

CUESTIONARIO PROCESO DE SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

El estudio *Situación actual de la estructura, proceso y resultados de la selección de medicamentos en los hospitales españoles* tiene por objetivo describir cual es el proceso por el que los centros hospitalarios nacionales de 75 o más camas realizan la selección de aquellos fármacos incluidos en sus guías terapéuticas.

El cuestionario se estructura en 12 páginas en las que tras un apartado de datos de identificación, se incluyen 34 preguntas relacionadas con las funciones de la Comisión de Farmacia y Terapéutica de su hospital organizadas en los siguientes bloques:

- Estructura y composición de la Comisión de Farmacia y Terapéutica
- Funcionamiento de la Comisión de Farmacia y Terapéutica
- Proceso de selección y evaluación de medicamentos
- Metodología de trabajo de la Comisión de Farmacia y Terapéutica
- Impacto del proceso de evaluación y selección de medicamentos de la CFT
- Evaluación de medicamentos durante el año 2006

Como verá posteriormente, la mayoría de las preguntas del cuestionario, contienen menús desplegables o casillas de verificación en las que sólo tendrá que marcar la opción u opciones que desee, por lo que su cumplimentación es relativamente rápida.

Tanto los datos personales, como el resto de información de la encuesta se tratarán de manera confidencial, utilizándose sólo a efectos estadísticos en el análisis global de los resultados del estudio, sin que en ningún momento puedan identificarse las respuestas de ningún centro concreto.

Dicha información se empleará únicamente para cubrir los objetivos del proyecto de investigación financiado por el FIS y promovido y llevado a cabo por el grupo de trabajo Génesis de la SEFH. Los datos generales del hospital (número de camas, nivel asistencial, etc), se obtendrán directamente del Catálogo Nacional de Hospitales, por ello no se solicita información detallada en la presente encuesta.

POR ÚLTIMO, GRABE EL DOCUMENTO EN EL ESCRITORIO DE SU PC Y UNA VEZ QUE LO HAYA CUMPLIMENTADO, ENVIELO JUNTO CON EL CUESTIONARIO DE PRINCIPIOS ACTIVOS, A LA DIRECCIÓN:

seleccionmedicamentos.easp@juntadeandalucia.es

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL CENTRO

Nombre del Hospital

Municipio

Provincia

Dirección Postal

Señale la persona que responde al cuestionario:

Secretario de la CFT

Presidente de la CFT

Vocal de la CFT

Otros

Nombre de la persona que responde al cuestionario:

Teléfono de contacto:

Dirección e-mail:

Número de farmacéuticos del servicio de farmacia:

Farmacéuticos especialistas (contar la media jornada como 0,5)

Residentes del servicio de Farmacia

ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

1. En su hospital, ¿hay constituida una Comisión de Farmacia y Terapéutica?

- a. SI b. NO c. No sabe

2 En relación a los miembros que constituyen la CFT, por favor indique el número de profesionales pertenecientes a la misma de cada una de las siguientes áreas.

SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

Total farmacéuticos
(excluyendo residentes)

ÁREA MÉDICA HOSPITALARIA

Medicina Interna
Neumología
Neurología
Cardiología
Oncología
Hematología
Otras áreas médicas

ÁREA QUIRÚRGICA HOSPITALARIA

Cirugía general
Traumatología
Otras áreas quirúrgicas

AREA DE DIRECCIÓN HOSPITALARIA

Dirección médica
Dirección de gestión
Gerencia

ENFERMERÍA HOSPITALARIA

Personal de enfermería

OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Cuidados Intensivos
Anestesiología
Psiquiatría
Pediatría
Farmacología
Otros servicios (especificar cuales y número)

AREA DE PRIMARIA

Farmacéutico de primaria
Médico de primaria
Otros profesionales (especificar cuales y número)

OTROS

Personal administrativo de apoyo
Personal becario de apoyo
Paciente
Representante legal
Coordinador de calidad
Otros (especificar cuales y número)

3. En la Comisión de Farmacia y Terapéutica de su hospital, indique el servicio al que pertenecen cada uno de los siguientes miembros:

- a. El presidente
- b. El vicepresidente
- c. El secretario

4. Indique como se realiza en su hospital la selección de los miembros de la CFT:

- | | Si, en todos los casos | Si en la mayoría de los casos | Si aunque sólo en algunos casos | No, nunca | No sabe |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|
| a. Por convocatoria pública | | | | | |
| b. Son nombrados y/o aprobados por la dirección del centro | | | | | |
| c. Son propuestos por la Junta técnico asistencial | | | | | |
| d. Se eligen en representación de especialidades o áreas médicas definidas | | | | | |
| e. Se nombran por un periodo de tiempo determinado | | | | | |

5. En su hospital, ¿alguna otra comisión y/o grupo de trabajo, además de la CFT, evalúa y selecciona medicamentos?.

- | | SI | NO | No sabe |
|-------------------------------------------------|----|----|---------|
| a. Comisión de infecciones | | | |
| b. Comisión de Nutrición | | | |
| c. Comisión de Tumores | | | |
| d. Otras, en caso afirmativo especifique cuales | | | |

6. En el área geográfica en la que se encuentra su hospital, ¿existen otras comisiones o grupos de trabajo que evalúan y seleccionan medicamentos?.

SI NO No sabe

- a. Comisión Uso Racional del Medicamento de Atención Primaria
- b. Comisión conjunta de Atención Especializada y Primaria
- c. Comisión o grupos de trabajo a nivel autonómico sobre evaluación de medicamentos
- d. Otros, en caso afirmativo especifique cuales

FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

7. Indique si la CFT de su hospital dispone de un documento (escrito y/o en formato electrónico) en el que se recoge:

SI NO No sabe

- a. La misión, objetivos y funciones de la Comisión
- b. El reglamento interno de funcionamiento de la Comisión
- c. Un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) que describa el proceso de evaluación del medicamento desde su solicitud hasta la toma de decisiones por la Comisión.

8. En su hospital, las reuniones de la CFT se realizan:

Si, en todos los casos Sí en la mayoría de los casos Sí aunque sólo en algunos casos No, nunca No sabe

- a. Con una periodicidad establecida a lo largo del año
- b. A demanda, cuando hay material para evaluar

9. Indique el número de reuniones realizadas en el pasado año 2006

PROCESO DE SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS

10. Indique si la CFT de su hospital, evalúa la selección e inclusión de medicamentos para:

- | | Si, en
todos los
casos | Sí en la
mayoría de
casos | Sí aunque
sólo en
algunos
casos | No,
nunca | No sabe |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|--------------|---------|
| a. Pacientes ingresados | | | | | |
| b. Pacientes atendidos en la Unidad de Pacientes Externos | | | | | |
| c. Pacientes tratados en el hospital de día | | | | | |
| d. Pacientes que son tratados en las consultas externas del hospital (prescripción hospitalaria externa en receta) | | | | | |
| e. Pacientes en residencias sociosanitarias | | | | | |
| f. Otros, especifique cuales | | | | | |

11. Los medicamentos pertenecientes a los siguientes grupos ¿son evaluados por la CFT u otra comisión antes de su introducción en el hospital ?

- | | Si, en
todos los
casos | Sí en la
mayoría
de casos | Sí aunque
sólo en
algunos
casos | No,
nunca | No sabe |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|--------------|---------|
| a. Los medicamentos del grupo de los <u>Antibióticos</u> | | | | | |
| b. Los medicamentos del grupo de los <u>Antifúngicos</u> | | | | | |
| c. Los medicamentos del grupo de los <u>Antirretrovirales</u> | | | | | |
| d. Los medicamentos del grupo de los fármacos <u>Oncológicos</u> | | | | | |
| e. Los medicamentos del grupo de los <u>Productos de nutrición</u> | | | | | |

Señale si hay algún grupo de medicamentos distinto de los mencionados, que en la práctica queda excluido de la evaluación:

- | | Si, en
todos los
casos | Sí en la
mayoría
de casos | Sí aunque
sólo en
algunos
casos | No sabe |
|--|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|---------|
| | | | | |

12. En su hospital, la CFT evalúa:

	SI	NO	No sabe
a. Medicamentos extranjeros			
b. Medicamentos de uso compasivo, tratamientos individuales			
c. Medicamentos de uso compasivo, protocolos genéricos			
d. Productos sanitarios			

13. En relación a la evaluación y selección de antimicrobianos:

	Si, en todos los casos	Si en la mayoría de casos	Si aunque sólo en algunos casos	No, nunca	No sabe
a. Son evaluados y seleccionados sólo por la CFT					
b. Son evaluados y seleccionados sólo por el Comité de Infecciones					
c. Son evaluados y seleccionados de forma conjunta por la CFT y el Comité de Infecciones					
d. Otras opciones (especifique cuales)					

14. En relación a la evaluación y selección de productos de nutrición:

	Si, en todos los casos	Si en la mayoría de casos	Si aunque sólo en algunos casos	No, nunca	No sabe
a. Son evaluados y seleccionados sólo por la CFT					
b. Son evaluados y seleccionados sólo por la Comisión de Nutrición					
c. Son evaluados y seleccionados de forma conjunta por la CFT y la Comisión de Nutrición					
d. Otras opciones (especifique cuales)					

METODOLOGÍA DE TRABAJO DE LA COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

15. Para la solicitud de medicamentos: ¿se dispone en su hospital de un modelo estructurado de petición? (puede señalar más de una opción).

- a. Sí, el modelo original GINF
- b. Sí, el modelo GINF traducido
- c. Sí, el modelo GINF con modificaciones
- d. Sí, otro modelo estructurado diferente del GINF
- e. No, ningún modelo específico
- f. No sabe

16. ¿Se dispone de un modelo de informe para la evaluación de medicamentos? (puede señalar más de una opción).

- a. Sí, el modelo estructurado GENESIS
- b. Sí, el modelo GENESIS traducido
- c. Sí, el modelo GENESIS con modificaciones
- d. Sí, otro modelo estructurado diferente del GENESIS
- e. No, ningún modelo específico
- f. No sabe

17. Ante la solicitud de inclusión de un medicamento en la Guía ¿hay establecido un tiempo máximo para su evaluación por parte de la CFT?

- a. Sí **Indique el número de días** b. NO c. No sabe

18. ¿Evalúa la CFT los medicamentos por indicación clínica?

- Sí, en todos los casos Sí, en la mayoría de casos Sí aunque sólo en algunos casos No, nunca No sabe

Una vez aprobado por la CFT un nuevo medicamento comercializado en España para una indicación concreta, si posteriormente se aprueba una nueva indicación por el Ministerio ¿evalúa habitualmente la CFT esa nueva indicación?

- Sí, en todos los casos Sí, en la mayoría de casos Sí aunque sólo en algunos casos No, nunca No sabe

19. Cuando un medicamento tiene indicaciones específicas para un número extremadamente limitado de pacientes y no es de administración urgente, el criterio de la CFT de su hospital es:

Si, en todos los casos	Si. en la mayoría de casos	Sí aunque sólo en algunos casos	No, nunca	No sabe
------------------------	----------------------------	---------------------------------	-----------	---------

Incorporarlo a la Guía como el resto de medicamentos

Incorporarlo a la Guía con condiciones de uso restringidas

No incorporarlo formalmente en Guía y en caso justificado dispensar el medicamento

20. La persona que habitualmente realiza el informe es (puede señalar más de una opción):

- a. Farmacéutico del CIM del servicio de Farmacia del hospital
- b. Farmacéutico que cubre el área asistencial
- c. Farmacéutico jefe de servicio
- d. Médico de un servicio clínico
- e. Farmacólogo
- f. Otro
- g. No sabe

Especifique quien

21. Los informes de evaluación de nuevos medicamentos publicados en página web de Génesis

Si, en todos los casos	Si. en la mayoría de casos	Sí aunque sólo en algunos casos	No, nunca	No sabe
------------------------	----------------------------	---------------------------------	-----------	---------

- a. Se consultan
- b. Son de utilidad como fuente de información
- b. Son de utilidad para la elaboración de nuestros propios informes
- c. Son de utilidad para ser presentados a la CFT de mi hospital

¿Cuándo prepara el informe para su CFT, en que porcentaje aproximado de casos encuentra un informe disponible en la web de Génesis?

%

22. En el caso de que se realice informe de evaluación, ¿suele participar el facultativo que realiza la solicitud de evaluación en la redacción del mismo? (puede señalar más de una opción):

- a. No
- b. Si, es consultado por el/los autores del informe
- c. Si, revisa el informe
- d. Si, es coautor del informe
- e. Si, redacta el informe
- f. Si, realizando otras tareas
- g. No sabe

Especifique cuales

23. Tras una reunión de la CFT de su hospital, ¿Suele redactarse acta escrita de la misma?

- a. SI
- b. NO
- c. No sabe

24. Los miembros de la CFT, ¿disponen de la documentación relativa a los temas a tratar, antes de que se celebre una reunión?

- | | Si, en todos los casos | Si. en la mayoría de casos | Sí aunque sólo en algunos casos | No, nunca | No sabe |
|-----------------------------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------|---------|
| a. Orden del día | | | | | |
| b. Acta de la reunión anterior | | | | | |
| c. Solicitud de inclusión de los medicamentos | | | | | |
| d. Informe de evaluación de los medicamentos | | | | | |
| e. Protocolos terapéuticos del hospital | | | | | |
| f. Ensayos clínicos principales | | | | | |
| g. Otros (especifique cuales) | | | | | |

25. El facultativo que realiza la solicitud de evaluación ¿asiste a la reunión en la que se debate la misma?

- | | | | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------|---------|
| Si, en todos los casos | Si. en la mayoría de casos | Sí aunque sólo en algunos casos | No, nunca | No sabe |
|------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------|---------|

Señale si hay algún criterio para invitar a la reunión al facultativo que realiza la solicitud

26. En la CFT, las decisiones sobre incorporación o retirada de un medicamento se toman mediante un proceso basado en:

- | | Si, en todos los casos | Si. en la mayoría de casos | Si aunque sólo en algunos casos | No, nunca | No sabe |
|---------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------|---------|
| a. Votación | | | | | |
| b. Consenso | | | | | |
| c. Decisión de presidente | | | | | |
| d. Otros | | | | | |

En el caso de usarse otros métodos a los mencionados, especifique cuales

27. ¿Existe una memoria anual de actividad de la CFT en relación a la selección de medicamentos, correspondiente al año 2006?

- a. SI b. NO c. No sabe

28. ¿Dispone el centro de guía farmacoterapéutica y/o guía o programa de intercambio terapéutico? (puede señalar más de una opción).

- | | Guía farmacoterapéutica | Guía o programa de intercambio terapéutico |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|
| a. Si, en formato impreso | Año de la última edición impresa | Año de la última edición impresa |
| b. Si, en formato electrónico incorporada a los sistemas de prescripción | | |
| c. Si, disponible en la Intranet | | |
| d. Si, disponible en Internet | | |
| e. No | | |
| f. No sabe | | |

IMPACTO DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS DE LA CFT

29. Considera que la dirección del hospital apoya la aplicación de los acuerdos y recomendaciones aprobados por la CFT?

Si, en todos
los casos

Si. en la mayoría
de casos

Sí aunque sólo en
algunos casos

No, nunca

No sabe

30. El trabajo realizado por la CFT del hospital en relación a la evaluación y selección de medicamentos se difunde mediante:

Si, en todos
los casos

Si. en la
mayoría de
casos

Sí aunque
sólo en
algunos
casos

No,
nunca

No sabe

- a. Informes y conclusión de la CFT enviado al solicitante
- b. Informes de evaluación en la Intranet del hospital
- c. Informes de evaluación en la Web del hospital (Internet)
- d. Informes de evaluación en la web de Génesis
- e. Presentación en sesiones clínicas
- f. Boletines
- g. Envío de conclusiones por e-mailing
- h. Sistema de prescripción electrónica asistida
- i. Otros (especifique cuales)

31. El seguimiento de las recomendaciones de la CFT se realiza mediante:

Si, en todos
los casos

Si. en la
mayoría de
casos

Sí aunque
sólo en
algunos
casos

No,
nunca

No sabe

- a. La elaboración de estudios de utilización/Auditorias
- b. La elaboración de estudios de consumos
- c. Informes realizados por el servicio médico
- d. Hoja de prescripción especial con condiciones de uso
- e. Seguimiento mediante el aplicativo de prescripción electrónica
- f. Otras opciones (especifique cuales)

EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS DURANTE EL AÑO 2006

32. Durante el pasado año 2006, ¿Se revisó y actualizó algún grupo terapéutico completo?

- a. SI b. NO c. No sabe

En caso afirmativo, especifique cuales

33. Durante el pasado año 2006, ¿Se procedió a la retirada de algún medicamento por decisión de la CFT?

- a. SI b. NO c. No sabe

En caso afirmativo, especifique cual o cuales

34. En el pasado año 2006 ¿Dispone de información sobre el porcentaje aproximado de los medicamentos que se suministraron por el servicio de farmacia del hospital y no estaban incluidos en la guía farmacoterapéutica del mismo?

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|
| a. Coste de medicamentos dispensados no incluidos en la guía / Coste total de medicamentos dispensados | SI | _____ % | NO |
| b. Número de unidades dispensadas de medicamentos no incluidos en la guía/ Total de unidades dispensadas | SI | _____ % | NO |
| c. Número de principios activos dispensados no incluidos en la guía/ Total de principios activos distintos dispensados | SI | _____ % | NO |
| d. Otro indicador (Indique cual) | | | |

35. Por favor, anote cualquier comentario u observación que considere oportunos sobre el contenido o el diseño del cuestionario y que desee hacer llegar a los investigadores del estudio

FIN DEL CUESTIONARIO

Muchas gracias por su tiempo y colaboración

**NO OLVIDE GRABAR EL DOCUMENTO Y ENVIARLO JUNTO CON EL CUESTIONARIO DE PRINCIPIOS
ACTIVOS A LA DIRECCIÓN**
seleccionmedicamentos.easp@juntadeandalucia.es