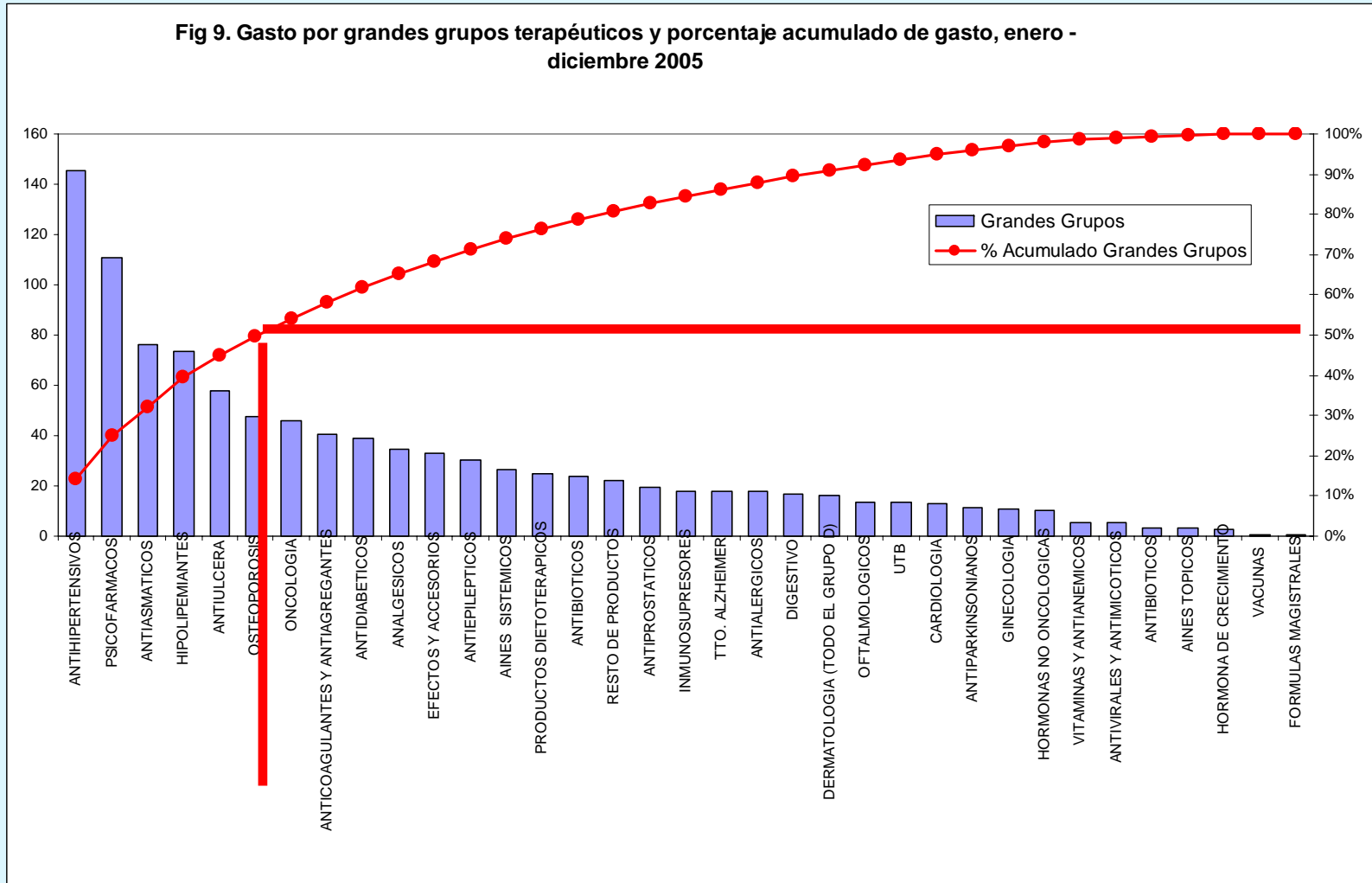
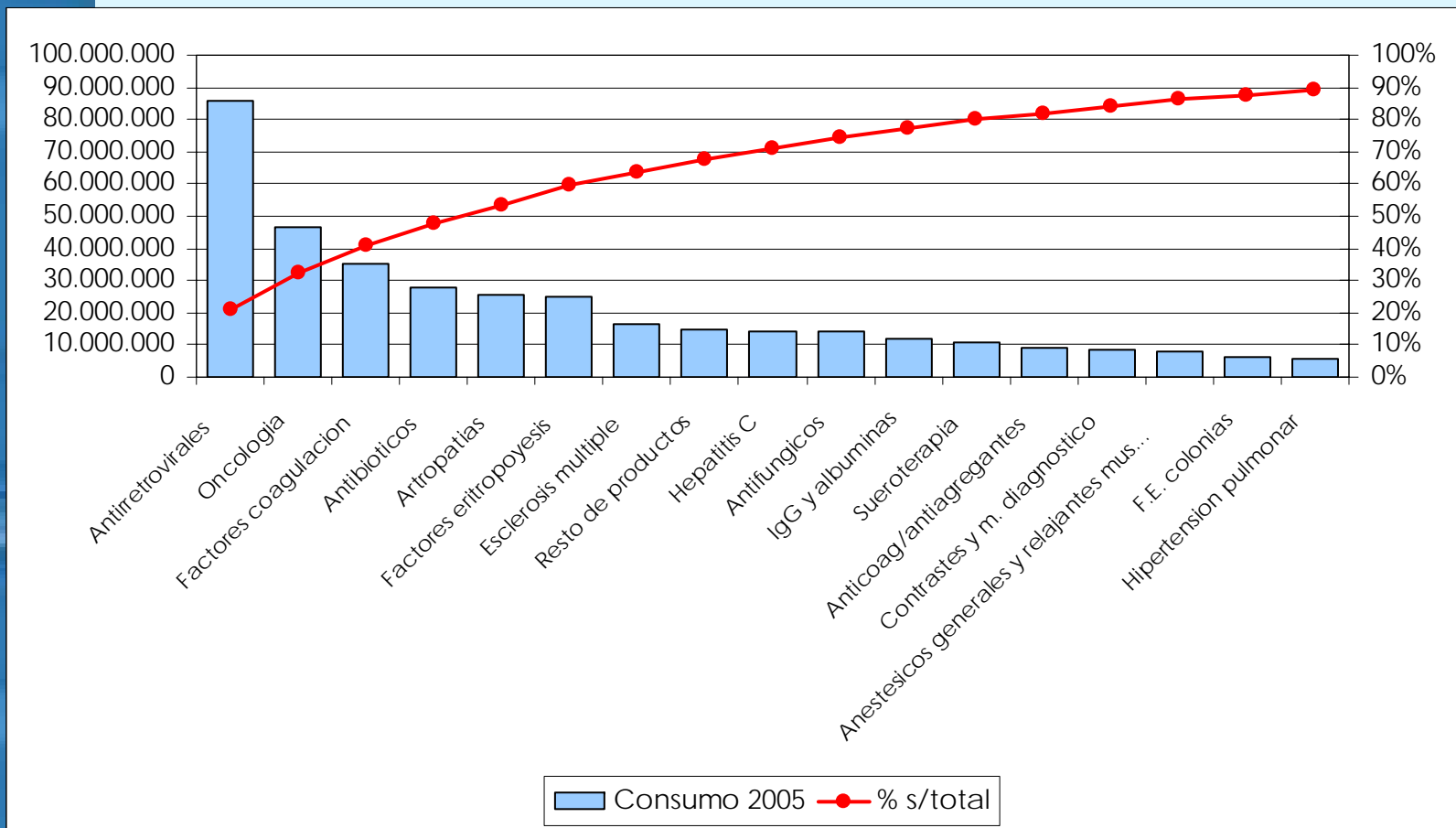


Fig 9. Gasto por grandes grupos terapéuticos y porcentaje acumulado de gasto, enero - diciembre 2005



Gasto por grandes grupos terapéuticos adquisición directa



OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE FARMACIA EN EL PROGRAMA DE ACTUACIÓN SANITARIA 2006

- **Perspectiva del paciente: objetivos dirigidos a resultados en salud y a grupos específicos de población.**
- **Perspectiva de aprendizaje y crecimiento: objetivos dirigidos a profesionales**
- **Perspectiva interna: mejorar procedimientos**
- **Perspectiva financiera: logro de objetivos presupuestarios y de eficiencia.**

1. Adecuación de los tratamientos farmacoterapéuticos

Patología cardiovascular

Digestivo

Osteomuscular

Respiratorio.

Programa de mejora de la utilización de antimicrobianos

VIH, Hepatitis C, Hepatitis B, Esclerosis Múltiple

Pacientes externos: **Hormona de crecimiento.**

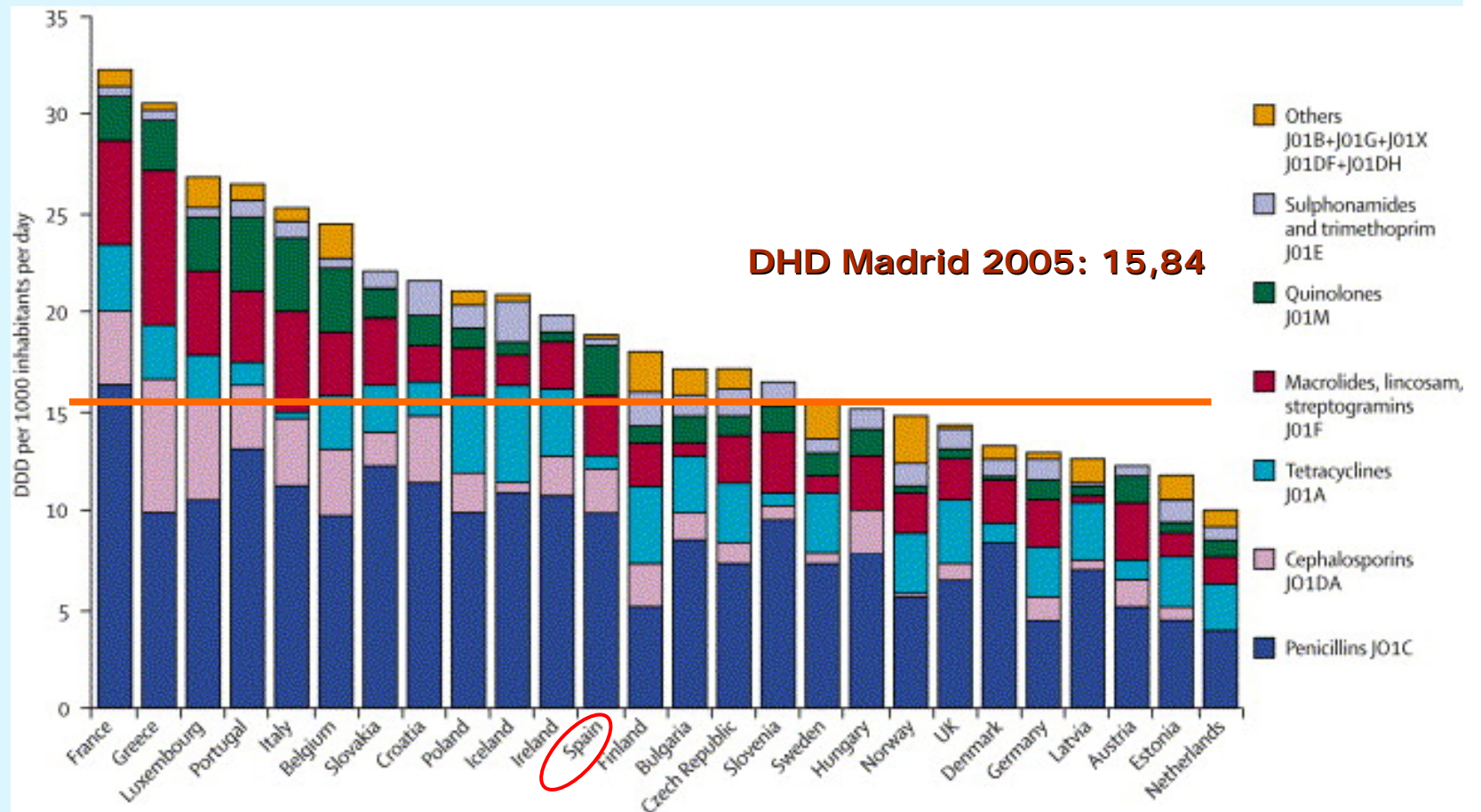
Pacientes no ingresados: **Artropatías en tratamiento con anti-TNF.**

2. Potenciar el uso seguro de los medicamentos

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

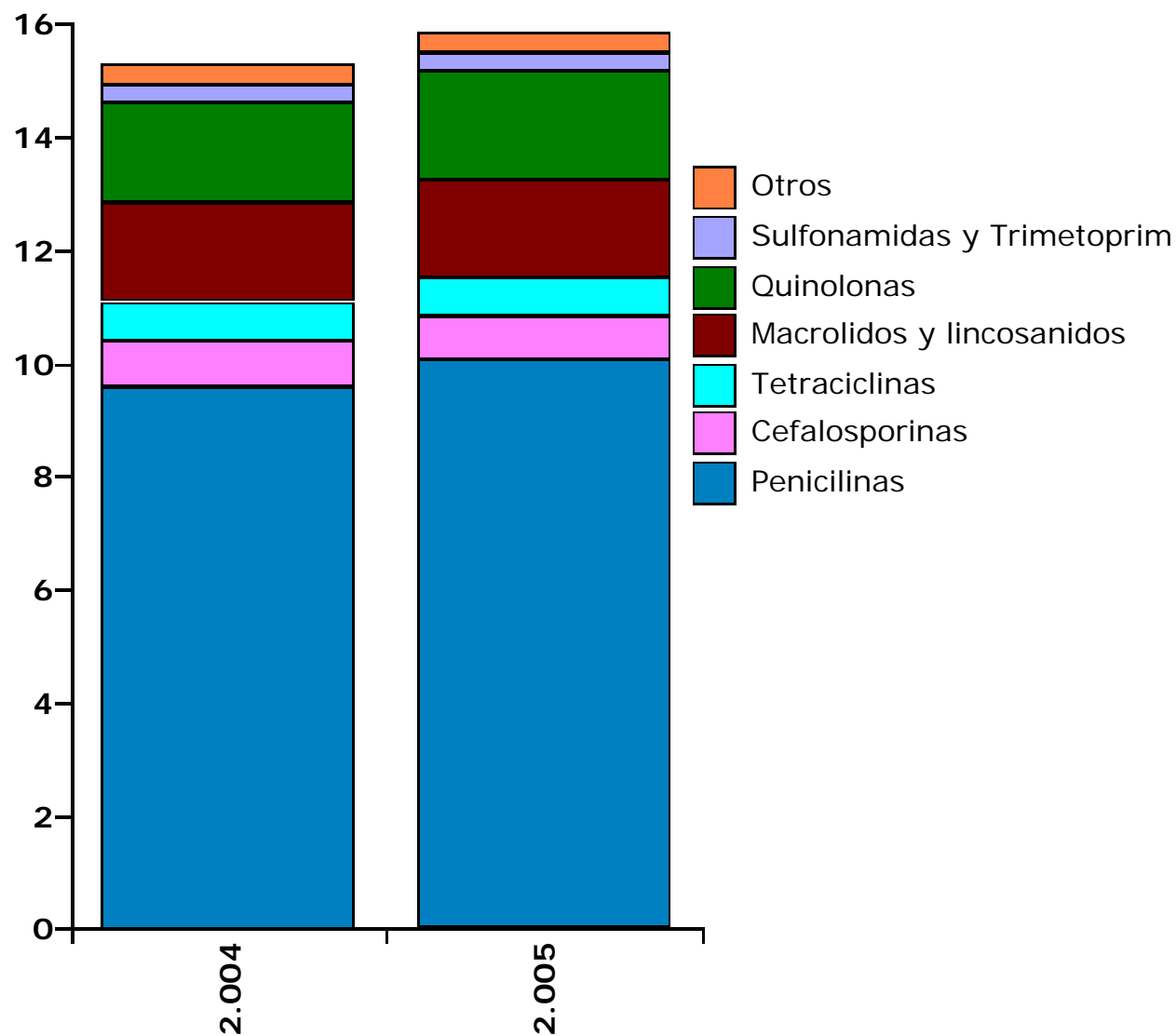
Objetivos dirigidos a resultados en salud y a grupos específicos de población

Denominación	Alcanzado 2005	Propuesta 2006	Objetivo 2006
Área Terapéutica seleccionada:			
Indicador:			
Actividades a desarrollar:			
Denominación	Alcanzado 2005	Propuesta 2006	Objetivo 2006
1. Adecuación de los tratamientos farmacoterapéuticos			
1.1. Pacientes externos (PEX)			
Envío información PEX: Resolución 14/2003	mensual	mensual	mensual
Antirretrovirales:			
Número de pacientes adultos VIH en tratamiento con antirretrovirales			
Coste tratamiento por paciente adulto			
Número de pacientes pediátricos VIH en tratamiento con antirretrovirales			
Coste tratamiento por paciente pediátrico			
% Pacientes con Atazanavir respecto al total			
% Pacientes con Enfuvirtida (T-20) respecto al total			
Hepatitis C:			
Nº pacientes con hepatitis C crónica en tto. con Interferón y Ribavirina			
Coste tratamiento por paciente			
Duración tratamiento en pacientes con genotipo 2 y 3: % pacientes que superan 24 semanas			
Duración tratamiento en pacientes con genotipo 2 y 3 coinfectados VIH: % pacientes que superan 48 semanas			
Esclerosis múltiple:			
Nº de pacientes con esclerosis múltiple en tratamiento			
Coste tratamiento por paciente			
Hepatitis B:			
Nº pacientes con hepatitis B en tratamiento			
Coste tratamiento por paciente			
Fibrosis quística			
Número de pacientes con fibrosis quística en tratamiento			
Coste tratamiento por paciente			
Hormona del crecimiento			
● Número de pacientes con hormona de crecimiento en tratamiento			
● Coste tratamiento por paciente			

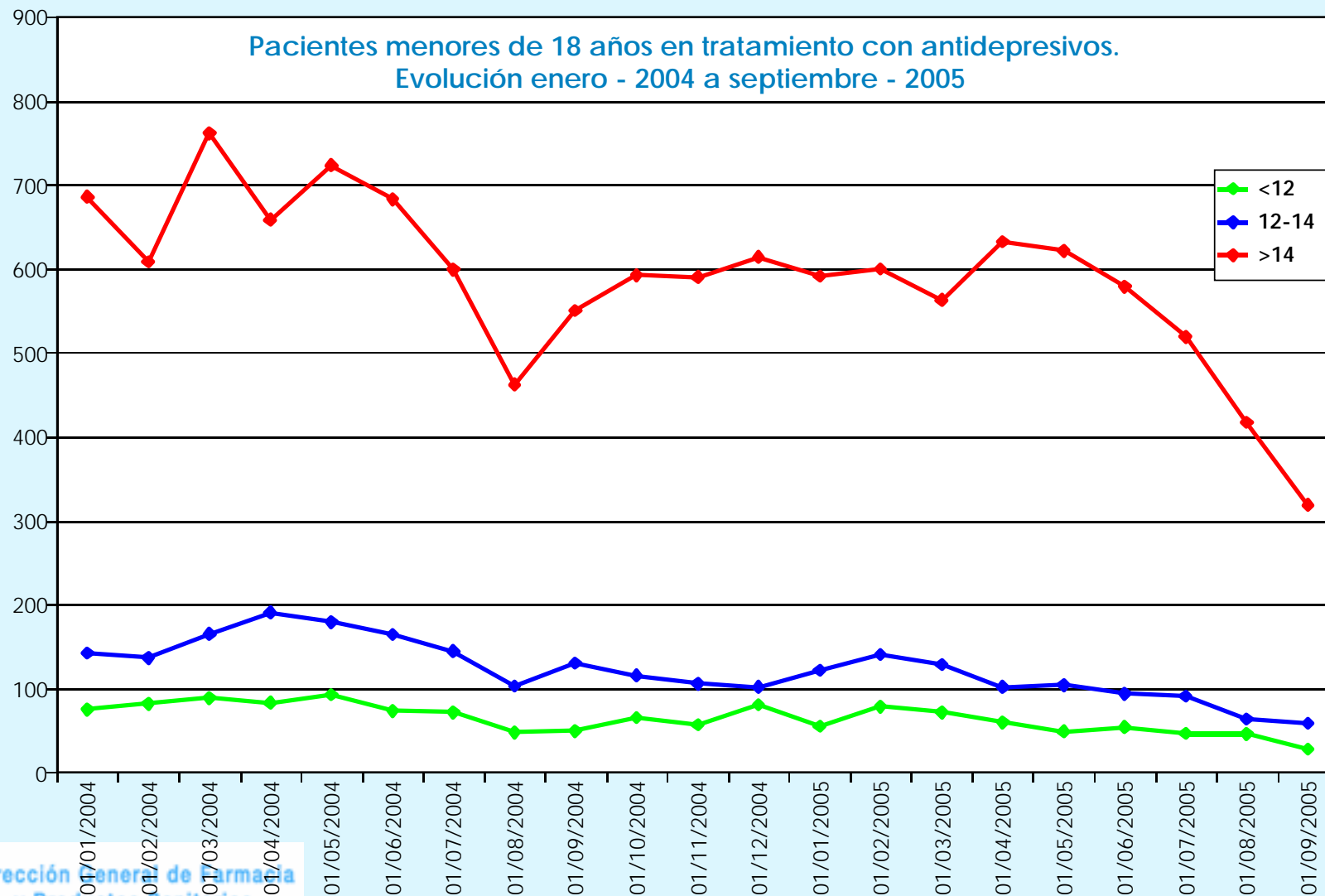


Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. Lancet 2005; 365: 579-87.

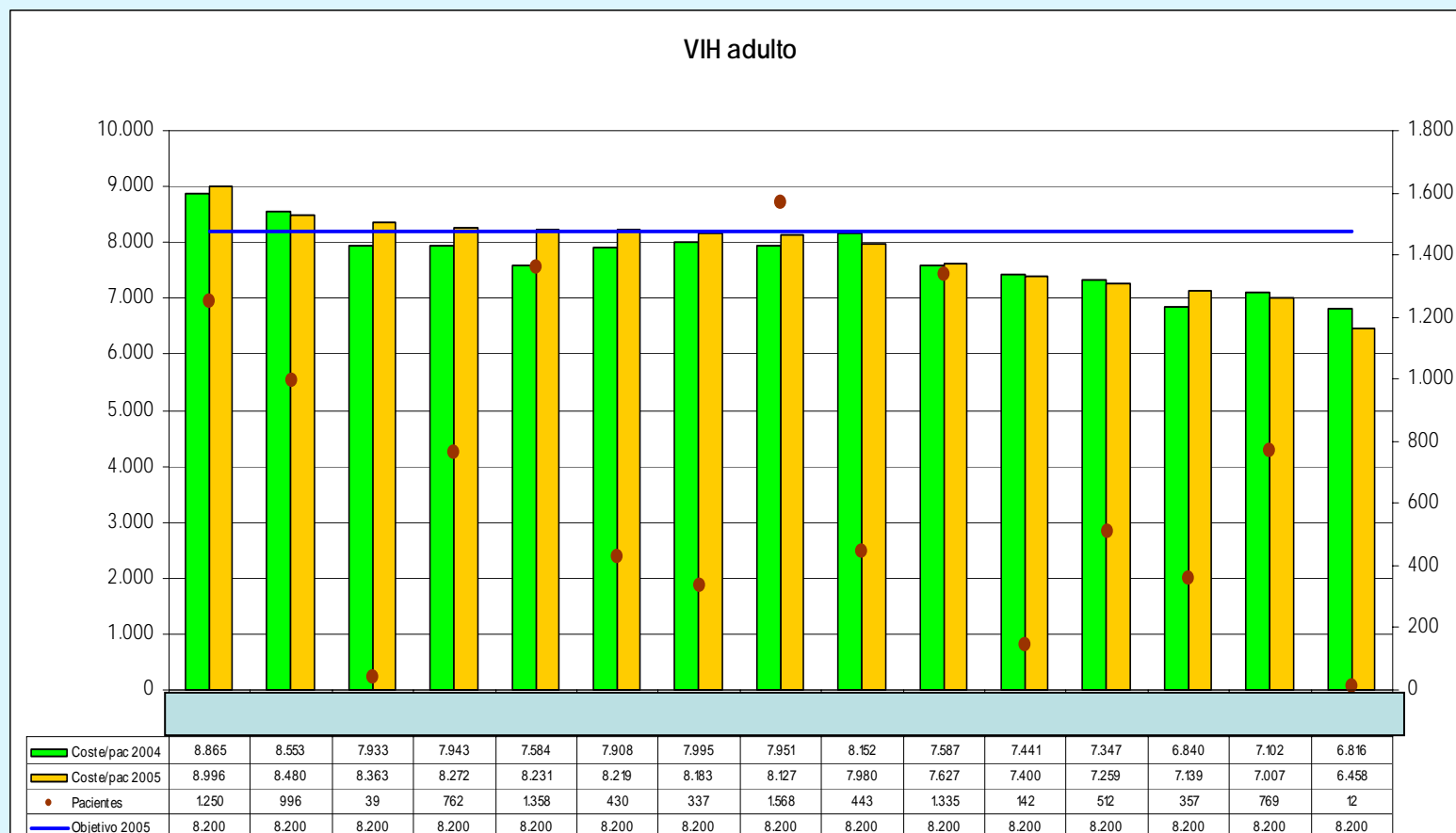
Distribución del uso de antibióticos. Comunidad de Madrid, 2004 y 2005



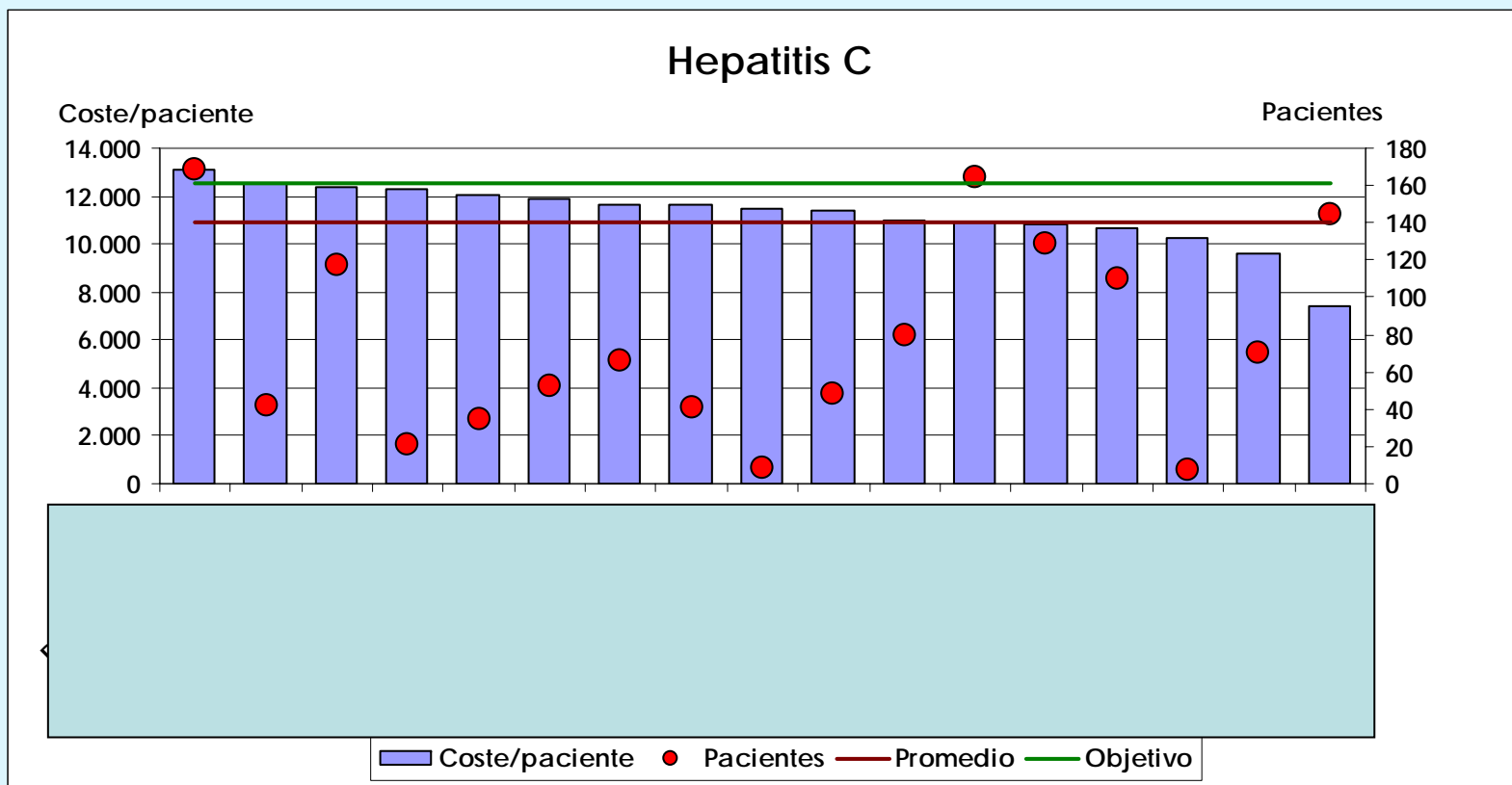
Perspectiva del paciente: Seguridad de los medicamentos



Comparativo 2005/2004 VIH ADULTO (15 hospitales)



HEPATITIS C CRÓNICA año 2005 (17 hospitales)



CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES

Manual de campo de indicadores de prescripción

Grupo de trabajo:

Gerencias

Médicos de Familia

Médicos de Hospital
(CFT)

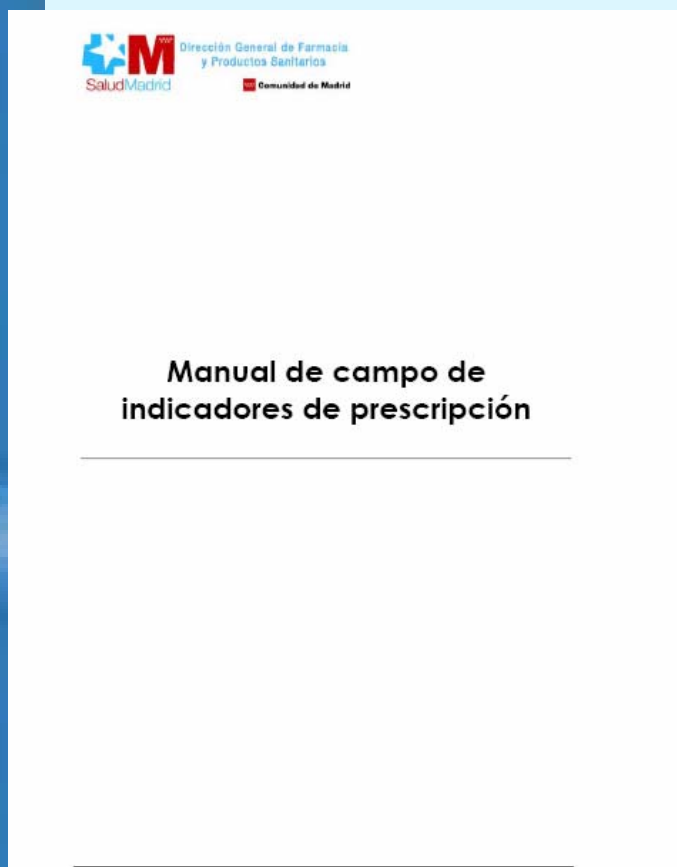
Pediatras

Farmacéuticos

Farmacólogos

Años 2002-2003

CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES



- 1) Formación
- 2) Criterios
- 2) Establecimiento
Areas terapéuticas
- 3) División grupos de
trabajo
- 4) Discusión en el
grupo
- 5) Aportaciones de
todas las gerencias

Años 2002-2003

DHD DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (DHD IBP)

1. Aspecto a valorar.

La utilización poblacional de inhibidores de la bomba de protones.

2. Indicador.

Dosis diarias definidas dispensadas por 1000 habitantes y día (DHD) de inhibidores de la bomba de protones.

3. Usado para.

Estimar la utilización de este grupo de fármacos en la población. Proporciona una idea aproximada de cuantas personas están recibiendo un antiulceroso en un día. Los indicadores expresados en DHD sirven principalmente como factores de alerta (hipoconsumo/hiperconsumo), para poder hacer comparaciones internacionales, así como para analizar series temporales.

Los inhibidores de la bomba de protones han mostrado ser más eficaces que los antiH₂ y por tanto se consideran fármacos de primera línea, en el tratamiento y terapia de mantenimiento de la ERGE, tratamiento de la úlcera péptica y duodenal y en la profilaxis de gastropatía por AINE.

Sin embargo ningún inhibidor de la bomba de protones tiene aprobada la indicación en dispepsia ulcerosa, ni en el dolor abdominal inespecífico, donde se recomienda, así como cuando los síntomas de ERGE son leves, el utilizar un anti H₂.

4. Descripción.

Para su construcción se medirá la dispensación de todas las especialidades farmacéuticas del grupo de inhibidores de la bomba de protones (A02BC según el código ATC).

5. Construcción.

5.1.- Fuente: Recetas Oficiales de la Seguridad Social dispensadas por las Oficinas de Farmacia de la Comunidad de Madrid y procesadas por el Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (Farm@rid).

5.2.- Recogida: Disco de facturación de recetas emitido por el Colegio de Farmacéuticos de Madrid.

5.3.- Cálculo: Cociente con los siguientes numeradores y denominadores

Numerador: \sum DDD especialidades comprendidas en el grupo A02BC.

Denominador: Población del PAS de farmacia para el año 2004 * número de días a los que se refiere el numerador

$$\text{DHD IBP} = \frac{\sum \text{DDD A02BC} * 1.000}{\text{Población farmacia PAS} * \text{n}^\circ \text{ de días periodo}}$$

6. Estándar.

Es difícil establecer un estándar para el indicador de DHD ya que se desconoce los datos correspondientes a morbilidad (de úlceras gástrica y/o duodenal, de ERGE, de úlcera gástrica inducida por AINE, de erradicación de H pylori así como el síndrome de Zollinger-Ellison) y por tanto las situaciones en las cuales estaría indicado utilizar estos fármacos (no todos los fármacos individuales tienen todas las indicaciones aprobadas).

Los valores alcanzados por las diferentes Áreas Sanitarias en el periodo enero-noviembre de 2004 es:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Madrid
53,8	41,8	40,8	48,1	39,0	34,6	47,5	44,2	38,8	38,2	53,9	44,8

El estándar de consumo puede establecerse como un valor igual o inferior a 38,9, correspondiente al percentil 25 de los valores alcanzados por las áreas sanitarias.

7. Limitaciones.

El indicador DHD no proporciona información relativa a la utilización de los principios activos individuales, ni si estos fármacos se están ajustando a las indicaciones aprobadas de cada uno de ellos, ni si lo hacen en cuanto a dosis ó duración del tratamiento.

Al utilizar población global, no ajustada por edad, las comparaciones pueden afectarse por diferencias en las pirámides poblacionales.

8. Bibliografía.

- Carvajal A, García del Pozo J, del Olmo L, Rueda AM, Álvarez Requejo A. Consumo de fármacos antiulcerosos en España. Aten Primaria 1999;23:218-221.
- Asociación Española de Gastroenterología (AEG), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) y el Centro Cochrane Español (CCE) (<http://www.guiasaastro.net/>)
- Van Pinxteren B, Numans ME, Bonis PA, Lau J. Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4 2002. Oxford: Update Software.
- Delaney BC, Innes MA, Deeks J, Wilson S, Cooner MK, Moayyedi P, Oakes R, Hobbs FDR, Forman D. Initial management strategies for dyspepsia

MANUAL DE INDICADORES ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Generales

SELECCIÓN MEDICAMENTOS:

- Principios activos en Guía Farmacoterapéutica (Nº PA-GFT)
- Ratio número especialidades / nº principios activos (Nº EF/Nº PA)
- Principios activos Limitada Aportación Terapéutica (PA-LAT)

ENSAYOS CLÍNICOS:

- Impacto de los ensayos clínicos (Imp-EC)
- Pacientes en acceso expandido (Nº PAC-AE)

USO COMPASIVO:

- Uso Compasivo de fármacos no comercializados (UC-NC)

UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS:

- Coste medicamentos por pacientes
 - Externos: COSTE-EXT
 - Ambulantes: COSTE-AMB
 - Ingresados: COSTE-ING

DISPENSACIÓN:

- Imputación de coste de medicamentos:
 - Pacientes Externos: IMP COSTE-EXT
 - Pacientes Ambulantes: IMP COSTE-AMB
 - Pacientes Ingresados: IMP COSTE-ING

Pacientes externos:

VIH:

- Coste de antirretrovirales en pacientes externos adultos con infección VIH. COSTE VIH-AD
- Coste de antirretrovirales en pacientes externos pediátricos con infección VIH. COSTE VIH-PED
- Inicio tratamiento antirretroviral. INICIO VIH
- Porcentaje de pacientes con medicamento "diana" respecto al total. % DIANAS
- Adherencia al tratamiento antirretroviral. ADH-VIH
- Nº ingresos de pacientes VIH en tratamiento antirretroviral. INGRESOS-VIH

- Coste del tratamiento antirretroviral de pacientes VIH año por días libres de ingreso. COSTEVIH-ING

HEPATITIS C:

- Coste del tratamiento en pacientes externos con hepatitis C. COSTE HEP C
- Pacientes en ensayo clínico con dispensación parcial de medicación en tratamiento para hepatitis C. ENS CLIN HEP C
- Duración de tratamiento en pacientes con hepatitis C y genotipos 1 y 4. RUR TTO HEP C GEN 1-4
- Duración de tratamiento en pacientes con hepatitis C y genotipos 2 y 3. DUR TTO HEP C GEN 2-3

HEPATITIS B:

- Coste del tratamiento en pacientes externos con hepatitis B. COSTE HEP B

ESCLEROSIS MÚLTIPLE:

- Coste del tratamiento en pacientes externos con esclerosis múltiple. COSTE ESCL MULT

FIBROSIS QUÍSTICA:

- Coste del tratamiento en pacientes externos con fibrosis quística. FQ COST
- Porcentaje pacientes en tratamiento con antibióticos antipseudomonas por inhalación. FQ % INH
- Porcentaje de pacientes que inician tratamiento con tobramicina inhalada en primera línea. FQ % TOB
- Coste del tratamiento de fibrosis quística por días libres de ingreso. FQ COST ALT

PREDIÁLISIS:

- Coste de factores estimulantes de la eritropoyesis (FEE) en pacientes externos en prediálisis. FEE PREDIAL COST
- Adecuación a criterios de inicio de tratamiento con FEE en prediálisis. PREDIAL % ADEC
- Dosis semanal de FEE en prediálisis. FEE PREDIAL DS

INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN EN VIH

Nombre y acrónimo: Coste de antirretrovirales en pacientes externos adultos con infección por el VIH (COSTEVIH-AD) y en pacientes externos pediátricos con VIH (COSTEVIH-PED)

Aspecto a valorar: eficiencia en la prescripción del tratamiento antirretroviral

Indicador: coste acumulado de antirretrovirales por paciente externo con infección por el VIH dispensado medio.

Usado para: cuantificar el coste de la terapia antirretroviral en el paciente VIH externo. El consumo de medicamentos para el tratamiento de la infección por el VIH supone el mayor porcentaje de gasto en medicamentos en muchos hospitales debido a el alto coste de la terapia antirretroviral y a la alta prevalencia de pacientes con VIH en tratamiento. Además existe una gran variabilidad en el coste de unas terapias a otras.

Descripción

Coste acumulado : *consumo acumulado en precio contable (PVL-descuento+ IVA)*

Antirretrovirales: *grupos J05AE, J05AF, J05AG, J05AX*

Paciente dispensado medio: media de pacientes-mes que han recibido tratamiento durante el periodo evaluado.

Paciente pediátrico: el que está en seguimiento por el servicio de pediatría

Paciente adulto: resto

Paciente-mes:

El tiempo de exposición de los pacientes al tratamiento no es constante a lo largo de un periodo evaluado ya que no todos los pacientes inician o finalizan tratamiento al mismo tiempo. Por lo tanto, es necesario relacionar el consumo con el nº de pacientes y con el tiempo que estos pacientes reciben medicación durante el periodo evaluado. El paciente dispensado mes es la suma del número de unidades de tiempo (meses) que cada paciente ha estado expuesto al tratamiento dispensado durante un mes.

Construcción

Fuente: base de datos de gestión económica y de dispensación a pacientes externos del servicio de farmacia

Recogida: listados de consumo y de dispensación de la base de datos
Cálculo:

Numerador: coste acumulado de antirretrovirales en precio contable (PVL-descuento+ IVA) dispensados para pacientes con el VIH externos. No se debe incluir el consumo de antirretrovirales para pacientes ingresados ni el consumo de antirretrovirales para pacientes no VIH (adefovir, lamivudina para hepatitis B).

Denominador:

Paciente dispensado medio= Paciente dispensado mes (1)/periodo de evaluación (2):

(1) Paciente dispensado mes: nº de pacientes que han recogido medicación x nº meses dispensados a cada uno en el periodo analizado

(2) Periodo de evaluación: meses contemplados en el consumo acumulado

Ejemplo: tabla 1

Estándar: 7968 €

Limitaciones:

-el indicador disminuye con dispensación parcial de los tratamientos (pe por incumplimiento parcial). Los pacientes que no retiran toda la medicación contribuyen a disminuir el indicador. No se ve afectado por abandonos.

-el indicador disminuye si se inician mayor porcentaje de tratamientos en pacientes con buen estado inmunológico

-el indicador no aporta información acerca de la adecuación del coste de los tratamientos. Sin embargo, si asumimos que la población atendida es similar en todas las áreas ya que no existen hospitales de referencia y que no hay diferencias en la mortalidad asociada a SIDA entre las áreas, a menor coste por paciente mayor eficiencia en la utilización de antirretrovirales.

- para el cálculo del estándar se ha tenido en cuenta lo siguiente:

- la secuencia de tratamientos de un paciente se elige entre las que las guías de la DHHS considera preferentes y dentro de éstas la más económica. Esto implica que no existen problemas de intolerancia y que no es necesario iniciar tratamientos con inhibidores de la proteasa, independientemente del estado inmunológico. La secuencia propuesta es:
 - o 1º) lamivudina, zidovudina, efavirenz
 - o 2º) lamivudina, estavudina, lopinavir/ritonavir
 - o 3º) Amprenavir/ritonavir, abacavir, tenofovir (esta última combinación no esta contemplada entre las recomendadas por la DHHS; se propone como tratamiento de rescate teniendo en cuenta los regímenes anteriores)
- se acepta que el 60% de los pacientes responden al tratamiento de manera que la distribución es 60% con la primera combinación, 24% con la segunda y 16% con la tercera. Esta distribución también supone el mismo ritmo de fracasos e inicios de tratamiento.
- No se tiene en cuenta los descuentos (solo el 2%) ni pacientes en ensayo clínico

- Se acepta que no hay incumplimiento parcial de algunos de los medicamentos
- No se ha tenido en cuenta los rescates con T20.

Bibliografía:

- 1.- Rubio y cols. Recomendaciones por GESIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en el año 2002. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20: 244-303.
2. Panel on Clinical Practices for treatment of HIV infection DHHS. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV 1 infected adults and adolescents. November 10,2003.<http://www.AIDSinfo.nih.gov> (consulta: 27 de noviembre 2003)

TABLA 1: Ejemplo de consumo acumulado por paciente dispensado medio:

	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Paciente 1	1 mes = 100 €	2 meses= 200 €		1 mes=100 €
Paciente 2	1 mes= 100 €	1 mes =100 €	1 mes= 100 €	1 mes = 100 €
Paciente 3		3 meses = 300 €		
Paciente disp mes	2	1 + (2 x1)+ (3 x 1) =6	1	2
Paciente dispensado medio	2	(2+6)/2=4	(2+6+1)/3=3	(2+6+1+2)/4=2,75
Consumo mes	200 €	600 €	100 €	200 €
Consumo mes/pac disp mes	200/2=100 €	600/6=100 €	100/1= 100 €	200/2=100 €
Consumo acumulado	200 €	800 €	900 €	1100 €
Consumo acum/pac disp medio	200/2=100	800/4=200	900/3=300	1100/2,75=400
Consumo acum/pac disp acumulado(*)	200/2=100	800/3=266,7	900/3=300	1100/3=366,7
Sumatorio de consumo/pac disp medio (*)	200/2=100	100+(600/4)= 250	250+(100/3)=283,3	283,3+(200/2,75)= 356,02
Consumo acum/pac disp medio acumulado(*)	200/2=100	800/(2+4)=133,3	900/(2+4+3)=100	1100/(2+4+3+2,75)= 93,62

(*): Forma errónea de calcular el indicador

Nombre y acrónimo: INICIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (INICIO VIH)

Aspecto a valorar: criterios de inicio de tratamiento antirretroviral.

Indicador Nº de pacientes que inician tratamiento antirretroviral con cd4> 350/nº de pacientes que inician tratamiento

Usado para: valorar la adecuación en el inicio de tratamiento antirretroviral según consenso GESIDA . Se ha comprobado que la erradicación del VIH no es posible a corto y medio plazo pero el tratamiento antirretroviral puede restaurar el sistema inmunológico, al menos parcialmente, incluso en fases avanzadas de la infección. Por otra parte, los tratamientos producen toxicidad crónica a medio y largo plazo y es difícil mantener la adherencia al mismo. Por todo ello se ha pasado de una actitud terapéutica precoz a otra más conservadora. Aunque existen ensayos clínicos a favor del tratamiento de los pacientes con células T CD 4 < 200 células/mm³, se desconoce el momento óptimo de iniciar tratamiento en los pacientes asintomáticos con recuento de células T CD4 > 200 células/mm³. La actitud más conservadora apoyada por GESIDA recomienda diferir tratamiento en pacientes con CD4 > 350 cel/mm³ asintomáticos (ausencia de eventos B y C de la clasificación de los Centers for Disease Control) (1)

Descripción:

El nº de pacientes que inician tratamiento antirretroviral: nº de pacientes que acuden por primera vez a un servicio de farmacia a recoger medicación antirretroviral y que no han recibido tratamiento anteriormente. Se deben excluir traslados de otros hospitales que, aunque recogen por primera vez medicación en el hospital, no son inicios de tratamiento y aquellos pacientes que reinician tratamiento tras un interrupción programada o no de tratamiento.

Construcción

Fuente: programa de dispensación de pacientes externos del servicio de farmacia y historia clínica o programa de laboratorio hematología

Estándar

Tender a cero

Limitaciones

- En casos de pacientes sintomáticos está indicado iniciar tratamiento, si bien esta situación es excepcional en pacientes con CD4 >350

INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

COSTE DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES EXTERNOS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE (COSTE ESCL. MULT)

- **ASPECTO A VALORAR:** Eficiencia en el tratamiento de la esclerosis múltiple.
- **INDICADOR:** Coste del tratamiento acumulado por paciente dispensado/mes diagnosticado de esclerosis múltiple.
- **USADO PARA:** Cuantificar el coste de la terapia utilizada en el tratamiento de la esclerosis múltiple por existir distintas alternativas en el arsenal terapéutico con diferente y elevado impacto económico.
- **DESCRIPCIÓN:**
 - o Fármacos: Interferón beta (Betaferón® + Rebiff 22® + Rebiff 44® + Avonex® + Copaxone®)
 - o Precio contable (PVL-descuento+IVA).
 - o Paciente dispensado / mes: Es el nº de pacientes que han recogido medicación x nº meses dispensados a cada uno en el periodo analizado/nº meses del periodo analizado (Ver tabla del indicador nº 1 de Prescripción en VIH).
 - o Paciente dispensado / mes en ensayo clínico.
- **CONSTRUCCIÓN:**
 - o Fuente: Sistema de información de gestión y dispensación a pacientes ambulatorios/externos del Servicio de Farmacia.
 - o Recogida: Listado de dispensaciones/paciente/mes del programa de esclerosis múltiple, definido en el módulo de dispensación ambulatoria.
 - o Cálculo:
 - Numerador: Consumo acumulado en euros en el periodo analizado, de todas las especialidades de interferón beta, dispensado a pacientes externos afectados de esclerosis múltiple.
 - Denominador: nº pacientes dispensado/mes que reciben tratamiento para esclerosis múltiple.
 - Se incluyen los pacientes en ensayo clínico.
 - Se excluyen los pacientes a los que el laboratorio promotor les proporciona toda la medicación.
- **ESTANDAR:** Dado que no existe histórico en el momento actual, se puede fijar un estándar semejante al objetivo pactado en el Programa de Actuación Sanitaria:
 - o Año 2003: 983 € / mes.
 - o Año 2004: Pendiente de fijar por la Comunidad de Madrid.

LIMITACIONES:

- o El indicador no aporta información cualitativa acerca de la adecuación de los tratamientos.
- o Si no existe registro de dispensación individualizado por paciente se pueden producir errores en el cálculo.
- o Los pacientes que no retiran toda la medicación contribuyen a disminuir el resultado del indicador, aunque no se ve afectado por abandonos.
- o Aunque el indicador sólo mide coste se puede considerar que mide eficiencia, asumiendo que la población de las distintas áreas sanitarias es homogénea y que, implícitamente, las pautas de tratamiento son constantes en cuanto a efectividad y seguridad.
- o Los pacientes en ensayo clínico con dispensación parcial de medicamentos pueden disminuir el resultado del indicador.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Amato MP. The costs of multiple sclerosis: a cross-sectional, multicenter cost-of-illness study in Italy. J Neurol. 2002 Feb;249(2):152-63.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE FARMACIA EN EL CONTRATO DE GESTION 2006

- **Perspectiva del paciente: objetivos dirigidos a resultados en salud y a grupos específicos de población.**
- **Perspectiva de aprendizaje y crecimiento: objetivos dirigidos a profesionales**
- **Perspectiva interna: mejorar procedimientos**
- **Perspectiva financiera: logro de objetivos presupuestarios y de eficiencia.**

PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO:**Objetivos dirigidos a profesionales**

Denominación	Alcanzado 2005	Propuesta 2006	Objetivo 2006			
Actividades formativas e informativas dirigidas a profesionales sanitarios						
Número de sesiones farmacoterapéuticas en el Área Terapéutica seleccionada						
Otras sesiones formativas						
Elaborar, difundir e implantar información sobre medicamentos que apoyen las líneas de mejora en utilización de medicamentos, en forma de boletines farmacoterapéuticos, información sobre nuevos principios activos, guías, etc.						
Número de publicaciones en el Área Terapéutica seleccionada						
Otras publicaciones						
Número de profesionales sanitarios que acudirán a la oferta formativa en farmacoterapia de la Agencia "Loín Entralgo"						
Programa de mejora de la utilización de antimicrobianos en la Comunidad de Madrid						
<ul style="list-style-type: none">Participación de la Gerencia en el diseño e implementación del programa de mejora de la utilización de antimicrobianos de la Comunidad de Madrid						
Control de la glucemia capilar en pacientes diabéticos						
<ul style="list-style-type: none">Difusión e implementación del documento "Control de la glucemia capilar en pacientes diabéticos de la Comunidad de Madrid". Nº sesiones de presentación del documento						

GUÍA FARMACOGERIÁTRICA • GUÍA FARMACOGERIÁTRICA • GUÍA FARMACOGERIÁTRICA

GUÍA FARMACOGERIÁTRICA




Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO
CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES


Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO
Comunidad de Madrid

mayo/2005 - Nº 2



Efectividad de Medicamentos en Neonatología

- Introducción
- Objetivo
- Epidemiología
- Farmacología y

Vitamina A en la Prevención de la Morbilidad de los Recién Nacidos Prematuros.

FORMACION CONTINUADA EN FARMACOTERAPIA



comunidad de madrid **Agencia Lain Entralgo**
para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios

SaludMadrid **Comunidad de Madrid**

**cursos farmacoterapia
septiembre-diciembre 2005**

FARMACOTERAPIA

- XII Actualización en Farmacoterapia
22 horas Edición única 31 octubre, 7-14-21-28 noviembre (M)
- Actualización en Farmacoterapia en las Enfermedades Prevalentes de las Personas Mayores Institucionalizadas
20 horas Edición única 4-11-18-25 octubre, 8 noviembre (M)
- Contribución de la Enfermería en el Uso Racional de los Medicamentos
12 horas Edición única 14-15-16 noviembre (T)
- Nuevos Medicamentos 2004-2005
12 horas Edición única 28-29 noviembre (M)

OSTEOPOROSIS

- Valoración y Tratamiento de la Osteoporosis
18 horas 2 ediciones 3-4-5 octubre (M) 21-22-23 noviembre (T)
- Medidas Preventivas en Osteoporosis
6 horas Edición única 4 de noviembre (M)
- II Jornada de Actualización en la Prevención y Tratamiento de la Osteoporosis
6 horas Edición única 25 de noviembre (M)

RIESGO CARDIOVASCULAR

- Jornada de Actualización en el Tratamiento del Riesgo Cardiovascular
6 horas Edición única 17 de noviembre (M)
- Valoración y Tratamiento del Riesgo Cardiovascular
18 horas 2 ediciones 17-18-19 octubre (T) 2-3-4 noviembre (M)

INFECCIOSAS

- Uso Racional de Antibióticos en Adulto y Ancianos
12 horas 2 ediciones 5-6 octubre (T) 26-27 octubre (M)
- Uso Racional de Antibióticos en Pediatría
12 horas 2 ediciones 3-4 octubre (M) 25-27 octubre (T)

BIOÉTICA

- La Bioética Aplicada en el Uso del Medicamento
12 horas Edición única 17-18 noviembre (M)

INVESTIGACION

- Revisiones Sistemáticas y Meta-Análisis en Ciencias de la Salud Aplicación en Farmacoterapia
24 horas Edición única 17-18-19-20 octubre (M)
- Investigación con Medicamentos: Ensayos Clínicos y Estudios Postautorización 20 horas 17-18-19 octubre (T)

RESPIRATORIO

- Valoración y Tratamiento de las Enfermedades Respiratorias
18 horas 2 ediciones 18-19-20 octubre (M) 28-29-30 noviembre (T)

DIGESTIVO

- Valoración y Tratamiento de las Enfermedades del Aparato Digestivo
12 horas 2 ediciones 13-14 octubre (M) 7-8 noviembre (T)

DOLOR

- Valoración y Tratamiento del Dolor
18 horas 2 ediciones 26-27-28 octubre (M) 14-15-16 noviembre (T)

ARTROSIS

- Valoración y Tratamiento de la Artrosis
12 horas 2 ediciones 26-27 octubre (T) 1-2 diciembre (M)

QUIDADOS PALIATIVOS

- Valoración y Tratamiento Farmacológico en Cuidados Paliativos: Pacientes en Fase Avanzada 18 horas 2 ediciones 21-22-23 septiembre (M) 28-29-30 noviembre (T)

SALUD MENTAL

- Valoración y Tratamiento de las Enfermedades de Salud Mental
18 horas 2 ediciones 4-5-6 octubre (T) 15-16-17 noviembre (M)

APOSITOS

- Actualización en el Tratamiento de Ulceras y Heridas Cutáneas
10 horas 2 ediciones 25-26-27 octubre (M) 21-22-23 noviembre (T)

GESTION

- Gestión Estratégica del Medicamento en Atención Primaria
20 horas Edición única 14-15-16 noviembre (M)

PLAN DE FORMACION CONTINUADA 2005 EN FARMACOTERAPIA PARA PROFESIONALES SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID
LUGAR: Agencia Lain Entralgo, C/ Gran Vía nº 27, Madrid. 91-3089593.
HORARIOS: Mañana (M) 08,30-14,30 o tarde (T) 15,00-21,00.
PROFESORES: Profesionales de centros sanitarios de la Comunidad de Madrid.
METODOLOGÍA: Cursos prácticos con resolución de casos clínicos.
INSCRIPCIÓN: Responsables de docencia de cada área.

toda la oferta actualizada de cursos en
www.madrid.org/lainentralgo

- Iniciada en 2003
- Cursos en 25 areas temáticas
- 1.400 alumnos en 2005
- Metodología basada en el caso
- Plan de formación semestral
- Inicio formación on-line



Dirección General de Farmacia
y Productos Sanitarios

Comunidad de Madrid



Agencia Lain Entralgo
para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios

Comunidad de Madrid



Cursos de farmacoterapia enero-junio 2006

PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA 2006 EN FARMACOTERAPIA PARA PROFESIONALES SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

ALERGIA

Valoración y Tratamiento de las enfermedades alérgicas en adultos
27 y 28 de marzo (M)

Valoración y Tratamiento de las enfermedades alérgicas en niños
28 y 29 de marzo (M)

ARTROSIS

Valoración y Tratamiento de la Artrosis

1ª Edición: 5 y 6 de abril (T)

2ª Edición: 7 y 8 de junio (M)

CARDIOVASCULAR

Valoración y Tratamiento del Riesgo Cardiovascular

1ª Edición: 1, 2 y 3 de marzo (M)

2ª Edición: 8, 9, 10 de mayo (T)

Valoración y Tratamiento de las Enfermedades Cardiológicas
22, 23 y 24 de mayo (M)

CUIDADOS PALIATIVOS

FARMACOTERAPIA PEDIÁTRICA

Actualización en Farmacoterapia en Pediatría
20, 27 de abril, 4, 11 y 18 de mayo (M)

GESTIÓN / HABILIDADES

Gestión del Riesgo Sanitario
5, 6 y 7 de junio (M)

INVESTIGACIÓN

Revisiones Sistemáticas y Meta-Análisis en Ciencias de la Salud
Aplicación en Farmacoterapia
24, 25, 26 y 27 de abril (M)

NEUROLOGÍA

Valoración y Tratamiento de las enfermedades neurológicas
17, 18 y 19 de mayo (M)

OSTEOPOROSIS

Prevención y tratamiento de la Osteoporosis



VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Uso Racional de Farmacoterapia
en Hipertensión Arterial

[autores](#)

[inicio](#)

Gestión del conocimiento:

fomentar espacios para compartir la experiencia de hospitales y atención primaria sobre mejores prácticas en uso racional del medicamento



I Jornada de Mejores Prácticas en el Uso Racional del Medicamento en la Comunidad de Madrid

22 de marzo de 2006

3.- Perspectiva interna: mejora de procedimientos

CONTINUIDAD: en materia de medicamentos entre niveles asistenciales.

farm@drid:

Explotación datos hospitales
Integración OMI

Recet@

PERSPECTIVA INTERNA:**Mejorar procedimientos**

Denominación	Alcanzado 2005	Propuesta 2006	Objetivo 2006
Sistema de Información			
Actualizar mensualmente los médicos prescriptores.			
Remitir a cada Unidad Funcional, CIAS o CPF información referente a: seguimiento presupuestario, indicadores cuantitativos y de prescripción y principios activos / especialidades farmacéuticas.			
Tiempo transcurrido entre la recepción de los datos mensuales de Farm@Madrid y su remisión a las Unidades Funcionales, CIAS, CPF.			
ASTARE: % de recetas facturadas no asignadas a CIAS aunque sí a la Gerencia o Centro de Salud			
ASTARE: Tiempo máximo transcurrido desde que se entrega el talonario de recetas al CIAS hasta que se introduce informáticamente en ASTARE.			
Continuidad asistencial			
Informar a la Comisión de Farmacia y Terapéutica del hospital del análisis de la prescripción farmacéutica a través de receta.			
● Número mínimo de reuniones del Grupo de Coordinación Asistencial.			
Análisis y Plan de Mejora			
Elaborar en el momento que se disponga de los datos sobre el cierre anual un informe farmacoterapéutico por gerencia con los siguientes datos: - Datos cuantitativos y cualitativos del área y su análisis. - Evaluación de la prescripción de los principales grupos terapéuticos. - Áreas de mejora detectadas y propuestas. - Situación de los EAP y posibles áreas de mejora.			
Planificación de la Visita Médica			
Número de accesos a SISVICAM para la planificación de la Visita Médica			
Reporto de la planificación a Centros de Salud			

farm@drid: información sobre utilización de medicamentos

Grupos de trabajo: Médicos de Atención Primaria

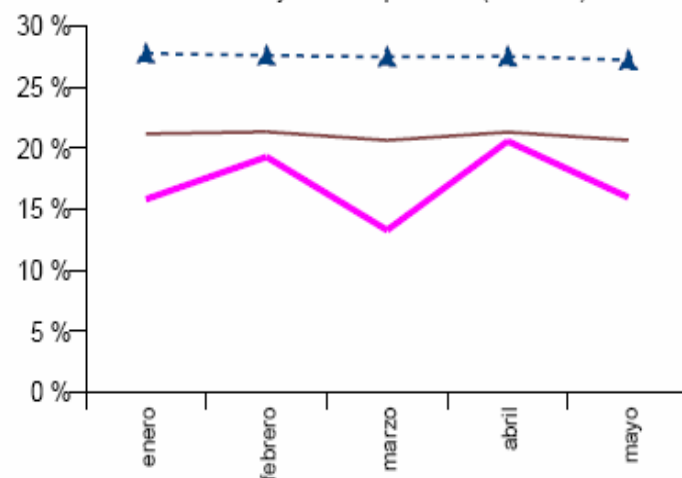
Médicos de Salud Mental




Médicos de Residencias

 Dirección General de Farmacia
y Productos Sanitarios
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad de Madrid

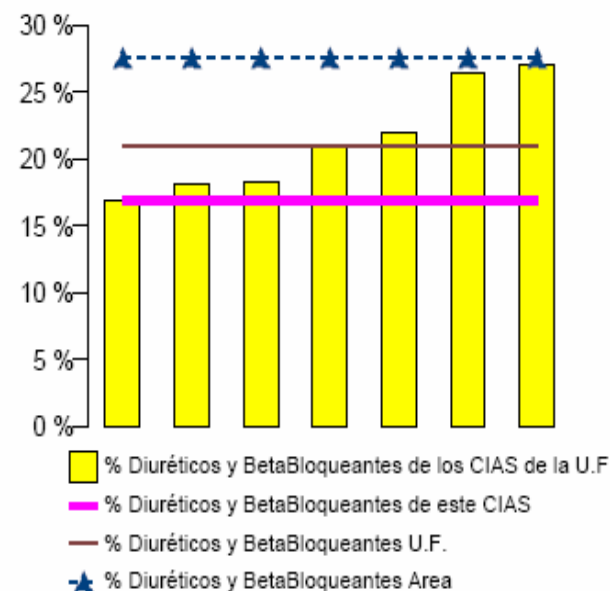
Informe Cualitativo AP por CIAS de Medicina Familiar - Mayo 2004


% Diuréticos y Betabloqueantes (Mensual)



 % Diuréticos y BetaBloqueantes CIAS
 % Diuréticos y BetaBloqueantes U.F.
 % Diuréticos y BetaBloqueantes Area

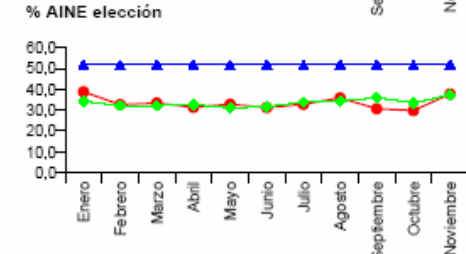
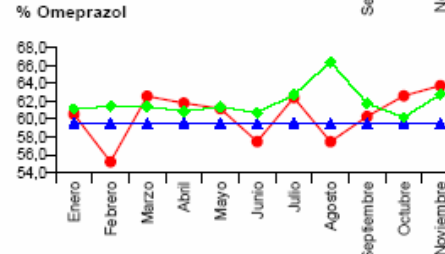
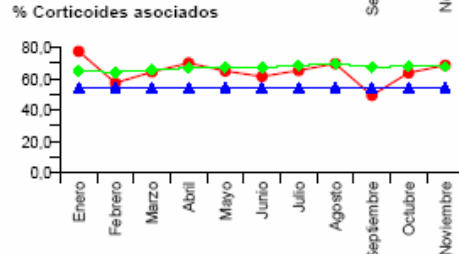
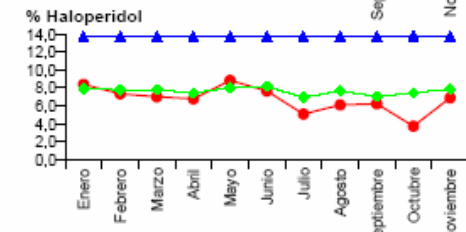
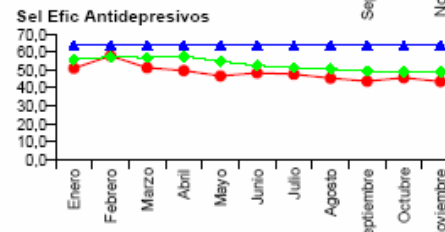
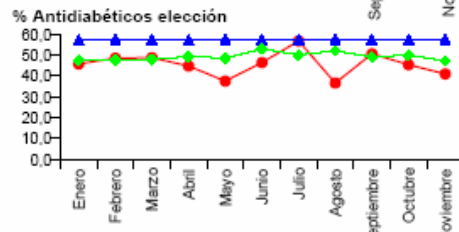
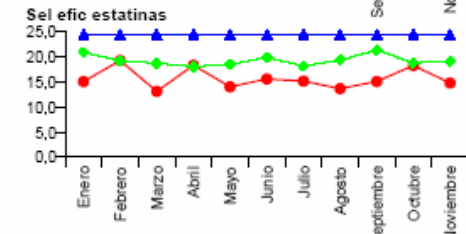
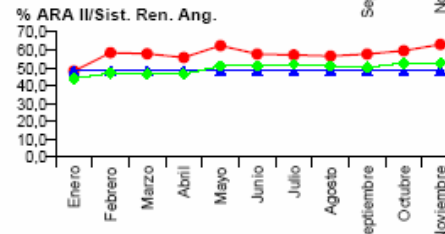
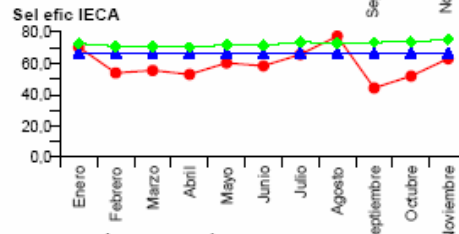
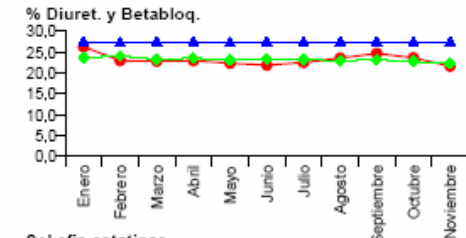
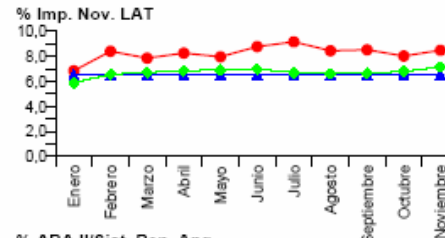
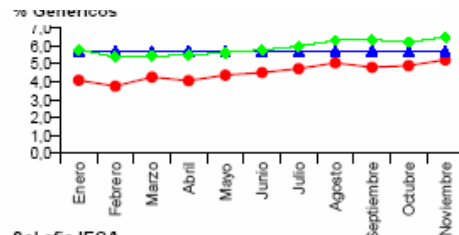
% Diuréticos y Betabloqueantes (Acumulado)



 % Diuréticos y BetaBloqueantes de los CIAS de la U.F.
 % Diuréticos y BetaBloqueantes de este CIAS
 % Diuréticos y BetaBloqueantes U.F.
 % Diuréticos y BetaBloqueantes Area

Seguimiento

Azul: objetivo Area PAS 2004 Rojo: alcanzado Area Verde: alcanzado promedio Madrid AE



4.- Perspectiva financiera: logro de objetivos presupuestarios y de eficiencia.

SEGUIMIENTO PRESUPUESTARIO: Adquisición directa y gasto por receta

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS GOBIERNO

INDICADORES DE EFICIENCIA: EFG

POLÍTICA CORPORATIVA DE COMPRAS: Orden del Consejero de Sanidad y Consumo

PERSPECTIVA FINANCIERA:**Logro de objetivos presupuestarios y de eficiencia**

Denominación	Alcanzado 2005	Propuesta 2006	Objetivo 2006
Receta médica			
Asignación presupuestaria			
Criterios de asignación presupuestaria a cada Centro / Unidad de gasto.			
Criterios de asignación presupuestaria a cada CIAS / CPF.			
Tiras reactivas para el control de la glucemia			
Asignación presupuestaria			
Datos de consumo especificando: nº de tiras, importe y número de pacientes en suministro.	mensual	mensual	mensual
Nº tiras / paciente incluido en suministro/mes			
Importe / tira de glucosa			
● % Pacientes en suministro sobre el total de pacientes en Cartera de Servicios		anual	anual
Absorbentes de incontinencia urinaria			
Asignación presupuestaria			
Remitir datos de consumo especificando: número de envases e importe por cada tipo de absorbente, y número de pacientes en suministro.	mensual	mensual	mensual
Nº absorbentes / paciente en suministro y mes.			
% Absorbentes anatómicos / Total absorbentes.			
Nº absorbentes día / Nº absorbentes noche o supernoche.			
Indicadores de eficiencia de la prescripción			
% EFG: % envases EFG en relación con el total de envases de especialidades prescritas.			
% Imp. Nov. LAT: % Importe en novedades con limitado aporte terapéutico en relación con el importe de las especialidades farmacéuticas prescritas.			
● Sel. Efic IECA: % DDD prescrito de Captopril, Enalapril, Lisinopril y Ramipril y sus combinaciones en relación al total de Inhibidores de la Enzima Convertora de Angiotensina (IECA).			
Sel. Efic. Antidepr: % DDD prescritas de Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina y Setralina en relación con el total de Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Otros Antidepresivos prescritos.			

Consejería de Sanidad y Consumo

898 *ORDEN 429/2006, de 3 de marzo, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se acuerda la uniformidad de determinados medicamentos y se declara de gestión centralizada su contratación.*

De acuerdo con lo previsto en el artículo 32 del Reglamento General de Contratación Pública de la Comunidad de Madrid, aprobado por Decreto 49/2003, de 3 de abril (BOLETÍN OFICIAL

B.O.C.M. Núm. 57

MIÉRCOLES 8 DE MARZO DE 2006

Pág. 41

DE LA COMUNIDAD DE MADRID de 11 de abril), podrán ser objeto de contratación centralizada aquellos bienes cuya uniformidad haya sido declarada necesaria para su utilización común por la Comunidad.

El apartado segundo del citado artículo dispone que cuando se trate de bienes y servicios de utilización específica por los órganos, centros o servicios de una determinada Consejería, o adscritos a la misma, compete al Consejero respectivo declarar la uniformidad, previo informe de la Dirección General de Patrimonio.

Los medicamentos pertenecientes a los siguientes grupos: Antineoplásicos: Paclitaxel; Antirretrovirales; Factores estimulantes de la eriproyesis y Tratamiento de la hepatitis C crónica y otras afectaciones hepáticas, cuya declaración de uniformidad se pretende, son productos cuyo consumo está generalizado en un importante número de centros dependientes del Servicio Madrileño de Salud, lo que, unido a la posibilidad de determinar características homogéneas o uniformes de dichos bienes y el importante volumen de gasto que conlleva la gestión de los mismos, hace conveniente declarar de gestión centralizada su contratación.

El artículo 33.3 del Reglamento General de Contratación antes citado establece que el órgano centralizador determinará en la declaración de uniformidad los procedimientos o sistemas que se utilizarán en cada clase o categoría de bienes y servicios.

Asimismo, conforme a lo dispuesto en el artículo 3.5 del mismo Reglamento, la competencia para celebrar los contratos corresponde al titular de la Consejería o al órgano que determine en la declaración de uniformidad.

Por todo lo expuesto, al amparo de lo previsto en los artículos 33 y 34 del citado Reglamento General de Contratación Pública de la Comunidad de Madrid, visto el informe favorable de la Dirección General de Patrimonio, y a propuesta de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud,

DISPONGO

Primero

Declarar la uniformidad para su utilización común en los centros sanitarios dependientes del Servicio Madrileño de Salud de los medicamentos pertenecientes a los siguientes grupos:

- Antineoplásicos: Paclitaxel.
- Antirretrovirales.

- Factores estimulantes de la eriproyesis.
- Tratamiento de la hepatitis C crónica y otras afectaciones hepáticas.

Segundo

Designar como órgano de contratación a la Directora General del Servicio Madrileño de Salud.

Tercero

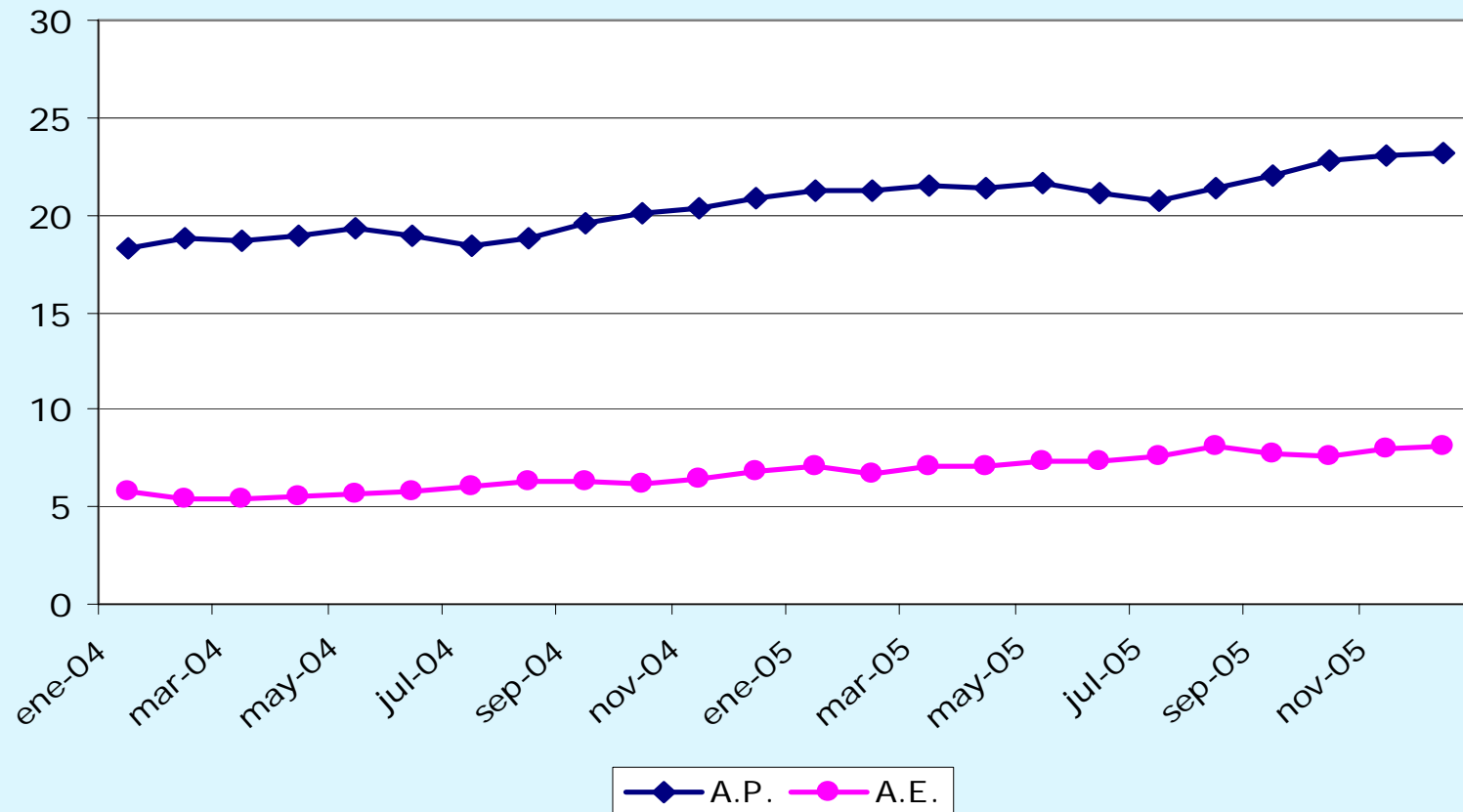
La contratación de los bienes objeto de declaración de uniformidad se llevará a cabo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 33.2.a) del Reglamento General de Contratación Pública de la Comunidad de Madrid, por el procedimiento de adquisición de productos homologados a través de acuerdos o contratos marco.

Madrid, a 3 de marzo de 2006.

El Consejero de Sanidad y Consumo,
MANUEL LAMELA FERNÁNDEZ

(03/6.221/06)

Evolución de EFG por nivel asistencial

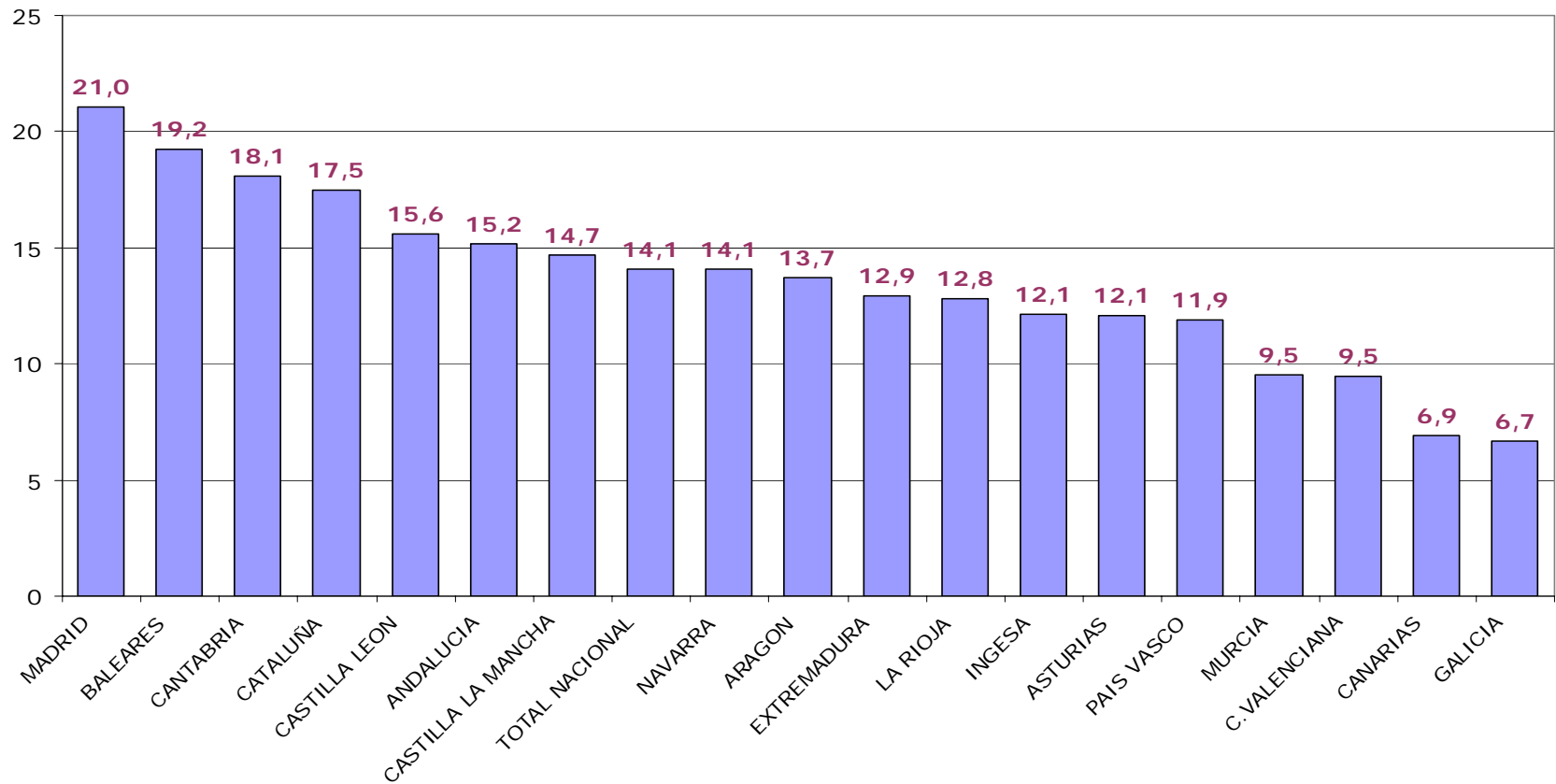


Variación enero-04/ dic-05:

AP: 26,3 %

AE: 39,4 %

PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN % EFG POR COMUNIDADES AUTONOMAS



- 1 Gasto Farmacéutico a través de receta: mensual y acumulado
- 2 Desviación del gasto respecto a las previsiones.
- 3 Gasto medio por receta y por asegurado
- 4 Población y actividad asistencial
- 5 Distribución del gasto en recetas por áreas terapéuticas
- 6 Principios activos
- 7 Indicadores de prescripción
- 8 Gasto farmacéutico a través de receta por nivel asistencial
- 9 Comparación por Comunidades Autónomas

Datos: noviembre 2005

1
Gasto Farmacéutico a través de receta: mensual y acumulado

En noviembre de 2005 el gasto farmacéutico a través de receta (tabla 1) **creció un 3,06%** y el número de recetas se **incrementó un 2,82%** respecto al mismo mes del año anterior. El precio medio por receta aumentó tan solo el 0,24%.

La tasa interanual (TAM) del gasto decrece respecto al mes anterior debido tanto a la reducción en la tasa de número de recetas como en la tasa de gasto medio por receta (fig1).

Fig 1. Tasa interanual de gasto, número de recetas y gasto medio por receta, 2004-2005.

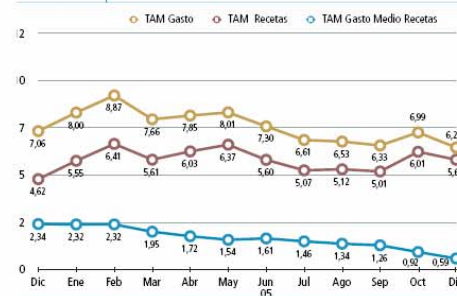


Tabla 1. Gasto farmacéutico en recetas, Comunidad de Madrid, Noviembre 2005. (Datos ADOK)

Periodo	Gasto euros	Recetas n	Gasto medio/ receta euros
Noviembre			
2005	88.925.608	7.131.603	12,47
2004	86.281.494	6.936.026	12,44
% variación 05/04	3,06	2,82	0,24
Acumulado			
2005	941.693.870	75.656.316	12,45
2004	883.155.976	71.383.038	12,37
% variación 05/04	6,63	5,99	0,61

Fuente: Subdirección General de Prestación Farmacéutica. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Elementos para la gestión farmacéutica

- Visión INTEGRAL
- Análisis factores GENERADORES
- Abordaje HOMOGENEO elementos GESTION
- Análisis de la VARIABILIDAD
- Estudio DEMOGRAFICO
- PROGRAMACION del gasto farmacéutico
- NECESIDADES población

Los Indicadores en el seguimiento de la utilización real de los medicamentos: De la teoría de la selección a la práctica de la utilización

- Necesidad. Situar los indicadores en un contexto
- Disponer de una estrategia de gestión
- Instrumentos: Contrato de Gestión
- Sistema de Información: [Farm@drid](#)
- Reuniones periódicas Gerencias y equipos directivos
- Reuniones periódicas Servicios de Farmacia y Farmacología
- Estimular la participación activa de facultativos asistenciales en grupos de trabajo