



PRESTACIÓN FARMACÉUTICA ESPECIALIZADA  
EN CENTROS SOCIO SANITARIOS  
ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y PROPUESTA  
CRONOS-SEFH



Sociedad Española de  
Farmacia Hospitalaria



ISBN: 978-84-695-8322-7.

Depósito Legal: M-213544-2013

# Autores

# Agradecimientos

## **Autores:**

Juan F. Peris Martí. Servicio de Farmacia, RPMD La Cañada (*Valencia*)

Elia M<sup>a</sup> Fernández Villalba. Servicio de Farmacia, RPMD La Cañada (*Valencia*)

María García-Mina Freire. Servicio de Farmacia, Residencia La Vaguada (*Pamplona*)

Bernardo Santos Ramos. Servicio de Farmacia, Hospital Virgen del Rocío (*Sevilla*)

M<sup>a</sup> Sandra Albiñana Pérez. Servicio de Farmacia, Hospital Arquitecto Marcide (*Ferrol*)

Eva Delgado Silveira. Servicio de Farmacia, Hospital Ramón y Cajal (*Madrid*)

María Muñoz García. Servicio de Farmacia, Hospital Ramón y Cajal (*Madrid*)

Pilar Casajús Lagranja. Servicio de Farmacia, Hospital Miguel Servet (*Zaragoza*)

Idoia Beobide Telleria. Servicio de Farmacia, Fundación Matia (*San Sebastián*)

## **Agradecimientos:**

Agradecemos la colaboración de todos aquellos que nos han ayudado a recabar información sobre la situación de la Farmacia Hospitalaria en la atención al paciente crónico institucionalizado en centros sociosanitarios: Ana Lozano; Ana Romero; Paula Raviña; Mariano Espín; Santos Navarro; Rocío Romero; María Adrover; Rosario Febles; Sonsoles García; M<sup>a</sup> Luisa Paredes; Silvia Higuera; Eva Martín; Beatriz García; Encarna Rodríguez; M<sup>a</sup> José de Mora; Raquel Lozano; Eva Miquel; M<sup>a</sup> José Estepa; Mariana Tobaruela; Jara Gallardo.



# Índice

|  |    |
|--|----|
| 0.- Resumen ejecutivo. ....  | 4  |
| 1.- Introducción. Determinantes demográficos .....   | 6  |
| 2.- Atención Sociosanitaria y Dependencia. ....  | 7  |
| 3.- Perfil de pacientes y recursos de Atención Sociosanitaria.....   | 8  |
| 3.1.- Perfil de pacientes. ....  | 8  |
| 3.2.- Recursos de Atención Sociosanitaria.....   | 8  |
| 3.3.- Paciente institucionalizado. Características comunes<br>relacionadas con la farmacoterapia. ....                                       | 9  |
| 4.- Integración de la Atención Farmacéutica Especializada en los<br>recursos sociosanitarios. ....   | 10 |
| 4.1.- Legislación aplicable y funciones de los Servicios de<br>Farmacia.....   | 10 |
| 4.2.- Modelos establecidos de Atención Farmacéutica<br>Especializada. ....   | 12 |
| 4.3.- Población atendida y grado de integración de la Farmacia<br>Especializada. ....  | 12 |
| 4.4.- Resultados de la integración de la Atención Farmacéutica<br>Especializada. ....  | 13 |
| 5.- Análisis de la situación. ....   | 15 |
| PROPUESTA DE LA SEFH PARA EL DESARROLLO DE UNA<br>ATENCIÓN FARMACÉUTICA ESPECIALIZADA EN CENTROS PARA<br>PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS. .... | 20 |

# Resumen Ejecutivo

## *Justificación*

- El envejecimiento de la población e incremento progresivo de los pacientes crónicos, pluripatológicos, polimedicados, ancianos y muy ancianos, con determinado grado de deterioro funcional y/o cognitivo, discapacidad y dependencia determinan el aumento de la demanda y coste de la atención sanitaria. Necesidad de garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.
- La atención sociosanitaria se basa en una evaluación multidimensional, centrada en el paciente (enfoque biopsicosocial), realizada por un equipo interdisciplinar para establecer un plan de cuidados avanzado con la finalidad de preservar o mejorar la calidad de vida del paciente.
- La atención sanitaria prestada en los centros de asistencia social no se encuentra integrada, o bien lo está de forma parcial, en las estructuras del Sistema Nacional de Salud. Existencia de duplicidad en la prestación.
- Estos pacientes presentan un mayor riesgo de eventos adversos relacionados con la farmacoterapia debido a factores relacionados con el propio paciente, con el tratamiento, con el propio sistema sanitario/social y la institucionalización.
- Necesidad de un abordaje integral para mejorar la eficiencia, seguridad y resultados en salud del proceso de utilización de medicamentos, nutrición y productos sanitarios en los centros de institucionalización.
- Cubrir las necesidades terapéuticas de los pacientes institucionalizados: población heterogénea con problemas de salud cada vez más complejos y con necesidad de cuidados a medio camino entre el hospital y el domicilio.
- La prestación farmacéutica en centros sociosanitarios se ha legislado y desarrollado de forma muy diferente entre las CCAA, con disparidad de modelos y resultados.
- Los resultados de la integración de la Atención Farmacéutica Especializada en estos centros son positivos tanto a nivel económico como asistencial.
- La aplicación del Art. 6 del RDL 16/2012 permite el desarrollo unificado de la atención farmacéutica que precisan los pacientes institucionalizados en este ámbito.

## *Descripción del modelo*

- Prestación farmacéutica a través de Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH) y depósitos de medicamentos vinculados a éstos:
  - Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital de la red pública de referencia en el área de salud.
  - Servicio / Unidad de Farmacia Hospitalaria propio del centro vinculada al SFH del Hospital.
- Establecimiento de un sistema de gestión farmacoterapéutica basado en la evaluación y selección de medicamentos, productos nutricionales y sanitarios teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes y el nivel asistencial de los centros.
- Sistema de dispensación en dosis unitaria individualizada.
- Integración del farmacéutico especialista en el equipo interdisciplinar.

- Valoración integral del paciente; atención farmacéutica, revisión continua y periódica de los tratamientos atendiendo al plan de cuidados avanzado del paciente.
- Desarrollo de programas de intervención o seguimiento de pacientes con elevado impacto sanitario y/o económico.
- Integración de los sistemas de información.
- Conciliación.

### *Oportunidades y Fortalezas*

- Unificación del modelo de prestación farmacéutica en centros de asistencia social e integración en el Sistema Nacional de Salud. Equidad en la prestación farmacéutica.
- Centralización de la prestación de productos farmacéuticos (medicamentos, productos sanitarios y nutricionales).
- Cobertura de las necesidades de tratamiento con medicamentos de DH/H en el propio centro evitando la derivación al hospital y reduciendo la estancia hospitalaria.
- Cobertura de las necesidades de productos sanitarios y nutricionales. Integración asistencial.
- Conciliación en las transiciones.
- Disminución de la morbimortalidad relacionada con el proceso de utilización de medicamentos y otros productos farmacéuticos.
- Mejoría en la calidad de la prestación farmacéutica.
- Reducción del coste.
- Mejoría en la eficiencia.

# 1.- Introducción. Determinantes demográficos

El desarrollo económico, los avances de la medicina, la mayor disponibilidad de técnicas sanitarias y fármacos más eficaces han proporcionado una mayor supervivencia y calidad de vida ante determinadas enfermedades y discapacidades. Muchos procesos patológicos que hasta hace poco constituían una importante causa de muerte, como el cáncer u otras enfermedades de alta letalidad (por ejemplo el sida), han pasado a ser consideradas crónicas, con lo que la vida de estos pacientes se alarga, precisando una continuación de cuidados a través de los diferentes niveles asistenciales. Asimismo, este aumento de la longevidad se produce junto con una disminución importante de la natalidad. Estos hechos condicionan el progresivo envejecimiento de la población y que el patrón epidemiológico dominante esté representado por las enfermedades crónicas.

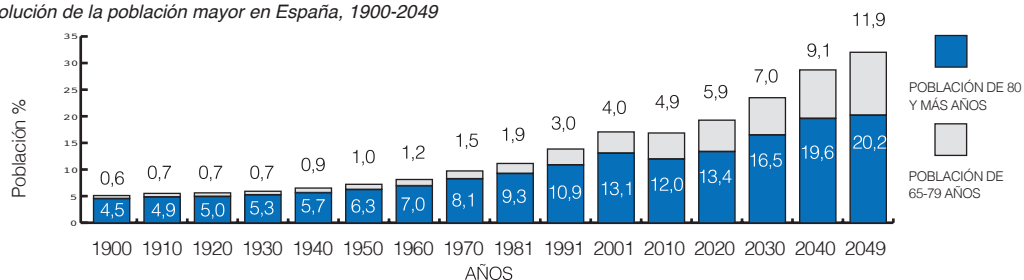
Las expectativas para el año 2020 en el mundo occidental son: a) Aumento del número absoluto de personas mayores de 65 años y en especial del grupo de los mayores de 80 años; b) En el grupo de pacientes de mayor edad seguirán predominando las mujeres; c) Los tres grupos específicos más importantes como responsables de la carga de enfermedad serán, por este orden, los trastornos cardiovasculares, los neuropsiquiátricos y los tumores malignos<sup>1</sup>.

España es uno de los países más envejecidos del planeta. El número absoluto de mayores de 65 años se ha multiplicado por algo más de 6 en un siglo: constituía el 17,2% de la población en 2010, sobrepasará el 22% en el año 2025 (8,5 millones personas) y alcanzará el 31,9% en 2050. Una característica demográfica muy importante es el llamado "envejecimiento del envejecimiento", es decir, el gran aumento que está experimentando el colectivo de la población muy mayor (> 80 años), con un ritmo de crecimiento muy superior al de mayores de 65 años. Las proyecciones de población apuntan a que en el año 2016 se superarán los 2,9 millones de personas mayores de 80 años (6,1% de la población) y casi se duplicará para el año 2049 (Figura 1, tabla 1)<sup>1</sup>.

Además, los estudios demográficos prevén un importante crecimiento de la población anciana funcionalmente discapacitada estimándose que el número de personas dependientes para las actividades de la vida diaria (AVD) puede multiplicarse por dos en las próximas dos décadas<sup>2</sup>.

**Figura 1. Proyección de la población mayor de 65 años y 80 años.**

Evolución de la población mayor en España, 1900-2049



\*Las proyecciones de población (2020-2049) están calculadas a partir de la población a 1 de enero de 2009.

fuente:1900-2001:INE: Citas de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001.

2010 :INE: Avance del padrón a 1 de enero de 2010. Datos provisionales.

2020-2050 :INE: Proyección de la población a largo plazo.

**Tabla 1. Proyección de la población mayor de 80 años.<sup>2</sup>**

| Año  | 80 años y más | % sobre población total | % sobre > de 65 años |
|------|---------------|-------------------------|----------------------|
| 2006 | 2.016.934     | 4,6                     | 27,2                 |
| 2011 | 2.489.857     | 5,4                     | 30,8                 |
| 2016 | 2.902.016     | 6,1                     | 32,8                 |
| 2021 | 3.066.955     | 6,2                     | 31,6                 |
| 2026 | 3.405.864     | 6,8                     | 31,3                 |

Fuente: Libro Blanco de la Atención de las Personas en Situación de dependencia en España. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Diciembre 2004.

Edad y dependencia están estrechamente relacionadas. El aumento de la prevalencia de las situaciones de dependencia aumenta con la edad, a partir de los 50 años ese incremento se acelera de forma notable, siendo el grupo de población con mayor prevalencia de dependencia y, por tanto, el mayor consumidor de recursos, el de mayores de 80 años.



La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD2008) cifra en 3.787.400 las personas con discapacidad. De ellas, 2.227.086 son personas mayores lo que supone una tasa de 302,6 por cada mil personas mayores de 65 años<sup>3</sup>.

## 2.- Atención Sociosanitaria y Dependencia

La atención sociosanitaria está definida en la Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, como aquella que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social, señalando que "la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes".

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud incide en la necesidad de fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios, formados por los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a estos pacientes, que garanticen la continuidad en los cuidados con la máxima participación del paciente y su entorno<sup>4</sup>.

La atención sociosanitaria supone un enfoque asistencial basado en la evaluación integral de la persona, teniendo en cuenta su naturaleza multidimensional: física, psíquica, social y espiritual (valores). Este enfoque biopsicosocial, en cuya base está el curar-cuidar, valora el binomio paciente-familia, se centra en las condiciones (fragilidad, comorbilidad,...) más que en los episodios y favorece la responsabilidad del paciente sobre su propia salud. Esta atención debe tener las siguientes características<sup>5</sup>:

- Intersectorial: deben estar implicados los distintos departamentos administrativos (sanidad, servicios sociales, hacienda).
- Integral: debe tener en cuenta el conjunto de necesidades del paciente.
- Integrado: no debe ser una atención paralela. Los cuidados sanitarios deben estar integrados en la atención sanitaria prestada por el Sistema Nacional de Salud.
- Interdisciplinar. La intervención de diferentes profesionales debe producir una sinergia exponencial con respecto a la atención de un solo profesional.
- Continua. Es necesario garantizar la continuidad asistencial ya que los pacientes dependientes requieren una atención longitudinal.
- Orientada al ciudadano. Unidad de atención: paciente y familiar / cuidador.
- Rehabilitadora: conseguir una adecuada calidad de vida, disminuyendo en lo posible la discapacidad.

Por tanto, cuando se diagnostica una enfermedad grave en fase aguda, toda acción médica se centra en *curar*; pero cuando en un plazo de tiempo determinado no se consigue su remisión y la enfermedad se convierte en crónica, se necesita controlar la enfermedad, sus complicaciones y secuelas, es decir, *cuidar* al enfermo; y finalmente, cuando se comprende que la enfermedad es incurable y avanza de forma rápida, fase terminal, se requieren unos cuidados específicos especializados, es decir, los *cuidados paliativos*. Así, desde la perspectiva sociosanitaria, este enfoque debe contemplar los siguientes aspectos<sup>5</sup>:

- Diagnóstico y tratamiento de las patologías.
- Valoración de las actividades básicas de la vida diaria.
- Valoración neuropsicológica.
- Valoración social.
- Valoración de las necesidades emocionales y espirituales.
- Valoración de las cargas del cuidador principal.
- Intervenciones preventivas de discapacidades.
- Conexión con el resto de recursos asistenciales que garanticen la continuidad de la atención.

## 3.- Perfil de pacientes y recursos de atención sociosanitaria

### 3.1. Perfil de pacientes

De acuerdo con los distintos planes sociosanitarios de las comunidades autónomas (CCAA), desarrollados en línea con las directrices de los organismos internacionales, se identifican los siguientes grupos susceptibles de atención sociosanitaria:

- *Ancianos frágiles*, personas mayores, sobre todo de 80 años o más, con pluripatología y dependencia.
- Personas con *enfermedades crónicas evolutivas* y algún grado de dependencia o problema social añadido.
- Personas con *enfermedad mental crónica*.
- Personas con *enfermedad degenerativa avanzada* que requieren cuidados paliativos.
- Personas con *grandes minusvalías* (física, psíquica o sensorial).
- Personas *en convalecencia* que requieren procesos largos de rehabilitación y/o cuidados paliativos.

Estos grupos, aunque heterogéneos entre sí, suelen compartir características comunes: ser mayor de 65 años, pluripatología, polimedicación, algún grado de dependencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, algún nivel de deterioro funcional y/o cognitivo, mayor riesgo de eventos adversos relacionados con la medicación, frecuente hospitalización y escasas posibilidades de curación pero sí de preservar su situación funcional, cognitiva y mantener la calidad de vida. Dichas características hacen necesaria la aplicación de un modelo asistencial como el expuesto anteriormente.

### 3.2.- Recursos de atención sociosanitaria

Los recursos de atención sociosanitaria se pueden clasificar de acuerdo con la ubicación del paciente, es decir, si se mantiene en su entorno habitual o precisa de institucionalización, y con el grado de atención social y sanitario prestado. En líneas generales se pueden clasificar en los siguientes tipos<sup>5</sup>:

- Servicios de asistencia comunitaria.
- Servicios de asistencia domiciliaria.
- Servicios institucionales.

Aunque dentro de las distintas CCAA pueden existir diferencias entre los distintos tipos, éstas son debidas principalmente a la desigual integración de las administraciones de servicios sociales y sanitarios más que a las necesidades de los pacientes atendidos en ellas o los servicios prestados (tabla 2)<sup>5</sup>.

Tabla 2. Clasificación de los recursos de atención sociosanitaria

| RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA          |   |   |
|---|---|---|
| Asistencia comunitaria                        | Asistencia domiciliaria                 | Institucionalización                              |
| Equipos de atención primaria                  | Equipos de atención primaria            | Residencias                                       |
| Equipos de base de servicios sociales         | Unidad de hospital a domicilio (UHD)    | Unidades hospitalarias de atención sociosanitaria |
| Viviendas adaptadas                           | Servicio de atención domiciliaria (SAD) | Hospital de media y larga estancia                |
| Pisos tutelados                               | Teleasistencia                          |   |
| Centros ocupacionales                         |   |   |
| Unidades de salud mental                      |   |   |
| Centros de día                                |   |   |
| Centro de rehabilitación e integración social |   |   |

Los servicios que dependen de las estructuras sanitarias de atención primaria y centros hospitalarios son bien conocidos y en los últimos años han tenido un desarrollo importante con el objetivo de cubrir la creciente necesidad de los pacientes siendo, al mismo tiempo, eficientes en mantener a dichos pacientes en su entorno habitual. Un ejemplo claro es la potenciación de las unidades de hospitalización domiciliaria (UHD).

Esta misma circunstancia se ha producido en los centros de tipo residencial para personas mayores dependientes y discapacitados psíquicos. En la evolución que han sufrido, han pasado de ser centros de acogida, regidos por principios básicos de beneficencia, pasando por centros para residentes de baja dependencia, con una asistencia sanitaria mínima pensada como ayuda paralela a la prestada por el Sistema Nacional de Salud, hasta constituir en la actualidad, debido al aumento del grado de dependencia y a la cronicidad de las enfermedades, residencias o centros sociosanitarios que atienden a una población heterogénea de pacientes con problemas de salud cada vez más complejos y con necesidad de cuidados múltiples que se sitúan a medio camino entre el hospital y el domicilio<sup>6</sup>.

Esta realidad, pacientes crónicos, de características complejas, heterogéneas y cambiantes en el tiempo, ha conducido a desarrollar una atención basada en el equipo interdisciplinar pues el abordaje de estos pacientes requiere la participación de diferentes profesionales (médico, enfermera, psicólogo, fisioterapeuta, trabajador social, diplomado en educación social, técnico en animación sociocultural, etc.) con la finalidad de realizar una valoración integral multidimensional a partir de la cual se establece un plan de atención individualizada para cada paciente.

### **3.3.- Paciente institucionalizado. Características comunes relacionadas con la farmacoterapia**

El paciente institucionalizado presenta un mayor riesgo de eventos adversos relacionados con la farmacoterapia. Los posibles factores asociados con esta situación tienen un peso diferente en cada grupo de pacientes y se pueden resumir en los siguientes:

#### **Factores relacionados con el paciente**

- *Cambios asociados al envejecimiento en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos*
- *Presencia de dependencia derivada de deterioro funcional y/o cognitivo*
- *Concurrencia de enfermedades crónicas y comorbilidades asociadas*
- *Evolución en el tiempo de la situación clínica y funcional*
- *Influencia del entorno familiar/paciente*
- *Dificultades en la adherencia*

#### **Factores relacionados con el tratamiento**

- *Medicamentos de estrecho índice terapéutico*
- *Polifarmacia*
- *Complejidad del tratamiento*
- *Utilización de medicamentos considerados potencialmente inadecuados*

#### **Factores relacionados con el sistema sanitario/social**

- *Deficiencias organizativas y de coordinación/integración de la atención sanitaria*
- *Problemas de accesibilidad a los servicios especializados*
- *Duplicidades de servicios médicos y/o farmacéutico*
- *Propia institucionalización*
- *Necesidades no cubiertas de medicamentos de diagnóstico/uso hospitalario*

Muchos de estos factores se interrelacionan entre sí. Se ha demostrado la relación entre polifarmacia, utilización de fármacos considerados potencialmente inadecuados, eventos adversos relacionados con la medicación e incremento del riesgo de hospitalización o muerte<sup>6</sup>. Ser mayor de 65 años y polifarmacia son factores de riesgo significativos de frecuentación de servicios sanitarios por reacciones adversas a medicamentos (RAM) y, en concreto, del 10% de las visitas a urgencias. La polifarmacia incrementa el riesgo de presentar una RAM desde un 13% a un 82% cuando se pasa de 2 a 7 ó más fármacos como criterio definitorio, siendo los fármacos más frecuentemente relacionados los cardiovasculares, diuréticos, anticoagulantes, AINE, antibióticos e hipoglucemiantes<sup>7</sup>. La prevalencia de polifarmacia en pacientes mayores institucionalizados en Europa se ha estimado en un 75% (igual o más de 5 fármacos) y el de polifarmacia excesiva (igual ó más de 10 fármacos) en el 24,3%<sup>8</sup>. A ello contribuye no sólo la duplicidad de servicios médicos y el número de profesionales prescriptores implicados en el tratamiento del paciente, sino también el número de farmacias implicadas en la dispensación y tipo de servicio farmacéutico<sup>9</sup>. En este sentido, la dispensación por parte de un servicio de farmacia hospitalaria se ha relacionado de forma significativa con un menor número de medicamentos por paciente en residencias públicas para mayores en Bélgica<sup>10</sup> y también en España (datos no publicados, ver punto 4.4.)

La propia institucionalización constituye también un potencial factor de riesgo de utilización de fármacos potencialmente inadecuados en pacientes mayores, especialmente por la utilización concurrente de 3 ó más fármacos psicotrópicos, de fármacos anticolinérgicos y de benzodiazepinas de larga duración de acción, respecto a pacientes no institucionalizados de la misma edad, sexo y número de fármacos<sup>11</sup>, según un reciente estudio realizado en Suecia.

## 4.- Integración de la Atención Farmacéutica Especializada en los recursos sociosanitarios

### 4.1.- Legislación aplicable. Funciones de los Servicios de Farmacia

#### Legislación

En las últimas dos décadas, todas las comunidades autónomas han incluido en sus respectivas leyes de ordenación farmacéutica la regulación de la prestación farmacéutica en centros sociosanitarios. Esto es un reflejo de la creciente preocupación por la atención al paciente institucionalizado que precisa de una asistencia específica y adaptada a las características de la dependencia. Sin embargo, por el momento no existe un modelo único de atención sanitaria para este tipo de pacientes en el conjunto de España, lo que también ha influido en que no exista un modelo homogéneo de prestación farmacéutica.

Por otra parte, la estructura y la organización de los centros de asistencia social para pacientes de elevada dependencia, que por lo general dependen de Servicios Sociales, dificultan también la instauración de un modelo sencillo de prestación farmacéutica. Encontramos residencias de titularidad privada, con y sin ánimo de lucro, con y sin plazas concertadas, residencias públicas y residencias públicas con gestión privada (concesión administrativa de la gestión). En este sentido, debe tenerse en cuenta que la titularidad del centro (pública o privada) en el que se encuentra el paciente no condiciona la financiación pública de la prestación farmacéutica cuando el paciente tiene derecho a ello.

De forma general, estas leyes regulan la obligatoriedad de establecer un tipo diferente de servicio farmacéutico en función de la titularidad del centro (público, privado, privado con concierto con la administración pública) y del número de camas. La diversidad de servicios farmacéuticos que recogen es importante, pues incluyen el servicio de farmacia hospitalaria (propio, establecido en el mismo centro sociosanitario, o bien el del hospital de referencia), el servicio de farmacia de atención primaria, la oficina de farmacia y depósitos de medicamentos o botiquines que estarían vinculados bien a un servicio de farmacia hospitalaria o a una oficina de farmacia.

Son pocas las comunidades que han desarrollado esta normativa y su aplicación ha resultado muy desigual en el conjunto del estado. La necesidad de optimizar los recursos y disminuir el gasto en farmacia ha llevado en los últimos años a la implantación de diferentes iniciativas o modelos de suministro y/o atención farmacéutica. Así, la mayoría de comunidades autónomas están introduciendo modelos mixtos con un reparto de la prestación entre la farmacia especializada y la oficina de farmacia en función de la titularidad de la residencia o el número de plazas, sin tener en cuenta criterios clínico-asistenciales o de necesidades de los pacientes.

Esto es propio de un estado descentralizado en materia sanitaria, pero también se debe a una falta en la aplicación de criterios (estructurales, organizativos y asistenciales) que clarifiquen qué sistema de prestación farmacéutica (suministro, dispensación y atención farmacéutica) es el más eficiente en términos no sólo económicos sino también clínicos y de resultados en salud, de forma global.

El Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones<sup>12</sup>, en su artículo 6 (tabla 3) trata de impulsar a nivel nacional la obligatoriedad de la regulación de la prestación farmacéutica en el ámbito de los centros de asistencia social apostando claramente por la incorporación de los servicios de farmacia hospitalaria al ámbito asistencial.

**Tabla 3. Artículo 6 del RDL 16/2012**

1. *Será obligatorio el establecimiento de un servicio de farmacia hospitalaria propio en:*
  - a. *Todos los hospitales que tengan cien o más camas.*
  - b. *Los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos.*
  - c. *Los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más.*
2. *No obstante lo anterior, la consejería responsable en materia de prestación farmacéutica podrá establecer acuerdos o convenios con centros hospitalarios, eximiendo a estos centros de esta exigencia, siempre y cuando dispongan de un depósito de medicamentos vinculado al servicio de farmacia hospitalaria del hospital de la red pública que sea el de referencia en el área o zona sanitaria de influencia correspondiente.*
3. *Asimismo, los centros hospitalarios, los centros de asistencia social que presten asistencia sanitaria específica y los centros psiquiátricos que no cuenten con servicio de farmacia hospitalaria propio y que no estén obligados a tenerlo dispondrán de un depósito que estará vinculado a un servicio de farmacia del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe de servicio, en el caso de los hospitales del sector público, y a una oficina de farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria, en el supuesto de que se trate de un hospital del sector privado.*

### **Funciones del Servicio de Farmacia**

Las funciones del farmacéutico hospitalario vienen detalladas en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. En el ámbito de los centros socio-sanitarios las funciones más importantes son las siguientes:

- Desarrollo de un sistema de guía farmacoterapéutica que contemple las necesidades de los pacientes y el nivel asistencial de estos centros, teniendo en cuenta a su vez los posibles criterios de prescripción de las entidades sanitarias.
- Implantación de protocolos y procedimientos de prescripción, dispensación y administración de los medicamentos adecuados para el desarrollo de una atención farmacoterapéutica de calidad. Incorporación de sistemas electrónicos de prescripción.
- Establecer un depósito de medicamentos dependiente del servicio hospitalario con criterios claros de funcionamiento que garantice una atención continua de los pacientes institucionalizados. Establecer, en la misma línea, un sistema de dispensación de productos sanitarios y nutrición enteral.
- Desarrollo de un sistema de dispensación en dosis unitarias que optimice los procesos de dispensación y administración de los medicamentos.
- Adecuación de la medicación a las condiciones del paciente y seguimiento farmacoterapéutico: conciliación, adaptación de dosis y de forma farmacéutica, incumplimiento terapéutico, interacciones, farmacovigilancia, adecuación del tratamiento y desprescripción.
- Valoración periódica del tratamiento completo del paciente en base a criterios de eficacia, seguridad y pronóstico del paciente.
- Participación en programas de educación sanitaria dirigidos a la población atendida y profesionales sanitarios del ámbito asistencial.
- Desarrollo de programas de valoración nutricional. Protocolos de utilización de nutrición enteral.
- Desarrollo de un programa de farmacocinética clínica para el seguimiento de medicamentos de estrecho índice terapéutico e individualización posológica.
- Informes farmacoeconómicos. Indicadores de gestión
- Participación en programas de calidad asistencial.
- Promover y participar en iniciativas sobre coordinación e integración entre niveles asistenciales.

## 4.2.- Modelos establecidos de Atención Farmacéutica Especializada

En España se han desarrollado y establecido diversos modelos de prestación farmacéutica con un diferente grado de participación de la farmacia especializada, y cuyas características generales en cuanto a organización se recogen en la tabla 4. Así, se da la circunstancia de encontrar distintos modelos en una misma comunidad autónoma, por ejemplo en Navarra, y también, experiencias distintas a las indicadas en la tabla y desarrolladas de forma puntual en otras comunidades autónomas: por ejemplo los centros de titularidad privada con diversos acuerdos de gestión con la administración pública (Cataluña). Esta clasificación es meramente orientativa y atiende sólo a aspectos generales.

Tabla 4. Diferencias entre los distintos modelos de prestación farmacéutica especializada en centros tipo residencial para pacientes geriátricos institucionalizados

| CCAA CON AF ESPECIALIZADA  | Características  |
|--|--|
| Aragón, Baleares, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Galicia, Murcia, Navarra <sup>1</sup> | Depósito de medicamentos establecido en una residencia está vinculado al Servicio de Farmacia Hospitalaria del hospital.<br>Dependencia funcional del Servicio Autonómico de Salud.  |
| Navarra  | Servicio de Farmacia Hospitalaria propio establecido en la residencia e independiente del hospital.<br>Dependencia funcional del Servicio Navarro de Salud.  |
| Valencia   | Servicio de Farmacia Hospitalaria propio establecido en la residencia, independiente del hospital.<br>Depósito de medicamentos establecido en otra residencia queda vinculado al Servicio de Farmacia Hospitalaria establecido en una residencia.<br>Dependencia funcional de las Consellerías de Sanidad y B. Social. |

<sup>1</sup> Navarra: un centro público. Los centros privados siguen el modelo indicado en la fila inferior.

La farmacia hospitalaria se ha desarrollado en este ámbito siguiendo dos modelos de organización cuya diferencia fundamental es la existencia o no de una estructura propia para el ámbito de atención:

- Establecimiento de un Servicio de Farmacia Hospitalaria en el propio centro de asistencia social, con depósitos de medicamentos en otros centros vinculados a este Servicio de Farmacia.
- Establecimiento de un depósito de medicamentos en el centro de asistencia social, vinculado y dependiente del Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital de referencia.

## 4.3.- Población atendida y grado de integración de la Farmacia Especializada

En los últimos años la oferta de servicios de atención en residencias se ha incrementado considerablemente en número de centros y número de plazas, con aumento del porcentaje de plazas reservadas a pacientes en situación de dependencia. En el año 2010, existían 335.380 plazas públicas y privadas repartidas entre 5.177 centros residenciales, de las que el 73,34% (245.951 plazas) eran para pacientes dependientes. El 25% (n=1.316) son de titularidad pública, con diversidad de tipos de gestión, el 16% plazas concertadas con entidades privadas y el 59% de titularidad privada<sup>1</sup>.

La prestación farmacéutica en el ámbito de los centros de asistencia social desde la farmacia hospitalaria, independientemente del modelo, se ha organizado en función de dos criterios fundamentalmente: la titularidad del centro (público o privado) y el nº de plazas. Pero, incluso en la aplicación de estos criterios hay diferencias entre las comunidades autónomas. Así, Galicia ha integrado la farmacia hospitalaria en los centros independientemente de la titularidad, Valencia sólo en los centros de titularidad pública y Navarra ha optado por dar prioridad a los de titularidad privada (n=8; 1.613 plazas) frente a los públicos (n=1; 160 plazas).

En las tablas 5 y 6 se detalla el grado de integración de la farmacia hospitalaria en cuanto al número de centros y plazas atendidos por comunidades autónomas. Respecto a los centros para dis-

capacitados psíquicos y para enfermos mentales, evidentemente mucho menos numerosos, la incorporación de la farmacia hospitalaria es muy desigual. La tabla 6 recoge el número de centros y plazas atendidas en las comunidades autónomas. No se detalla la población total por falta de datos fiables.

**Tabla 5. Implantación de la farmacia hospitalaria por CCAA.**

| Ámbito territorial | Población institucionalizada en residencias para mayores dependientes |              |                              |            |
|--------------------|---|--------------|------------------------------|------------|
|                    | Total de Centros*   |              | Centros con AF especializada |            |
|                    | Nº Plazas   | Nº Centros   | Nº Plazas                    | Nº Centros |
| Andalucía          | 36.992  | 585          | 0                            | 0          |
| Aragón             | 17.644  | 306          | 2.464                        | 17         |
| Asturias           | 14.440  | 299          | 0                            | 0          |
| Baleares           | 6.414   | 61           | 1.540                        | 13         |
| Canarias           | 11.800  | 160          | -                            | 2          |
| Cantabria          | 5.125   | 55           | 0                            | 0          |
| Castilla y León    | 42.448  | 654          | 3.000                        | -          |
| Castilla-La Mancha | 25.308  | 394          | 2.504                        | 17         |
| Cataluña           | 59.391  | 1.246        | -                            | -          |
| C. Valenciana      | 27.675  | 344          | 3.776                        | 38         |
| Extremadura        | 12.383  | 229          | 3.250                        | 23         |
| Galicia            | 20.609  | 204          | 6350                         | 48         |
| Madrid             | 24.175  | 217          | 0                            | 0          |
| Murcia             | 4.737   | 56           | 188                          | 1          |
| Navarra            | 5.939   | 74           | 1773                         | 9          |
| País Vasco         | 16.729  | 249          | 726                          | 7          |
| La Rioja           | 3.150   | 30           | 0                            | 0          |
| Ceuta              | 201   | 3            | 0                            | 0          |
| Melilla            | 320   | 2            | 0                            | 0          |
| <b>España</b>      | <b>335.380</b>  | <b>5.426</b> |                              |            |

\*Fuente: Informe 2010. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Primera edición 2012. IMSERSO. Resto de datos: elaboración propia. Se indica con (-) cuando no es 0 pero no se dispone del dato.

**Tabla 6. Implantación de la farmacia hospitalaria por CCAA.**

| Ámbito territorial | Centros para personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental atendidos desde servicios de farmacia hospitalarios |            |                              |            |
|--------------------|--|------------|------------------------------|------------|
|                    | Centros Discapacitados Psíquicos   |            | Centros de Enfermos Mentales |            |
|                    | Nº Plazas  | Nº Centros | Nº Plazas                    | Nº Centros |
| Aragón             | 243  | 2          | 488                          | 3          |
| Asturias           | 0  | 0          | 50                           | 2          |
| Baleares           | 404  | 3          | 0                            | 0          |
| C. Valenciana      | 814  | 15         | 180                          | 5          |
| Galicia            | 379  | 3          | 393                          | 2          |
| Navarra            | 0  | 0          | 650                          | 4          |
| País Vasco         | 76   | 1          | 0                            | 0          |

#### 4.4.- Resultados de la integración de la Atención Farmacéutica Especializada

Los Servicios de Farmacia Hospitalaria responsables de la prestación farmacéutica en centros de asistencia social, independientemente del modelo organizativo, están obteniendo importantes resultados sanitarios y económicos, al aplicar las herramientas propias de la farmacia especializada y

trabajar, con el resto del equipo asistencial, en la mejora del cuidado del paciente institucionalizado. Los resultados asistenciales y económicos que se muestran en los siguientes cuadros son globales, puesto que el modelo establecido en cada comunidad autónoma condiciona el grado en que determinadas actividades pueden desarrollarse.

### Resultados asistenciales

- Integración del farmacéutico en el equipo interdisciplinar, incidiendo en el desarrollo de una farmacoterapia eficiente tanto a nivel de la población como para cada paciente en particular.
- Desarrollo de un sistema de Guía Farmacoterapéutica como eje central de la gestión farmacoterapéutica que implica:
  - Selección de medicamentos adaptada a las necesidades del paciente y a las características de la atención sanitaria.
  - Establecimiento de protocolos de intercambio terapéutico, tratamiento y seguimiento de pacientes con una patología y/o tratamiento determinado.
  - Incorporar criterios de gestión farmacoeconómicos en línea con el conjunto del área sanitaria.
- Desarrollo de un sistema de guía para la selección y utilización de productos sanitarios de gran importancia, clínica y económica, en esta población.
- Desarrollo de grupos de trabajo para el desarrollo de programas concretos de seguimiento de pacientes con elevado impacto sanitario y/o económico:
  - Valoración nutricional y racionalización de la utilización de preparados nutricionales.
  - Seguimiento del paciente con enfermedad de Alzheimer y problemas asociados a esta enfermedad (alteraciones de conducta, etc).
  - Seguimiento de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales. Establecimiento de una colaboración servicio de farmacia-servicio de hematología.
  - Formación sobre el uso de los medicamentos a pacientes y profesionales sanitarios.
- Dispensación individualizada de los medicamentos en dosis unitaria perfectamente acondicionados y preparados para su administración.
- Integración en los sistemas de información permitiendo una mejora en la conciliación de la medicación del paciente entre diferentes niveles asistenciales.
- Aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) en el intercambio de la información y mejora de la comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales.
- Presencia del farmacéutico de hospital como eje de comunicación entre diferentes niveles asistenciales: sociosanitarios-especializada.
- Desarrollo de un programa de calidad para minimizar los errores de medicación y mejorar los procesos relacionados con el uso de los medicamentos, desde la prescripción a la administración y seguimiento posterior.
- Programa de farmacocinética clínica e individualización posológica.
- Mejora en la gestión de los depósitos de medicamentos, disminuyendo de forma considerable el número de medicamentos inmovilizados, aumentando su rotación y la adaptación a las necesidades de los pacientes.
- Promover la investigación en pacientes crónicos.

### Resultados económicos

La disminución del coste económico es debida a los siguientes factores:

- Gestión de la adquisición de medicamentos desde el Servicio de Farmacia, incluida la incorporación de medicamentos genéricos.
- Utilización de un sistema de gestión basado en la guía farmacoterapéutica: selección de medicamentos con mejor perfil de eficiencia
- Atención farmacéutica realizada:
  - Conciliación de la medicación al ingreso y entre transiciones asistenciales.
  - Intercambio terapéutico y suspensión de medicamentos de baja utilidad terapéutica.
  - Seguimiento individualizado de los pacientes.
  - Establecimiento de programas concretos de seguimiento de pacientes con elevado impacto sanitario y/o económico.



- Disminución de ingresos hospitalarios al facilitar el tratamiento en el propio centro con medicamentos de uso hospitalario.
- Establecimiento de procedimientos normalizados de trabajo en la gestión de los depósitos de medicamentos establecidos en las residencias.

#### Comunidad Valenciana

- La evaluación económica realizada en 2004, tras el inicio de la prestación farmacéutica a 11 centros sociosanitarios, muestra una reducción del coste diario en medicamentos del 53% (733 euros/paciente/año). Esta reducción tiene en cuenta la diferencia en el coste de adquisición y la actividad realizada por el farmacéutico en la adecuación de los tratamientos. El nº de medicamentos disminuyó en 0,7 unidades/paciente.
- En 2011, la reducción del coste de los tratamientos activos de los pacientes atendidos por los servicios de farmacia del ámbito sociosanitario de la Comunidad Valenciana fue del 37% (565,75 euros/paciente/año). Este dato, a diferencia del anterior, solo incluye la diferencia de coste en la adquisición de los medicamentos.
- En un estudio realizado en 2005, sobre 11 centros sociosanitarios, el establecimiento de un depósito de medicamentos dependiente de un servicio de farmacia hospitalario disminuía en un 55% el coste medio de los medicamentos almacenados, pasando por depósito, de 8.512 euros a 3.798 euros. En ambos, el coste incluye la medicación necesaria para cubrir una semana de tratamiento y la medicación en depósito.

#### Galicia (datos de un trabajo realizado con los centros dependientes de un hospital)

- Estimaciones realizadas en 2010 cifran en un 57,6% el ahorro en los costes de adquisición, lo que se traduce en un coste evitado de 707,95 euros por residente/año.
- En 2011 el 37,48% de unidades consumidas fueron EFG lo que supuso un 15,09% del importe total consumido.
- En un análisis de tres meses de duración en el año 2012, sobre la conciliación de la medicación en 60 ingresos, se disminuyó en un 9,2% el número de medicamentos y el coste del tratamiento se redujo en un 55,9%.

## 5.- Análisis de la situación

El objetivo del presente informe es establecer una propuesta general de cómo debe ser la prestación farmacéutica en los centros de asistencia social tras el análisis de la situación actual y teniendo en cuenta una serie de condicionantes relacionados con las necesidades de los pacientes y el ámbito de atención:

- La atención sanitaria prestada en centros de asistencia social no se encuentra integrada, o bien sólo lo está de forma parcial, en las estructuras del Servicio Nacional de Salud.
- La prestación farmacéutica, en realidad la sanitaria en su conjunto, es una prestación pública cuando el paciente tiene derecho a ello independientemente de la titularidad del centro en la que se encuentra institucionalizado.
- La oficina de farmacia está orientada principalmente a la dispensación de los medicamentos al paciente ambulatorio en la propia oficina.
- La práctica de la atención farmacéutica y del seguimiento farmacoterapéutico exige una orientación clínica tal y como se concibe hoy en día un servicio hospitalario y, por tanto, una formación especializada.
- Los Servicios de Farmacia Hospitalaria, al aplicar las herramientas de gestión propias de la farmacia hospitalaria, logran un ahorro del 40-60% en la factura de medicamentos respecto al coste generado mediante el sistema de receta-oficina de farmacia.
- La variada legislación autonómica en materia de ordenación farmacéutica coincide en utilizar la titularidad del centro (público-privado) y el número de plazas como criterios para determinar el tipo de prestación farmacéutica. Evidentemente, estos criterios no parecen los más adecuados ya que ninguno de los dos está relacionado con las necesidades del paciente y el nivel de cuidados que recibe. Sin embargo, la ubicación geográfica del centro, su tamaño (nº de plazas) y la densidad de población institucionalizada del área de salud sí son factores que, una vez establecido el nivel/tipo de prestación, deben tenerse en cuenta para el desarrollo del modelo y determinar los recursos necesarios.
- En España, el 56% de las residencias son de menos de 50 plazas, el 28% tiene entre 50 y 100 plazas, el 10% entre 100 y 150 y solo el 6% tiene más de 150 plazas (tabla 7)<sup>1</sup>.

Tabla 7. Distribución de centros residenciales según tamaño por CCAA. Enero 2010.

Centros residenciales en España. Distribución de centros residenciales según tamaño. Enero 2010

| Ámbito territorial | Nº Centros <50 plazas | Nº Centros 50 -100plazas | Nº Centros 100-150 plazas | Nº Centros >150 plazas | Nº Total de Centros |
|--------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------|
| Andalucía          | 56%                   | 26%                      | 11%                       | 7%                     | 585                 |
| Aragón             | 56%                   | 31%                      | 8%                        | 6%                     | 306                 |
| Asturias           | 68%                   | 19%                      | 7%                        | 6%                     | 299                 |
| Baleares           | 43%                   | 29%                      | 14%                       | 14%                    | 61                  |
| Canarias           | 72%                   | 16%                      | 5%                        | 7%                     | 169                 |
| Cantabria          | 40%                   | 27%                      | 13%                       | 20%                    | 55                  |
| Castilla y León    | 57%                   | 24%                      | 10%                       | 9%                     | 654                 |
| Castilla-La Mancha | 43%                   | 31%                      | 16%                       | 9%                     | 394                 |
| Cataluña           | 62%                   | 32%                      | 5%                        | 2%                     | 1.246               |
| C. Valenciana      | 31%                   | 38%                      | 26%                       | 6%                     | 344                 |
| Extremadura        | 70%                   | 19%                      | 7%                        | 4%                     | 229                 |
| Galicia            | 49%                   | 32%                      | 11%                       | 9%                     | 204                 |
| Madrid             | 26%                   | 33%                      | 14%                       | 27%                    | 227                 |
| Murcia             |                       |                          |                           |                        | 56                  |
| Navarra            | 42%                   | 38%                      | 7%                        | 14%                    | 74                  |
| País Vasco         | 51%                   | 27%                      | 16%                       | 7%                     | 249                 |
| Álaba              | 68%                   | 10%                      | 10%                       | 13%                    | 40                  |
| Guipuzcoa          | 33%                   | 44%                      | 20%                       | 3%                     | 66                  |
| Vizcaya            | 55%                   | 23%                      | 15%                       | 7%                     | 143                 |
| La Rioja           | 33%                   | 30%                      | 13%                       | 23%                    | 30                  |
| Ceuta              | 0%                    | 100%                     | 0%                        | 0%                     | 3                   |
| Melilla            | 0%                    | 0%                       | 50%                       | 50%                    | 2                   |
| <b>España</b>      | <b>56%</b>            | <b>28%</b>               | <b>10%</b>                | <b>6%</b>              | <b>5.426</b>        |

#### a) Nivel de atención requerida. Institucionalización.

A diferencia del paciente domiciliario o ambulatorio, el paciente institucionalizado se encuentra dentro de una estructura que le procura una atención que intenta minimizar su dependencia para las actividades de la vida diaria, pero también unos cuidados sociales y sanitarios con el objetivo de preservar su funcionalidad y mejorar su calidad de vida. Este abordaje necesariamente es multidimensional y llevado a cabo por un equipo interdisciplinar.

Desde una perspectiva claramente farmacéutica, este abordaje condiciona el nivel de prestación y atención farmacéutica que precisan estos pacientes. Así, la neumonía adquirida en un centro de asistencia social debe ser considerada como neumonía adquirida en un centro sanitario ya que la prevalencia de patógenos multirresistentes es similar a la de un centro hospitalario y, por tanto, también es similar la necesidad de utilizar antibióticos de amplio espectro<sup>13</sup>. Además, en relación al tratamiento de la neumonía, de las morbilidades asociadas a la enfermedad de Alzheimer o para el establecimiento de cuidados paliativos, la principal recomendación en pacientes institucionalizados es tratar en la propia residencia tanto como sea posible para minimizar los riesgos inherentes a la transición entre niveles asistenciales y los riesgos propios de la hospitalización<sup>13,14</sup>.

Por tanto, el servicio farmacéutico responsable de la atención a estos pacientes debe estar preparado y adecuadamente formado para cubrir estas necesidades.

#### b) Modelo de cuidados.

De acuerdo con las características de la atención sociosanitaria, el abordaje del paciente crónico institucionalizado requiere que desde el equipo interdisciplinar se establezca **un plan de cuidados avanzado** (ver cuadro).

**Objetivos terapéuticos**

- Maximizar bienestar
- Mantenimiento funcional
- Prolongar la vida

**Opciones futuras de tratamiento**

- Hospitalización
- Utilización de antibióticos
- Nutrición / hidratación (sonda, fluidoterapia IV)
- Diálisis
- No resucitación (cardioversion, RCP)
- No intubación

**Aproximación asistencial**

- Concretar situación clínica
- Establecer objetivos principales
- Valorar opciones de tratamiento (beneficio/perjuicio de cada uno)
- Ponderar las opciones teniendo en cuenta los valores/preferencias del paciente-familia
- Prestar la atención requerida

Adaptado de ref. 14

La atención farmacéutica a estos pacientes no se puede centrar en una valoración poblacional simple del balance riesgo/beneficio. El modelo de atención farmacéutica debe centrarse en el paciente como núcleo individual, orientar todas las intervenciones teniendo en cuenta los valores del paciente, su estado funcional y cognitivo, y las posibles decisiones sobre qué nivel de atención desea el propio paciente/familia ante la progresión de sus patologías crónicas. Por tanto, en cada paciente y situación, los factores detallados en la tabla 9 pesarán de forma diferente y notable sobre las decisiones farmacoterapéuticas a adoptar resultando necesaria la integración del farmacéutico en el equipo interdisciplinar.

**c) Modelos de Atención Farmacéutica Especializada. Integración del farmacéutico en el equipo interdisciplinar.**

Para contribuir a un cuidado eficiente de los pacientes institucionalizados, la prestación farmacéutica debe garantizar no solamente la adquisición de los medicamentos, si no que resulta esencial la instauración de procedimientos de trabajo para una correcta dispensación, administración y seguimiento de la farmacoterapia aplicada. Dadas las características de los pacientes institucionalizados y el modelo de cuidados que reciben, el servicio farmacéutico responsable de la prestación debe cubrir todas las necesidades de medicamentos y otros productos farmacéuticos como los preparados nutricionales y los productos sanitarios. Igualmente, es necesaria una adecuada integración y acceso a los sistemas de información clínica para que el farmacéutico pueda realizar la atención farmacéutica que estos pacientes requieren.

La incorporación de herramientas de gestión farmacoterapéutica como el sistema de guía farmacoterapéutica, sobradamente contrastadas tanto en el ámbito hospitalario como sociosanitario, se considera esencial como primer paso para el desarrollo de una farmacoterapia eficiente y de calidad.

Los dos modelos establecidos de atención farmacéutica especializada en las distintas CCAA han conseguido buenos resultados, tanto a nivel de gestión como de atención farmacéutica cuando las condiciones han favorecido la incorporación de un sistema de guía farmacoterapéutica y la integración del farmacéutico en el equipo interdisciplinar. Los principales problemas de cada modelo son fáciles de intuir y vienen determinados por su propia organización. La tabla 8 detalla, de forma breve, las características (ventajas/inconvenientes) de cada uno de ellos.

**Tabla 8. Análisis de los dos modelos de atención farmacéutica especializada establecidos en las CCAA**

| Característica                                   | Modelo dependiente del S.F.H. del hospital  | Modelo con S.F.H en un CSS   |
|--|---|--|
| Gestión de adquisiciones y almacén               | - Ya desarrollado en el Servicio de Farmacia  | - Precisa el desarrollo de esta actividad  |
| Sistema de GFT                                   | - Necesidad de adaptar la GFT del ámbito hospitalario a la población institucionalizada y características del centro sociosanitario.<br>- Plantear la incorporación de representantes sanitarios del ámbito sociosanitario en la Comisión de Farmacia y Terapéutica del centro hospitalario.  | - Desarrollo de una GFT propia del ámbito.<br>- Precisa establecer una Comisión de Farmacia y Terapéutica propia del ámbito, o adherirse a alguna ya formada (si se atiende a pocos pacientes).  |
| Integración del farmacéutico en el centro/equipo | - El centro hospitalario no debe ser un inconveniente para la integración del farmacéutico en el equipo interdisciplinar del centro.  | - La integración no debe ser un problema al no depender de otro centro.  |
| Gestión Farmacoterapéutica                       | - El SF debe adaptar los procedimientos establecidos en el centro hospitalario al ámbito asistencial sociosanitario: sistema de dispensación, disponibilidad de formas farmacéuticas, validación farmacéutica, etc.<br>- La atención a pacientes en dos contextos diferentes puede servir para mejorar las actividades en cada una de ellas.<br>- Utilizar los sistemas de información ya establecidos en el centro hospitalario. | - El SF debe tener la consideración de servicio hospitalario.<br>- Debe desarrollar una gestión farmacoterapéutica adecuada al centro (dosis unitarias, sistemas dispensación, selección de medicamentos, etc).<br>- La posibilidad de no quedar integrado en la red del sistema nacional de salud debe evitarse para garantizar una continuidad en la atención. |

La actividad asistencial del farmacéutico se realiza a diferentes niveles (individual y poblacional) y en diferentes momentos del proceso de cuidado del paciente: al ingreso, en las distintas etapas de la cadena farmacoterapéutica, en la evaluación periódica del paciente y en los programas de seguimiento específicos establecidos en función de situaciones clínicas y/o terapéuticas. Para el desarrollo de esta atención farmacéutica en el paciente institucionalizado se considera esencial la integración del farmacéutico en el equipo interdisciplinar<sup>15</sup>.

Así, el papel activo del farmacéutico en la revisión de los tratamientos y en la información a otros profesionales sanitarios optimiza la farmacoterapia en los pacientes ancianos, obteniéndose los mejores resultados cuando el farmacéutico está adecuadamente formado e integrado en el seno del equipo interdisciplinar<sup>16</sup>. En esta misma línea, la contribución del farmacéutico al uso adecuado de los medicamentos y a la reducción de la iatrogenia en los pacientes mayores complejos mejora los resultados en salud del paciente cuando el farmacéutico especialista interviene combinando diferentes estrategias (revisión de la medicación, evitar uso de fármacos inadecuados, establecer sistemas de ayuda a la prescripción) y está integrado en el equipo interdisciplinar para participar de la valoración integral del paciente<sup>17</sup>. Recientemente se ha publicado un metaanálisis que muestra que la integración del farmacéutico en el equipo asistencial reduce en un 47% los efectos adversos<sup>18</sup>.

#### *d) Coordinación de la prestación farmacéutica*

La complejidad del ámbito asistencial, con multitud de recursos orientados al paciente socio-sanitario en función de su ubicación y desde distintas administraciones públicas hace necesaria la existencia de una coordinación entre el conjunto de agentes farmacéuticos. En este sentido, es una realidad que la oficina de farmacia atiende directamente a una gran mayoría de la población de pacientes crónicos (y/o sociosanitarios) en los ámbitos domiciliario y ambulatorio, principalmente. A su vez, esta propuesta incide en la necesidad de dotar de una atención farmacéutica especializada a la población institucionalizada en centros de asistencia social (socio-sanitarios). Por tanto, un modelo que abarque el conjunto del nivel asistencial debe intentar integrar al conjunto los servicios farmacéuticos implicados. Por este motivo se propone establecer una coordinación para el conjunto del nivel asistencial desde los recursos de farmacia hospitalaria (especializada) que se establezcan en cada área de salud, especialmente a nivel de los centros dependientes de servicios sociales ya que cuentan con un grado menor de integración en el sistema sanitario. Esta coordinación debe asegurar que los distintos programas de atención farmacéutica que se generen lleguen a una amplia mayoría de los pacientes.

# PROPUESTA DE LA SEFH PARA EL DESARROLLO DE UNA ATENCIÓN FARMACÉUTICA ESPECIALIZADA EN CENTROS PARA PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

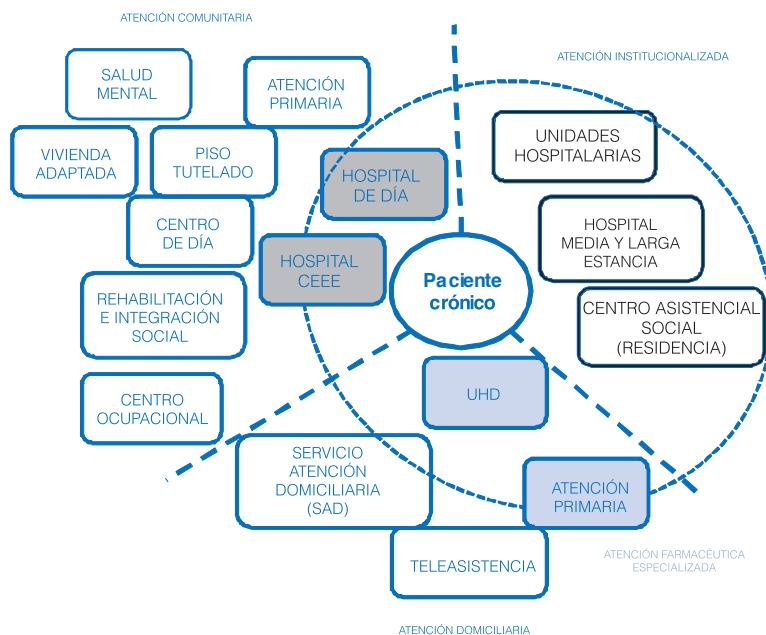
## 1.- Recursos sociosanitarios con Atención Farmacéutica Especializada directa

Los criterios para determinar la necesidad de una atención farmacéutica especializada deben ser:

- el nivel de atención que requiere el paciente.
- la propia institucionalización.
- la existencia de un modelo de cuidados avanzado a cargo de un equipo de atención interdisciplinar.

Desde la experiencia adquirida en distintas comunidades autónomas, entendiendo la complejidad que supone, considerando la ubicación del usuario y los criterios indicados, se propone el desarrollo de una prestación farmacéutica especializada en los centros sociosanitarios o de asistencia social que atienden a pacientes institucionalizados (figura 2).

Figura 2. Recursos con prestación Farmacéutica Especializada.



## 2.- Modelo de Atención Farmacéutica

Se propone un modelo que siga las siguientes directrices.

### a) Desarrollo de una Atención Farmacéutica Especializada especializada desde un Servicio de Farmacia Hospitalaria.

El modelo propuesto es el implantado en la mayoría de comunidades autónomas y consiste, básicamente, en el establecimiento de un depósito de medicamentos en el centro sociosanitario vinculado al Servicio de Farmacia Hospitalaria del hospital de la red pública de referencia en el área de salud; este modelo sigue las directrices marcadas en el artículo 6 del RD 16/2012. En áreas de salud con un elevado número de centros y de personas institucionalizadas puede ser aconsejable, para facilitar la adaptación del propio Servicio, establecer un Servicio o Unidad de Farmacia Hospitalaria en un centro sociosanitario vinculada al servicio hospitalario, para gestionar los depósitos en el resto de centros.

Este modelo presenta dos ventajas importantes:

- la prestación farmacéutica queda integrada en el Sistema Nacional de Salud
- mayor rentabilidad al requerir una menor inversión económica al utilizar la estructura del servicio de farmacia hospitalario y sus sistemas de información.

Desde una perspectiva práctica, el Servicio de Farmacia Hospitalaria establece un depósito de medicamentos en uno o varios centros bajo la responsabilidad de un farmacéutico adjunto al Servicio. Este farmacéutico será el responsable del desarrollo de una atención farmacéutica especializada en el centro y quedaría integrado en el equipo asistencial del mismo.

El desarrollo de la prestación farmacéutica se sustentaría en las siguientes **estrategias** para el desarrollo de la atención farmacéutica:

**- Estructurales:**

- Establecimiento de un sistema de guía farmacoterapéutica que tenga en cuenta las necesidades de los pacientes y el nivel asistencial del centro.
- Sistema de dispensación en dosis unitaria individualizada.
- Integración del farmacéutico en el equipo interdisciplinar que atiende al paciente.

**- Intervención directa con el paciente**

- Al ingreso. Conciliación de la medicación entre niveles asistenciales y adaptación a la guía.
- Etapas del proceso farmacoterapéutico: validación de la prescripción y seguimiento farmacoterapéutico.
- Valoración integral del paciente. Junto con el resto del equipo asistencial.
- Establecimiento del plan de cuidados avanzado y objetivos terapéuticos. Valoración farmacoterapéutica.
- Programas de seguimiento. Programas dirigidos a grupos de pacientes, seleccionados por sus patologías o tratamientos. Ejemplo: paciente anticoagulado.

**- Estrategias globales de mejora asistencial**

- Identificación de pacientes con riesgo de sufrir problemas relacionados con la medicación.
- Desarrollo de sistemas de ayuda a la prescripción y de detección de reacciones adversas al tratamiento.

### ***b) Cobertura de todo el ámbito asistencial.***

Todos los centros sociosanitarios que atiendan a pacientes institucionalizados y que cumplan los anteriores criterios establecerán un depósito vinculado al servicio de farmacia del hospital de referencia, independientemente del número de pacientes atendidos y de la titularidad, pública o privada, del centro.

### ***c) Coordinación de la atención farmacéutica en el área de salud.***

En cada área de salud, y de acuerdo con el nº de centros y población atendida, se establecerá la figura de farmacéutico responsable para el ámbito de centros de asistencia social con dos funciones principales:

- Promover un desarrollo coordinado de los programas de atención farmacéutica implantados en el ámbito asistencial.
- Colaborar en los programas de atención farmacéutica dirigidos a los pacientes sociosanitarios que no precisan institucionalización, es decir, los servicios de ayuda a domicilio y de centro de día, en colaboración con los servicios de farmacia del área y las oficinas de farmacia.

#### *d) Recursos humanos, equipamiento y transporte.*

##### *Recursos humanos.*

Se considera adecuado disponer del siguiente personal:

- Un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria por cada 250-350 pacientes institucionalizados.
- Un auxiliar/técnico de farmacia por cada 350 pacientes institucionalizados.
- Un refuerzo de celador, en función del número de centros con depósito de medicamentos vinculado al servicio, para el envío semanal de la reposición de los medicamentos, preparados nutricionales y productos sanitarios.
- De la misma forma, en función de la actividad y de los recursos ya existentes en el servicio, se valoraría la necesidad de reforzar el personal administrativo, DUE y la incorporación de una dietista.

##### *Recursos técnicos/informáticos*

Deben incorporarse los sistemas de información del área de salud y del centro hospitalario para facilitar el acceso de los distintos profesionales a los contenidos del historial clínico y social de las personas institucionalizadas en estos centros.

##### *Equipamiento*

El modelo propuesto aprovecha la mayor parte de la infraestructura del servicio de farmacia tanto para la gestión de las compras como para su almacenamiento, y otros recursos (monitorización farmacocinética, elaboración de fórmulas magistrales, etc). No obstante, en función de la magnitud de pacientes y centros atendidos se valorará la conveniencia de mejorar determinados recursos como la capacidad de acondicionamiento de los medicamentos.

El depósito de medicamentos establecido en los centros deberá tener una dotación adecuada para el desarrollo, cuando se precise de este modo, de un sistema de dispensación individualizado en dosis unitarias: estación de medicamentos, carro de medicación semanal, mobiliario de oficina, equipamiento informático, etc.

##### *Transporte*

El modelo precisa disponer de un sistema de transporte, que con una periodicidad mínima semanal, pueda suministrar medicamentos, preparados nutricionales y productos sanitarios a los depósitos de medicamentos vinculados al propio servicio.

La dotación de recursos de transporte, dotación del depósito y de personal auxiliar puede ser aportada por los propios centros sociosanitarios o por el servicio de farmacia. El personal que se considere necesario que deba trabajar en el servicio de farmacia (celador, enfermero, dietista, etc) deberá ser aportado por el propio servicio para facilitar el desarrollo de la prestación.

Este modelo, pretende aprovechar todo el potencial de la Farmacia Hospitalaria en la atención al paciente crónico institucionalizado en los centros sociosanitarios, aprovechando la estructura ya existente y la formación clínica de los farmacéuticos especialistas.





# Bibliografía

- 1.- *Las personas mayores en España. Informe 2010. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 1ª edición, 2012.
- 2.- *Libro Blanco de la Atención de las Personas en Situación de dependencia en España.* IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1ª edición, 2005.
- 3.- *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD).* Instituto Nacional de Estadística, 2008.
- 4.- *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 27 de junio de 2012.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- 5.- *Zafra E, Martínez M. En: Bravo P, Montañés B, Martínez M. Cuidados Farmacéuticos en personas en situación de dependencia. Aspectos generales y farmacoterapia.* Ed. Glosa, S.L. 2009.
- 6.- *Tamura BK, Bell CL, Inaba M, Masaki KH. Outcomes of polypharmacy in nursing-home residents. Clin Geriatr Med.* 2012; 28(2): 217-236.
- 7.- *Shah BM, Haijar ER. Polypharmacy, adverse drug reactions, and geriatric syndromes. Clin Geriatr Med.* 2012; 28(2): 173-186.
- 8.- *Onder G, Liperoti R, Fialova D, Topinkova E, Tosato M, Danese P, Gallo PF, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Bernabei R, Landi F, SHELTER Project. Polypharmacy in nursing home in Europe: results from the SHELTER study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2012 Jun; 67(6):698-704.
- 9.- *Tamura BK, Bell CL, Inaba M, Masaki KH. Factors associated with polypharmacy in nursing home residents. Clin Geriatr Med.* 2012; 28(2): 199 – 216.
- 10.- *Elseviers MM, Vander Stichele RR, Van Bortel L. Drug utilization in Belgian nursing homes: impact of residents' and institutional characteristics. Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010; 19(10):1041-8.
- 11.- *Haasum Y, Fastbom J, Johnell K. Institutionalization as a risk factor for inappropriate drug use in the elderly: a Swedish nationwide register-based study. Ann Pharmacother.* 2012 Mar; 46(3):339-46.
- 12.- *Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.*
- 13.- *Jamshed N, Woods C, Desai S, Dhanani S, Taler G. Pneumonia in the long-term resident. Clinics in Geriatric Medicine,* 2011 (27):117-134.
- 14.- *Fulton AT, Rhodes-Kropf J, Corcoran AM, Chau D, Herskovits Castillo E., Palliative care for patients with dementia in long-term care. Clin Geriatric Med.* 2011; (27):153-170.
- 15.- *Peris J, Fernández E. Calidad farmacoterapéutica en el paciente geriátrico. Incorporación del fármaco al equipo interdisciplinar. En: Bravo P, Montañés B, Martínez M. Cuidados Farmacéuticos en personas en situación de dependencia. Aspectos generales y farmacoterapia.* Ed. Glosa, S.L. 2009.
- 16.- *Spinewine A, Fialova D, Byrne S. The role of the pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. Drugs Aging.* 2012; 29(6): 495 – 510.
- 17.- *Onder G, Van der Cammen TJM, Petrovic M, Somers A, Rajkumar C. Strategies to reduce the risk of iatrogenic illness in complex older adults. Age and Aging.* 2013; 42: 284 – 291.
- 18.- *Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. Med Care* 2010; 48:923-33.





Sociedad Española de  
Farmacia Hospitalaria