



LIBRO BLANCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL NUEVO MODELO ASITENCIAL

Editora

Sandra Pinzón Pulido

Editores

Francisco Javier López Narbona

Antonio Paula Brito Pina

La elaboración de este Libro Blanco ha sido cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional FEDER a través del Programa Interreg V-A España-Portugal (POCTEP) 2014-2020. Las opiniones son de exclusiva responsabilidad de las personas que firman su autoría.

Autoras

Sandra Pinzón Pulido

Escuela Andaluza de Salud Pública

Ingrid Ferrer López

Servicio Andaluz de Salud

Rosario Cáceres Fernández-Bolaños

Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla

Rosana Patrocinio Polo

Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía

Bibiana Navarro Matillas

Escuela Andaluza de Salud Pública

Cecilia Escudero Espinosa

Escuela Andaluza de Salud Pública

Autores

Francisco Javier López Narbona

Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía

António Paula Brito Pina

Administração Regional de Saúde do Algarve

Eduardo Hidalgo Fort

Universidad de Sevilla

Fernando Muñoz Chavero

Universidad de Sevilla

Ricardo José Horta Correia Pereira

Farmácia Internacional em Monte Gordo

Antonio Olry de Labry Lima

CIBER en Epidemiología y Salud Pública

Juan Manuel Espinosa Almendro

Servicio Andaluz de Salud

Manuel Ojeda Casares

Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRÓLOGO	<u>7</u>
CAPÍTULO 1. Yo no crucé la frontera, la frontera me cruzó	<u>9</u>
CAPÍTULO 2. El reparto	<u>29</u>
CAPÍTULO 3. El escenario	<u>49</u>
CAPÍTULO 4. Quizás sea esto una gran oportunidad para la sanidad	<u>69</u>
CAPÍTULO 5. Los sonidos del silencio	<u>91</u>
CAPÍTULO 6. Del escepticismo al apostolado	<u>111</u>
CAPÍTULO 7. Tic-ket de ida y vuelta	<u>133</u>
CAPÍTULO 8. Reconocer que éste es el camino	<u>147</u>
EPÍLOGO	<u>157</u>
BIBLIOGRAFÍA	<u>156</u>
NORMATIVA	<u>165</u>
DOCUMENTACIÓN Y ENLACES DE REFERENCIA	<u>167</u>

PRÓLOGO

El proyecto Nuevo Modelo Asistencial (NUMA), es un proyecto innovador que genera alianzas profesionales y, gracias a las tecnologías, pone en comunicación a profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria para mejorar la atención que se presta a las personas.

Su finalidad es mejorar la atención que recibe la persona con enfermedades crónicas y en riesgo de fragilidad, tanto desde la prevención por parte del equipo asistencial como desde el empoderamiento de la ciudadanía para promover su autonomía y el liderazgo de su salud.

Persigue asegurar la atención a las personas usuarias de la zona transfronteriza entre Andalucía y el Algarve, fomentando la coordinación de servicios prestados por las Administraciones públicas.

Este modelo asistencial ha contado desde su inicio con la perspectiva de las personas usuarias del sistema de salud afianzando en su realización su principal demanda “Nada para mí, sin mí”. Las personas beneficiarias de atención sanitaria hacen énfasis en la necesidad de coordinación entre los distintos agentes de salud en la asistencia que se les proporciona, respetando sus valores, preferencias y necesidades. Solicitan que la información que se les aporte y la educación sea clara y de alta calidad.

Los profesionales de medicina, enfermería y farmacia de atención primaria han trabajado colaborativamente con los profesionales de farmacia comunitaria para mejorar la adherencia, prevenir la fragilidad y el riesgo de caídas, atender a personas con riesgo cardiovascular elevado a consecuencia de presentar hipertensión, diabetes y/o haber sufrido algún evento cardiovascular y aquellas con afectaciones respiratorias como el asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Esta atención, como no puede ser de otra manera, ha pivotado alrededor de las estrategias principales que tiene el Sistema Sanitario Público de Andalucía para abordar el envejecimiento de la población, contando con documentos de elaboración por grupos multidisciplinares como son los procesos asistenciales integrados y el examen de salud para mayores de 65 años promovidos por la Consejería de Salud y Familias.

El proyecto NUMA fomenta el envejecimiento activo y saludable a través de soluciones digitales disponible en la plataforma “En buena edad”, teniendo en cuenta también las necesidades de las personas que puedan verse afectadas por la brecha digital, adaptando los recursos a las necesidades de las personas usuarias en cada momento.

El liderazgo de la farmacia atención primaria ha servido de nexo de unión entre la atención primaria y la comunitaria, al conocer las competencias de los profesionales implicados en la atención sanitaria y aportando mejoras adaptativas en la implantación de los nuevos servicios.

Las relaciones creadas con el proyecto han hecho posible construir soluciones a problemas que debían ser afrontados de manera innovadora debido a la situación COVID-19 que nos ha acontecido a todos y ha remodelado nuestra manera de ejercer nuestra profesión.

Con este modelo asistencial se promueve la coordinación entre los distintos agentes de salud, facilitando una interacción más ágil y resolutive dentro del sistema sanitario. Esto incrementa la confianza de las personas usuarias con el propio sistema de salud al dar una visión de comunicación y continuidad asistencial y mejorando el manejo de los problemas de salud de la ciudadanía.

Esta innovación genera mejoras tanto en las relaciones humanas con los usuarios y usuarias como un acercamiento en las relaciones sociales entre profesionales de diversos ámbitos.

Carlos Gustavo García Collado

Subdirector de Farmacia y Prestaciones

Servicio Andaluz de Salud

• CAPÍTULO 1 •

YO NO CRUCÉ LA FRONTERA, LA FRONTERA ME CRUZÓ

António Brito Pina, Ricardo José Horta Correia Pereira,
Javier López Narbona, Ingrid Ferrer López, Sandra Pinzón Pulido.

EL ESPACIO TRANSFRONTERIZO



NUMA es un Nuevo Modelo Asistencial que propone innovar en los procesos de atención a personas con enfermedades crónicas y riesgo de fragilidad, integrando a la farmacia comunitaria como un actor de proximidad.

NUMA aborda este objetivo desde la cooperación transfronteriza de Algarve y Andalucía, a través del uso de soluciones tecnológicas que faciliten la comunicación entre profesionales de medicina, enfermería y farmacia y las personas destinatarias de los servicios farmacéuticos.

NUMA favorece el aprendizaje compartido entre dos regiones que abordan la integración de la farmacia comunitaria en los procesos asistenciales desde dos perspectivas diferentes:

- Algarve, con un amplio desarrollo normativo y de convenios entre la Administración sanitaria y la farmacia comunitaria que regula y hace posible la prestación farmacéutica generalizada para toda la población.
- Andalucía, con una larga trayectoria de proyectos piloto orientados a la demostración de la efectividad de los servicios farmacéuticos y su impacto sobre la salud y la calidad de vida de las personas y la eficiencia del sistema sanitario.



En 2012, Agrupación Farmacéutica Europea (PGEU), publicó el Libro Blanco en el que estableció nuevas vías para fomentar la salud de la población, la calidad de la atención en la farmacia comunitaria y la eficiencia del sector sanitario a través de:

Mejoras en la seguridad y el acceso a los medicamentos

- Ayuda a personas con regímenes de tratamiento complejos a gestionar su medicación, mediante sistemas individualizados de dosificación.
- Facilita el acceso a fármacos de uso hospitalario siempre bajo control y en coordinación con el personal médico.

Mejoras en los resultados terapéuticos

- Por su proximidad y apertura permanente, colabora en la detección y gestión de enfermedades crónicas.

Mejoras en la Salud Pública

- Promueve el autocuidado y la automedicación segura y efectiva.
- Promueve estilos de vida saludable y previene enfermedades.
- Ofrece programas de cribado y detección de riesgos para la salud.

Contribución a la eficiencia y calidad del sistema sanitario

- Mejora la adherencia en personas polimedicadas, fomentando la dispensación continuada del medicamento.

ALGARVE



La farmacia comunitaria es hoy el primer punto de contacto de la población del Algarve con el sistema de salud. Sus profesionales tienen una visión holística de la salud de las personas y apoyan a sus comunidades locales en la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de diversas enfermedades.

En Portugal, la red de farmacias comunitarias presta un servicio de salud de interés público y continuidad de servicios, garantizando la equidad en el acceso a los medicamentos y servicios de salud a la población.

La red portuguesa de farmacias comunitarias ha desarrollado servicios que dan respuesta a las necesidades de las personas y mejoran su salud y su bienestar, en complementariedad con el Servicio Nacional de Salud de Portugal.

Los servicios ofertados en la farmacia comunitaria son brindados por profesionales farmacéuticos y de otras profesiones sanitarias como nutrición y enfermería.

EVOLUCIÓN DEL MARCO REGULATORIO



Normativa de base

Desde el **Decreto-Ley nº 307/2007**, el desarrollo de los servicios en las farmacias comunitarias portuguesas estuvo acompañado de la evolución del marco regulatorio que establece las bases para:

- La prestación de servicios en las farmacias comunitarias.
- La prestación de servicios de apoyo domiciliario.
- La administración de medicamentos y vacunas.
- Los programas de adherencia y conciliación terapéutica.
- Las pruebas diagnósticas rápidas.
- Los servicios básicos de enfermería.
- Las consultas nutricionales.
- La prevención y el tratamiento del pie diabético.
- Las campañas de alfabetización, promoción y prevención de salud.

Los servicios están regulados por el **Decreto Nº 1429/2007**, de 2 de noviembre y modificaciones posteriores introducidas por el Decreto Nº 97/2018, de 9 de abril.

La primera enmienda a la Ordenanza de 2007 respondió a la evolución del sector farmacéutico en los últimos años, buscando ahora abarcar nuevos servicios de promoción de la salud. Posteriormente se incluyeron:

- La vacunación antigripal.
- Las pruebas rápidas para el diagnóstico de VIH, VHB y VHC.
- La detección precoz de diabetes.

Recientemente, con la incorporación de tecnologías de la información y digitalización en los servicios se promueve:

- Una mayor seguridad en la toma de la medicación.
- La adherencia a la terapia farmacológica.
- La proximidad a las personas que favorece el seguimiento.



Convenios

En 2014, con el XX Gobierno Constitucional, las farmacias firmaron el primer convenio para definir los principios rectores relacionados con la implementación de los servicios a desarrollar por las farmacias. Este convenio abrió la puerta a la definición de un nuevo marco para el modelo de financiación de la intervención farmacéutica.

En 2017, se firmó un nuevo convenio entre las farmacias y los Ministerios de Hacienda y Salud del XXI Gobierno Constitucional, vigente hasta 2018. Con este nuevo convenio se pretendía:

- Reforzar la articulación entre la red asistencial y las farmacias.
- Reconocer su aportación al Sistema Nacional de Salud.
- Crear las condiciones para la sostenibilidad de las farmacias a través de nuevos modelos de retribución.



Nuevos desarrollos normativos

Siguieron importantes desarrollos regulatorios que establecieron:

- La definición de incentivos para la dispensación de medicamentos genéricos.
- La posibilidad de remunerar los servicios de intervención de salud pública.
- La revisión y actualización de la Ordenanza que define los servicios farmacéuticos.

La remuneración del programa de intercambio de jeringas en farmacias se estableció en enero de 2017, tras la publicación de la Ordenanza N° 301-A/2016, de 30 de noviembre. Este programa ha contribuido a reducir las nuevas infecciones por VIH y VHC, con resultados económicos favorables para el sistema de salud.

NUEVOS SERVICIOS



Terapia Antirretroviral

El Programa del XXI Gobierno Constitucional permitió probar la delegación parcial de la administración de terapia oral en oncología y enfermedades transmisibles en las farmacias comunitarias, por lo que se puso en marcha un proyecto piloto para la dispensación de Terapia Antirretroviral (ART) que mostró una alta satisfacción de las personas con el servicio brindado, así como una mayor comodidad y conveniencia al desplazarse a su farmacia de referencia.



Servicios durante la pandemia por COVID-19

Como parte de la respuesta a la crisis sanitaria originada por la COVID-19, las farmacias comunitarias adaptaron su actividad para responder a las necesidades de las personas y del Sistema Nacional de Salud.

Así, se implementaron:

- Servicios para garantizar la continuidad del tratamiento, evitando viajes y reduciendo la exposición al virus para proteger mejor a las personas.
- Campaña de vacunación contra la influenza del Sistema Nacional de Salud.



Asistencia, dispensación y entrega de medicamentos

Tras la publicación de la Norma N° 003/2020 y la Circular Normativa N° 005/CD/550.20.001 de Infarmed, se iniciaron los servicios de:

- Dispensación de medicamentos hospitalarios en farmacias a través de la Operación Luz Verde.
- Entrega de medicamentos y productos de salud en domicilio.
- Servicio Nacional de Asistencia Farmacéutica a través de la línea 1400.



Renovación de recetas

La Ordenanza N° 90-A/2020, de 9 de abril, complementada con la Circular de Información Conjunta N° 02/2020/ACSS/INFARMED/SPMS:

- Permitió la renovación automática de recetas crónicas.
- Estableció las reglas necesarias para garantizar la disponibilidad y acceso a los medicamentos.



Pruebas Rápidas de Antígenos

En la Estrategia Nacional de Pruebas para el SARS-CoV-2:

- Las autoridades sanitarias reconocieron la importancia de las Pruebas Rápidas de Antígenos (TRAg) para reducir y controlar la transmisión de la infección, aumentando la capacidad de respuesta rápida a la COVID-19.
- La capacidad de realizar las pruebas se extendió a todas las unidades de salud registradas ante la Entidad Reguladora de Salud (ERS).
- En la Circular Normativa Conjunta Infarmed, DGS e INSA, se incluyó a la profesión de farmacia entre las profesiones capacitadas para brindar el servicio.
- En una Circular sobre la disponibilidad de pruebas rápidas para COVID-19 en farmacias, Infarmed aclaró las condiciones y criterios a considerar al realizar TRAg.

- Una vez cumplidos los requisitos descritos, incluido el registro en la ERS, las farmacias comenzaron a brindar este servicio, procediendo a la comunicación obligatoria de los resultados de todas las pruebas al usuario, al médico prescriptor y al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).

VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS



Según un estudio realizado por encuesta a la población portuguesa entre el 27 de octubre y el 3 de noviembre de 2020:

- La población reconoce y valora la calidad de los servicios prestados por las farmacias en respuesta a la pandemia.
- Más del 70% de las personas encuestadas consideran que los servicios prestados superaron sus expectativas en cuanto al apoyo brindado por las farmacias durante la pandemia.
- La población mostró altos niveles de satisfacción con el desempeño, conocimiento técnico y sensación de seguridad en la visita a farmacia.

En el contexto de NUMA, Algarve se propuso el desarrollo de un proyecto piloto para el seguimiento de personas con hipertensión arterial derivadas desde medicina de atención primaria a la farmacia comunitaria.

ANDALUCÍA

EVOLUCIÓN DEL MARCO REGULATORIO Y ESTRATÉGICO



Legislación nacional

Ley 16/2003,

Andalucía aborda la puesta en marcha del Nuevo Modelo Asistencial en un marco estratégico favorable, que requiere un desarrollo normativo similar al que ha seguido Portugal en la última década, para generalizar el modelo de funcionamiento y financiación de los servicios farmacéuticos en todo el territorio.

La prestación farmacéutica viene definida en la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud como el conjunto de actuaciones encaminadas a que las personas reciban los medicamentos:

- de forma adecuada a sus necesidades clínicas,
- en las dosis precisas según sus requerimientos individuales,
- durante el período de tiempo adecuado, y
- al menor coste posible para ellos y para la comunidad.

Esta Ley estableció la necesidad de:

- colaboración con el Sistema Nacional de Salud, y
- coordinación entre profesionales de medicina, enfermería y farmacia.

Además, introdujo:

- La dispensación individualizada de medicamentos.
- La importancia de la receta electrónica.

Real Decreto 1030/2006

Más adelante, el Real Decreto que regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, determinó la indicación, prescripción y dispensación de medicamentos, fijando la participación económica de las personas usuarias.

Real Decreto Legislativo 1/2015

En 2015, el Real Decreto que aborda el uso racional del medicamento:

- Estableció que profesionales de farmacia comunitaria eran *“responsables de la dispensación de medicamentos a la ciudadanía, que velan por el cumplimiento de las pautas establecidas por profesionales de medicina responsables de la prescripción, y cooperan en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad”*.
- Determinó la participación de las oficinas de farmacia en la utilización racional de los medicamentos: *“a través de la dispensación informada, de los sistemas personalizados de dosificación, y de la intervención para la mejora del cumplimiento terapéutico”*.



Contexto autonómico

Ley Orgánica 2/2007

En 2007, la Ley Orgánica de reforma del Estatuto de Autonomía de Andalucía, determinó su competencia sobre la ordenación farmacéutica y la ejecución de la legislación estatal en materia de productos farmacéuticos.

Ley 22/2007

Y fue a través de la Ley de Farmacia de Andalucía que se definió la atención farmacéutica como:

- una prestación que se desarrolla en la farmacia comunitaria, a través de servicios farmacéuticos,
- con la cooperación entre personas usuarias y profesionales sanitarios.

Concierto de 11 de julio de 2011

En 2011, se firmó un concierto entre el Servicio Andaluz de Salud y el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, en el que:

- Se establecieron las condiciones de la dispensación farmacéutica mediante recetas médicas.
- Se incluyeron los medicamentos, fórmulas magistrales, preparados farmacéuticos, vacunas individualizadas, accesorios y productos dietéticos.

Estrategias para la renovación de la atención primaria

En 2016, el Servicio Andaluz de Salud publicó sus estrategias de renovación, considerando a la farmacia comunitaria como un agente local que, en coordinación con medicina y enfermería de atención

primaria, podía mejorar los resultados en la atención a personas con enfermedades crónicas a través de:

- La mejora de la salud de la población.
- La mejora de la experiencia individual de atención.
- La garantía de equidad en la atención a las personas con mayores necesidades.
- La capacidad de prevenir la enfermedad y la discapacidad.
- La mejora de la eficiencia del Sistema Sanitario Público.

Resolución de 26 de abril de 2019

En 2019, la Resolución que establece el marco estratégico para la atención primaria y comunitaria, determinó la necesidad de coordinación con protocolos de actuación compartidos entre atención primaria y farmacia comunitaria para:

- Un mejor manejo de los problemas de salud.
- Un uso más racional de los medicamentos.

Contrato Programa del Servicio Andaluz de Salud

En 2020, a través del Contrato Programa, el Servicio Andaluz de Salud fijó entre sus objetivos:

- La revisión de las prescripciones activas de las personas con polimedicación.
- La seguridad en el uso de la medicación de personas con enfermedades crónicas.
- La valoración de las personas con fragilidad funcional o cognitiva.
- El diseño de planes personalizados de cuidados en personas con deterioro funcional.
- El adecuado control de personas con patologías crónicas prevalentes como la hipertensión arterial, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La Estrategia de Cuidados de Andalucía

Esta estrategia publicada en 2015 “se encamina al desarrollo de estrategias de promoción de salud, prevención y abordaje integral de la cronicidad, promoción del autocuidado, la atención en el domicilio de personas con alta complejidad, la participación de la comunidad y el uso de las nuevas tecnologías desde un trabajo multidisciplinar, en el que además se incorporan nuevas competencias y roles profesionales, para mejorar la calidad y sostenibilidad del sistema”.

Uno de sus proyectos estratégicos es la atención a la cronicidad y la necesidad de cuidados avanzados. En este proyecto, la Estrategia de Cuidados establece como objetivos:

- Potenciar estrategias de promoción de la salud centradas en el desarrollo de los activos más efectivos como son la actividad física, la alimentación saludable, el bienestar emocional y el abandono del hábito tabáquico.
- Desarrollar un modelo de Gestión compartida que mejore la eficiencia y los resultados en salud en la atención a personas en situación de cronicidad.
- Impulsar la capacidad de resolución de las enfermeras en los protocolos, guías y procesos asistenciales consensuados en los equipos multiprofesionales para incrementar la efectividad y la eficiencia en la atención a personas en situación de cronicidad.
- Ampliar las competencias de las enfermeras gestoras de casos para la atención y el seguimiento de procesos crónicos complejos.

Los nuevos servicios farmacéuticos en Andalucía deben configurarse como apoyo a la Estrategia de Cuidados de Andalucía, contribuyendo al uso seguro, eficaz y eficiente de los medicamentos y al refuerzo del consejo y recomendaciones terapéuticas que se imparten en la consulta de medicina y enfermería de atención primaria.



Uno de los primeros avances en la comunicación entre profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria se dio en Andalucía en 2006, con la puesta en marcha de la receta electrónica mediante la colaboración de los Colegios de Farmacéuticos y el Servicio Andaluz de Salud.



Prescripción y dispensación de medicamentos

Se trata de un modelo de prescripción y dispensación de medicamentos y productos sanitarios incluidos en la financiación pública que aprovecha las tecnologías de información y comunicación, aportando ventajas respecto a la prescripción tradicional de recetas en papel:

- La prescripción del medicamento o producto sanitario se hace directamente en la Historia de Salud Digital (DIRAYA).
- La persona se identifica con su Tarjeta Sanitaria o DNI.
- El sistema identifica a la persona en la base de datos de usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BDU).
- La receta se graba en un Módulo Central de Dispensación (MCD) que crea un crédito farmacéutico con el tratamiento completo prescrito.

- El conjunto de los productos prescritos se imprime en una hoja informativa para la persona en la que se indica la posología y duración del tratamiento.
- Para que la persona recoja sus medicamentos tiene que presentar la Tarjeta Sanitaria o DNI en la farmacia comunitaria de su elección y realizar el copago correspondiente.



Comunicación entre profesionales

La receta electrónica permite comunicar:

- Las modificaciones o anulaciones que profesionales de atención primaria hacen en la prescripción de medicamentos y productos sanitarios.
- La anulación cautelar que puede hacer la farmacia comunitaria cuando existan causas asistenciales que lo aconsejen, informando a quien ha hecho la prescripción a través de un informe previsto en el sistema.



Beneficios para la persona

La receta electrónica:

- Facilitar el acceso al tratamiento completo, sin tener que desplazarse al centro de salud para la renovación de recetas, medida especialmente útil en personas con enfermedades crónicas que necesitan medicamentos de forma continuada.
- Aumenta el tiempo de dedicación del personal médico durante la consulta, al reducir el tiempo necesario para la cumplimentación de recetas.
- Facilita el seguimiento de la adherencia al tratamiento.
- Minimiza los trámites de control sanitario del visado.
- Posibilita comunicación entre profesionales de farmacia comunitaria y atención primaria.

PROYECTOS PILOTO

En la última década se han puesto en marcha distintas iniciativas y proyectos en la búsqueda de una mejor comunicación entre profesionales de farmacia comunitaria y atención primaria, y mejores resultados en salud y calidad de vida.



Iniciativa PARHELIO

Es una iniciativa que:

- Promueve la colaboración entre oficinas de farmacia de Sevilla y asociaciones de pacientes.
- Desarrolla redes de farmacias especializadas en atención farmacéutica, apoyo y consejo a pacientes afectados por enfermedades concretas.
- Incluye formación específica sobre farmacoterapia y fisiopatología de esas enfermedades.

Su objetivo es:

- La supervisión, control y educación sanitaria a las personas afectadas.
- El desarrollo de estrategias de educación e información sobre la enfermedad.
- El desarrollo de mecanismos de promoción de la adherencia a los medicamentos.

A través de PARHELIO se han firmado convenios con:

- Asociación de Síndrome de Fatiga Crónica y Fibromialgia de Sevilla y de Andalucía (SEFIFAC).
- Asociación de Personas Afectadas por el VIH de Sevilla (ADARA).
- Fundación LOVEXAIR dedicada a la salud pulmonar y respiratoria.
- Asociación de Personas con Diabetes de Sevilla (ANADIS).



Proyecto IRIS

Este proyecto surge en la barriada de Torreblanca en Sevilla con el propósito de:

- Mejorar la conciliación de la medicación y adherencia terapéutica.
- Establecer protocolos de comunicación entre farmacia comunitaria y atención primaria en relación a la prescripción de medicamentos.
- Desarrollar estrategias de educación e información sobre la enfermedad y la medicación.
- Trasladar las incidencias detectadas en la farmacia creando distintos niveles de urgencia para que atención primaria responda a través de un coordinador de cada centro.



Proyecto ASTIGI

Este proyecto ha puesto en evidencia las mejoras de la interlocución entre profesionales para el correcto seguimiento y adherencia al tratamiento de las personas con enfermedades crónicas, evitando desplazamientos y mejorando la satisfacción de las personas atendidas y profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria.

En el contexto de NUMA, Andalucía propuso un proyecto piloto con tres casos de uso:

- Detección de fragilidad y riesgo de caídas.
- Asistencia en nuevos medicamentos.
- Toma de constantes y consejo o recomendación terapéutica a personas con hipertensión arterial, diabetes o EPOC.

NUEVOS SERVICIOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Durante la pandemia generada por la COVID-19, NUMA incorporó otros casos de uso que daban respuesta a las necesidades de las personas mayores en este contexto:

- Renovación de medicamentos.
- Incidencias posológicas.
- Duplicidad de medicamentos.
- Intolerancia a excipientes.
- Agravamiento de la enfermedad.
- Problemas de desabastecimiento.
- Problemas de seguridad.
- Dispensación en domicilio.
- Dispensación excepcional.
- Entrega hospitalaria.



La integración de la farmacia comunitaria en los procesos asistenciales de atención primaria requiere un marco regulatorio en el que se defina el modelo de funcionamiento y de financiación, a la vez que estudios experimentales que permitan probar la efectividad de los servicios en la mejora de la salud, la calidad de vida y el bienestar de la población.

• CAPÍTULO 2 •

EL REPARTO

Bibiana Navarro Matillas, Sandra Pinzón Pulido, Ingrid Ferrer López,
Juan Manuel Espinosa Almendro, António Brito Pina, Javier López Narbona.

PROTAGONISTAS

El Nuevo Modelo Asistencial NUMA tiene como protagonistas:

- En Algarve, a las **personas con diagnóstico de hipertensión arterial**, con dificultad para el autocontrol de la enfermedad y problemas de adherencia a la medicación, que tengan cerca de su domicilio una farmacia comunitaria.
- En Andalucía, a las **personas de 65 años o más con enfermedad crónica y riesgo de fragilidad** que viven en sus domicilios y son usuarias frecuentes de la farmacia comunitaria.

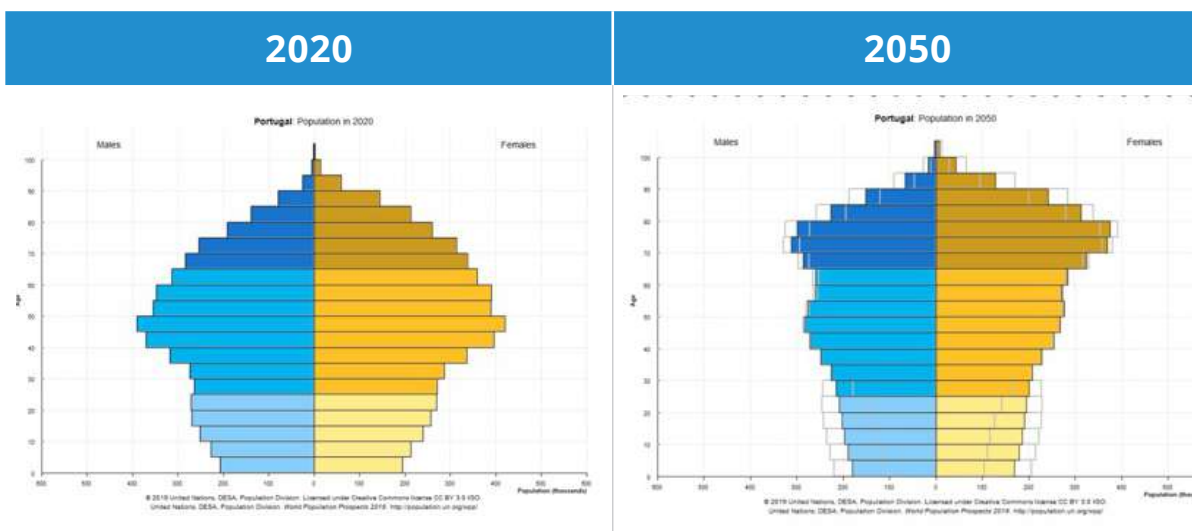
PERSONAS MAYORES



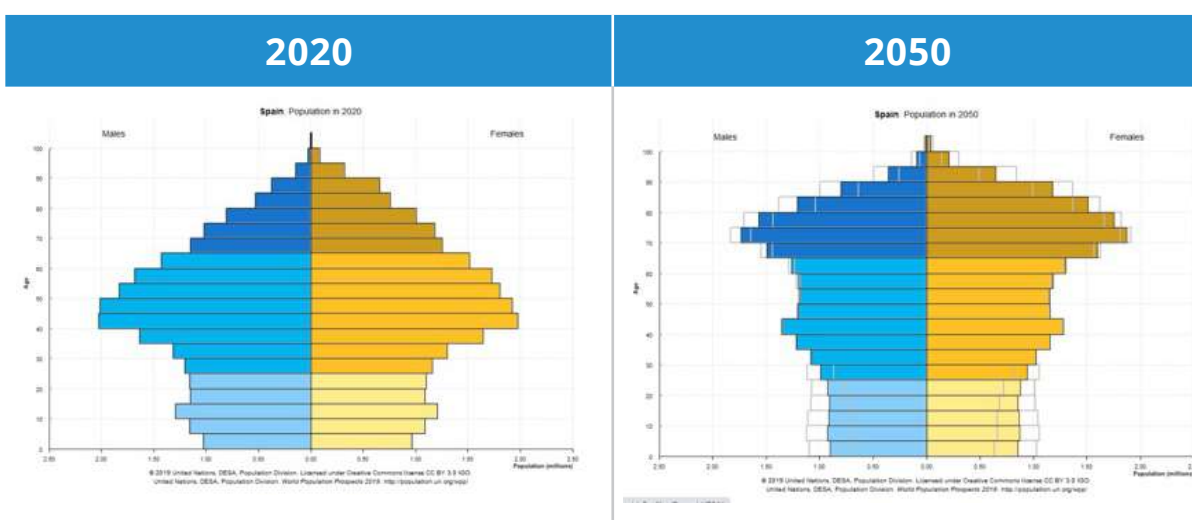
Estas dos regiones muestran un acelerado envejecimiento de su población. La esperanza de vida para las mujeres se acerca a los 85 años y para los hombres se sitúa ya por encima de los 79 años. En 2019, la población de 65 años o más superaba el 22% en Algarve y se acercaba al 18% en Andalucía.

Esta tendencia poblacional se refleja claramente en las proyecciones demográficas de Portugal y España que muestran, para 2050, una población altamente envejecida y feminizada.

PORTUGAL



ESPAÑA



Fuente: United Nations. World Population Prospects 2019. Department of Economic and Social Affairs. <https://population.un.org/wpp/Graphs/DemographicProfiles/Pyramid/724>

PRIORIDADES DE SALUD EN ALGARVE



Problemas de salud

El envejecimiento de la población se asocia a mayores problemas de salud y a una mayor presión sobre los servicios sanitarios, con el consiguiente aumento de los costes.

Los principales problemas de salud son:



- Las enfermedades cardiovasculares.
- La falta de adherencia terapéutica.
- Las tasas de mortalidad por ictus y cardiopatía isquémica son claramente superiores en el Algarve en comparación con las tasas a nivel nacional.

INDICADOR	AÑO	ALGARVE	PORTUGAL
Tasa de mortalidad por accidente cerebrovascular <65 años por 100.000 habitantes	2011	8,4	8,3
	2012	9,7	8,3
	2013	8,0	7,8
	2014	9,3	7,5
Tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica <65 años por 100.000 habitantes	2011	16,0	8,6
	2012	14,0	7,8
	2013	15,4	8,4
	2014	20,5	11,7



Es el factor de riesgo determinante de las enfermedades cerebrovasculares, lo que justifica una intervención más activa de los servicios sanitarios en este ámbito.

Prioridad nacional

Está incluida en un programa prioritario del Plan Nacional de Salud portugués, siendo una preocupación estratégica porque:

- El **16,4%** de las personas inscritas en centros de salud del Algarve tienen hipertensión arterial (14,8% en hombres y 17,9% en mujeres).
- La prevalencia es de **22,9%** en la ACES de Sotavento cerca de la frontera con Andalucía.
- La proporción de personas hipertensas controladas médicamente es demasiado baja en el Algarve.

Programas de telemonitorización

Telemonitorizar la hipertensión está considerado como medida estratégica prioritaria en el Plan Estratégico de la ARS Algarve 2017-2019.

Estrategia Nacional para el Envejecimiento Activo y saludable 2017-2025

Es una preocupación estratégica incluida en uno de los programas prioritarios del Plan Nacional de Salud portugués, que recoge:

- La estrategia para combatir la polimedicación con la justificación obligatoria para más de cinco medicamentos.
- Las evaluaciones periódicas que tengan en cuenta las necesidades particulares de hombres y mujeres.
- La adopción de un plan de atención individual como instrumento de intervención integrada en los distintos niveles de atención para personas con pluripatología o comorbilidad.

PRIORIDADES DE SALUD EN ANDALUCÍA



Enfermedades crónicas

Las enfermedades más frecuentes y que suponen mayor impacto en la salud de las personas y suponen un mayor gasto sanitario son:



Hipertensión arterial: Es el factor de riesgo cardiovascular más importante y mejor reconocido. 65 de cada 100 personas mayores de 65 años tienen hipertensión. De cada 10 personas que la tienen diagnosticada, solo 4 tienen controlada la tensión arterial.



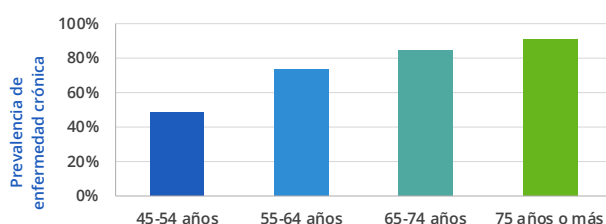
Diabetes: Es una enfermedad altamente frecuente, crónica y compleja que altera las necesidades básicas de la persona y deteriora su calidad de vida. Su frecuencia está entre el 5,9% y el 10% en personas adultas.



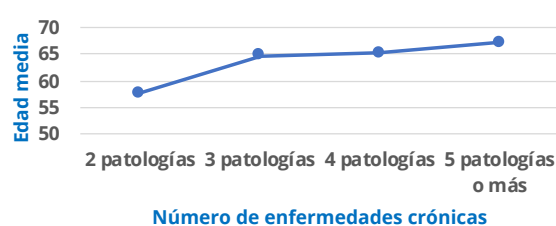
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Es la 4ª causa de muerte en España. La sensación de falta de aire tiene un gran impacto emocional en las personas que la padecen. Genera un coste de 3 millones de euros anuales, un 45% debido a las hospitalizaciones y un 40% por el consumo de fármacos.

La prevalencia de enfermedades crónicas crece en función de la edad y aumenta de forma importante a partir de los 55 años.

Prevalencia de enfermedades crónicas por grupo de edad



Edad media según número de enfermedades crónicas



Fuente: Ollero M, Sanz R, Padilla C (Coord.) Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Sevilla: Consejería de Salud, 2012.



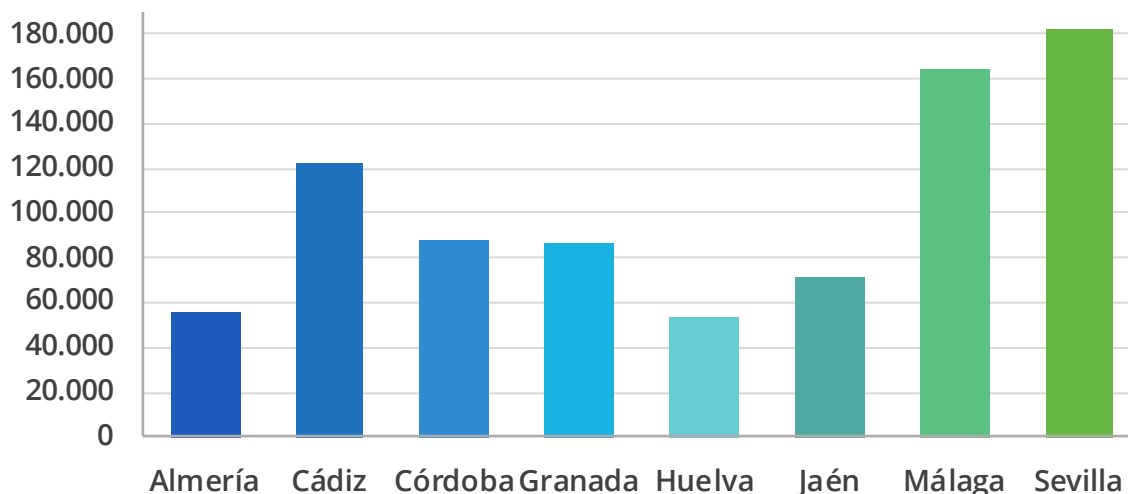
Fragilidad y riesgo de caídas



En 2006, se implantó en Andalucía el Examen de Salud para Mayores de 65 años desarrollado por profesionales de atención primaria en los centros de salud.

En los primeros 10 años de vida de este programa, se incluyeron 824.823 personas mayores.

Nº de personas incluidas en el programa Examen de Salud para Mayores de 65 años. 2006-2016



Fuente: Espinosa JM, Rodríguez S. (Coord.) Examen de Salud para Mayores de 65 años: actualización 2017. Sevilla: Consejería de Salud, 2017.

Según este programa, en 2016, el 23% de las personas mayores estaban en situación de fragilidad y el 17% en situación de dependencia.



Actualización del Examen de Salud Autónoma 65+

En 2017, se actualizó el programa, centrando su intervención en la fragilidad funcional y el riesgo de caídas porque...

Aproximadamente

30% de las personas mayores de **65 años**



50% de las personas mayores de **80 años**



Se caen al menos 1 vez al año.

Más de un 70%

de las personas que se caen tienen consecuencias clínicas.



El 50% de ellas

no recupera el nivel funcional previo

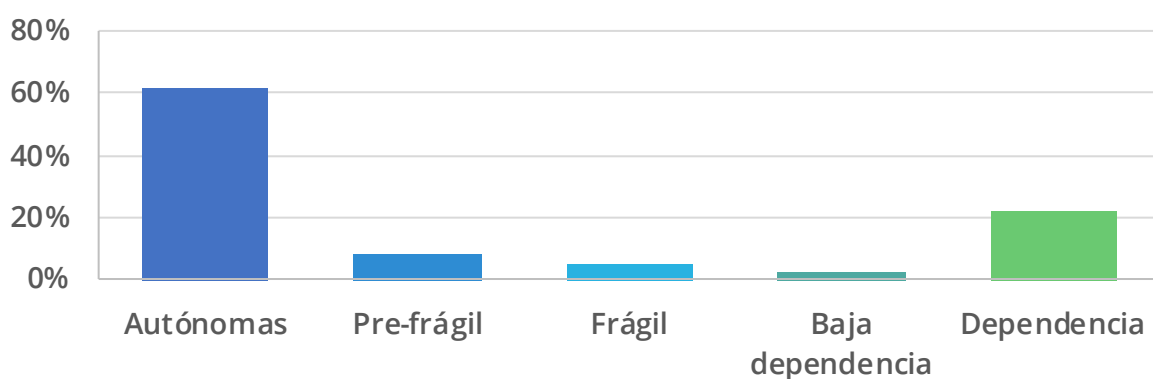
y un 10% presenta

lesiones graves, incluida la fractura de cadera.

Las caídas tienen consecuencias **médicas que generan discapacidad y dependencia en la persona mayor.**

De las 262.444 personas incluidas en este nuevo programa, el **61,8%** son autónomas y el **22,5%** están en situación de dependencia. El grupo restante 15,4% tiene una situación de fragilidad o baja dependencia.

Nº de personas incluidas en el programa Examen de Salud para Mayores de 65 años. 2006-2016



Fuente: Colin M, Navarro B, Espinosa JM, Cabrera A, Rodríguez S. Fostering Healthy and Active Ageing: Findings from the Health Exam for Adults Over 65 program in Andalusia, Spain. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2021.

PROFESIONALES

Profesionales de medicina, enfermería y farmacia son también protagonistas del Nuevo Modelo Asistencial NUMA.



Medicina, enfermería y farmacia de atención primaria

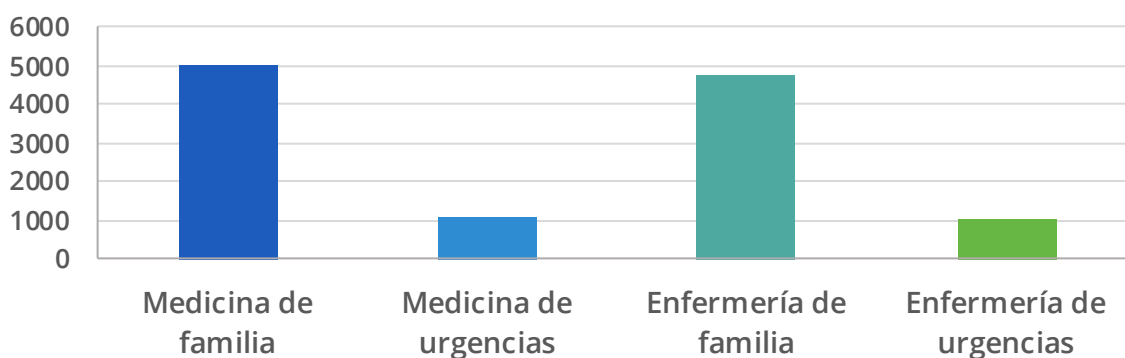


Profesionales de medicina y enfermería de 407 centros de salud, 695 consultorios locales y 414 consultorios auxiliares.



Profesionales de farmacia de atención primaria de los 33 Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria.

Número de profesionales de medicina y enfermería en atención primaria



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Consejería de Salud y Familias y Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Sistema de Información de atención primaria (SIAP), 2018.



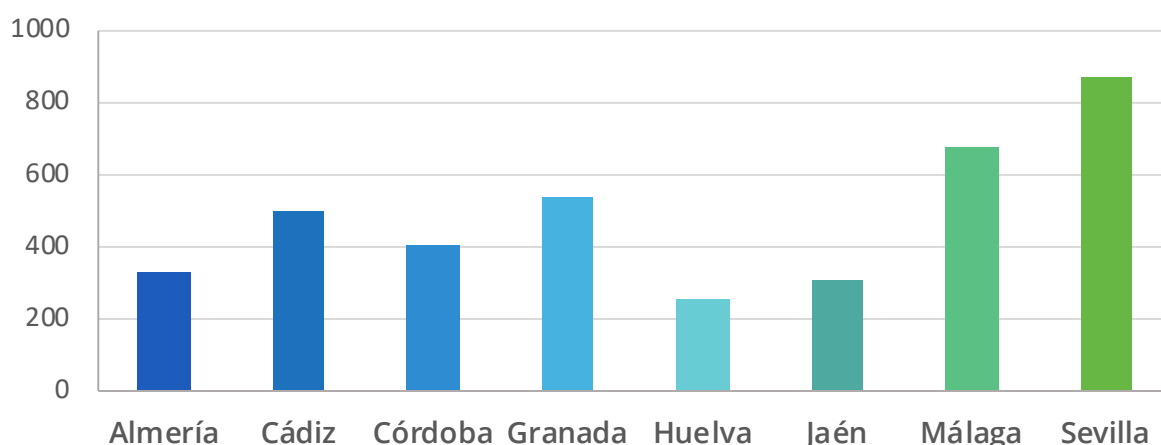
Farmacia comunitaria



Otro actor principal en este Nuevo Modelo Asistencial NUMA, está representado por profesionales de las 3.877 oficinas de farmacia distribuidas por el territorio de Andalucía, también conocidos como **farmacéuticos comunitarios**.

Cada farmacia presta servicios en la comunidad a una media de 2.183 personas usuarias.

Número de oficinas de farmacia por provincia



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Consejería de Salud y Familias y Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Sistema de Información de atención primaria (SIAP), 2018.



Población a la que va dirigida este modelo de atención



Es una población altamente envejecida, con enfermedades crónicas y riesgo de fragilidad, que utiliza con frecuencia los servicios de atención primaria y es usuaria habitual de la farmacia comunitaria.



Figura profesional clave



Durante el desarrollo del Nuevo Modelo Asistencial NUMA, la figura de la farmacia de atención primaria demostró su importante papel como punto de enlace entre medicina y enfermería de atención primaria, farmacia hospitalaria y Farmacia comunitaria.

Esta figura profesional fue capaz de articular servicios innovadores y efectivos, poniendo de acuerdo a profesionales de los distintos ámbitos, identificando conjuntamente las necesidades de las personas durante la pandemia generada por la COVID-19.

PERCEPCIONES DE CADA PROTAGONISTA

La primera actuación de NUMA trató de:

- Comprender la experiencia de las personas protagonistas en relación con la atención sanitaria.
- Conocer su opinión acerca de los roles o funciones de los profesionales en el proceso asistencial.
- Explorar su disposición o capacidad de manejo hacia el uso de tecnologías de apoyo.
- Indagar sobre la participación de la farmacia comunitaria.



La opinión de las personas mayores

Una atención más personal



- Las personas mayores valoran el sistema sanitario público, gratuito y universal.
- Reclaman una atención más personal, humana y directa.
- Destacan la limitación del tiempo disponible en la consulta médica para escuchar sus problemas y necesidades.
- Esperan indicaciones claras que les permitan comprender el tratamiento que se les prescribe.
- Echan en falta un seguimiento más global, personalizado y respetuoso, en el que no tiene cabida el 'edadismo',

que se refiere a la forma de pensar (estereotipos), sentir (prejuicios) y actuar (discriminación) por razón de la edad.

Una valoración más integral

- Enfatizan su necesidad de una valoración más integral, es decir, que sean considerados de manera global.
- Le dan valor a la relación de confianza con el personal médico.
- Les genera inquietud el cambio de profesional de referencia.



Calidad de la atención

La escucha activa y la empatía durante la consulta clínica marcan una importante diferencia en la percepción o sensación de la calidad de la atención. En el fondo, lo que la persona quiere y necesita, es que quien le atiende:

- Realmente demuestre interés por ella y por su condición de salud.
- Sea capaz de ver sus problemas como si le ocurriera a ella misma.



Necesidad de información comprensible

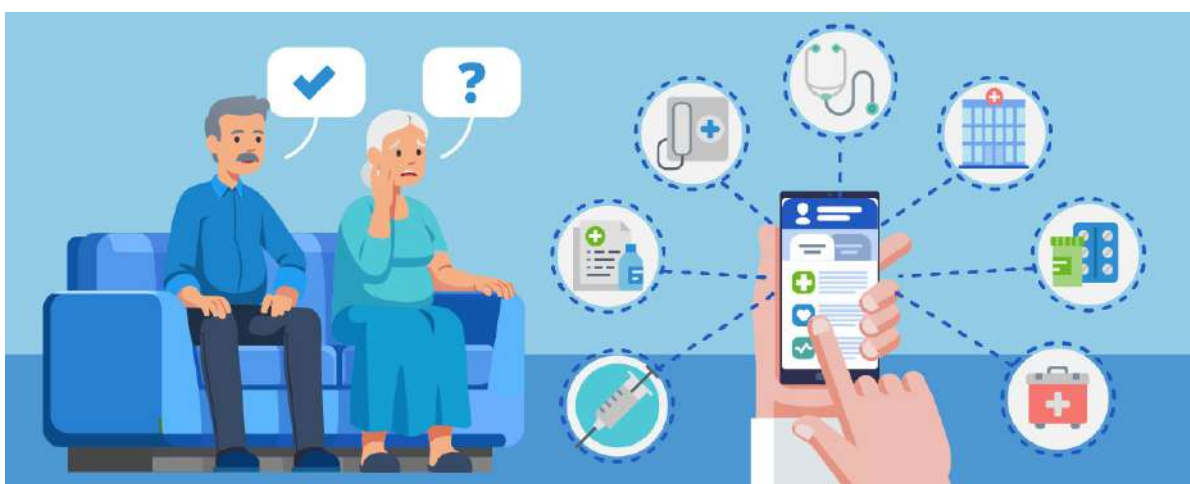
- Destacan sus necesidades de información para poder circular o navegar por el sistema sanitario.
- Los canales de información y los mensajes tienen que estar adaptados a este público para que cumplan realmente con su misión.



Las tecnologías adaptadas a las capacidades

Respecto al uso de tecnologías de apoyo, surgen en el discurso posturas divergentes:

- Para algunas personas, las tecnologías son útiles.
- Para otras, suponen una limitación.



Disminuir la posibilidad de errores con la medicación que necesitan

- La prescripción por 'principio activo' trae un cambio constante en los envases y características físicas de los medicamentos.
- Los cambios en la presentación del medicamento tienen repercusión directa sobre la utilización y adherencia terapéutica si no se complementa con planes educativos.



Evitar duplicidades de medicamentos

La persona puede estar utilizando más de un medicamento para el mismo problema de salud porque:

- Consulta a más de un profesional, en ocasiones a través de un seguro privado.
- El principio activo es el mismo pero la presentación es distinta.



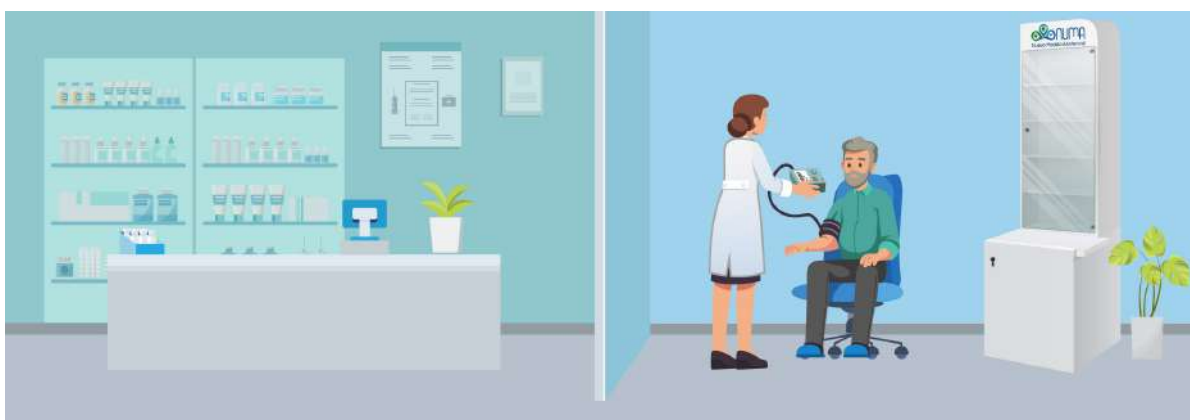
Comunicación entre profesionales

- La comunicación entre el centro de salud y la farmacia comunitaria es esencial para resolver problemas relacionados con la medicación.



Sentir que tienen privacidad

- Por lo que es necesario un espacio físico que garantice la privacidad dentro de la farmacia y tiempo de dedicación para la intervención.



Garantías de confidencialidad



En opinión de las personas mayores:

- Solo se deben compartir los datos de su historia clínica que redunden directamente en su beneficio, y siempre con su consentimiento.



La perspectiva profesional

Medicina de atención primaria



PROBLEMAS

- Escaso tiempo de consulta.
- Sobrecarga de trabajo.
- Alto número de Pacientes.
- Comunicación poco fluida con las oficinas de farmacia.
- Falta de coordinación con enfermería.

NECESIDADES

- Mejor seguimiento a personas con pluripatología y riesgo de fragilidad.
- Más tiempo de consulta para las personas con enfermedades crónicas.
- Un contacto directo con la farmacia comunitaria.
- Tiempo y apoyo en el seguimiento farmacoterapéutico.
- Mejorar la comunicación y el trato a las personas mayores.

Enfermería de atención primaria



PROBLEMAS

- Poco tiempo de consulta a personas con enfermedades crónicas.
- Escasa intervención en adherencia al tratamiento farmacológico.
- Insuficiente tiempo para impartir educación terapéutica.
- Falta de tiempo para el seguimiento y la toma de constantes.

NECESIDADES

- Tiempo y apoyos para asesorar y dar herramientas que empoderen a la persona para el autocuidado y la autogestión de su enfermedad.
- Acceder a datos sobre constantes vitales que se tomen en la farmacia comunitaria.
- Mejorar los sistemas de información y comunicación con otros profesionales.

Farmacia comunitaria



PROBLEMAS

- Falta de comunicación con medicina de atención primaria.
- Falta de información sobre patologías y farmacoterapia de la persona.
- Desconocimiento de protocolos de atención primaria.
- Falta de estandarización de equipos y protocolos para toma de constantes.
- Falta de consenso sobre refuerzo terapéutico y promoción de salud.

NECESIDADES

- Acceso a datos de la Historia Clínica de la persona.
- Aumentar la coordinación con atención primaria.
- Disponer de canales de comunicación bidireccional con atención primaria.
- Consensuar mensajes para generar refuerzo terapéutico y promoción de la salud.
- Recibir formación conjunta con profesionales de atención primaria.

LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS



A partir de los problemas y necesidades identificadas, se definieron servicios farmacéuticos que podían contribuir y ayudar a los procesos asistenciales de atención primaria.



La educación terapéutica de personas mayores con enfermedades crónicas

Este refuerzo terapéutico es un complemento importante a la actuación de medicina y enfermería en atención primaria y da respuesta a una necesidad clara de competencias para el autocuidado y la autogestión de la enfermedad y la medicación.

Para que la farmacia pueda prestar este apoyo es necesario:

- Establecer canales y vías de comunicación que funcionen con atención primaria.
- Disponer de un espacio físico específico, tiempo y materiales de apoyo.



El seguimiento farmacoterapéutico

Este servicio da respuesta a situaciones de:

- Necesidad de renovación de tratamientos.
- Problemas de falta de adherencia.
- Dificultad de uso de fórmulas farmacéuticas complejas.
- Intolerancia a excipientes.
- Falta de disponibilidad de medicamentos por desabastecimiento.
- Duplicidades.
- Errores en la posología y duplicidades.
- Interacciones entre medicamentos.
- Descompensación de las enfermedades.
- Necesidad de renovación de tratamientos.

Para que la farmacia pueda prestar este apoyo es necesario:

- Disponer de mecanismos e instrumentos de comunicación con atención primaria.
- Compartir la misma información y formación con el personal de atención primaria.
- Disponer de protocolos de actuación compartidos.
- Unificar los mensajes y el refuerzo terapéutico.



La generación de espacios profesionales compartidos entre atención primaria y farmacia comunitaria y el protagonismo de las personas mayores son los pilares clave sobre los que se deben construir los servicios farmacéuticos.

• CAPÍTULO 3 •

EL ESCENARIO

Sandra Pinzón Pulido, Cecilia Escudero Espinosa,
Antonio Olry de Labry Lima, Bibiana Navaro Matillas.

EXPERIENCIA INTERNACIONAL EN SERVICIOS FARMACÉUTICOS



Estudios recientes muestran que los medicamentos:

- Se encuentran entre las principales causas de muerte evitable en muchos países.
- Presentan una incidencia de efectos adversos evitables que requieren ingreso hospitalario en 4,5 de cada 1.000 personas/mes.
- Alcanzan la adherencia en tan solo el 50% de personas con enfermedades crónicas.
- Sus costes y los costes asociados a sus resultados negativos representan un elevado gasto sanitario en todo el mundo¹.

En este escenario, la experiencia internacional muestra cómo algunos países han reformado su sistema sanitario y han establecido mecanismos para aprovechar el potencial de la farmacia comunitaria a través de la prestación de servicios farmacéuticos profesionales².

Estos servicios se definen como *“actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria para la prevención de la enfermedad y la mejora de la salud de la población, desempeñando un papel activo en la optimización del uso de medicamentos y de los resultados de los tratamientos”*³.

Países como Australia, Canadá, Países Bajos, Reino Unido y Estados Unidos han dado un papel relevante a la farmacia comunitaria en los siguientes ámbitos²:

Uso eficaz, seguro y eficiente de los medicamentos a través de:

- La revisión de los medicamentos para:
 - » evitar errores,
 - » minimizar las reacciones adversas,
 - » evitar las interacciones entre medicamentos,
 - » controlar las dosis,
 - » reponer recetas de emergencia,
 - » renovar o ampliar la medicación, y
 - » asesorar respecto a medicamentos de venta libre.
- La mejora de la adherencia a través de:
 - » el refuerzo de las instrucciones de prescripción,
 - » el refuerzo a la educación y el consejo sobre la importancia de la continuidad del tratamiento que se da en atención primaria,
 - » la información comprensible acerca de los riesgos, el coste, la eficacia o la seguridad, y
 - » la indagación sobre la satisfacción con la terapia.
- Una indicación adecuada mediante:
 - » la recomendación de una estrategia adicional o alternativa de medicamentos o de no medicamentos, y
 - » la promoción del uso de medicamentos genéricos.

Prevención y gestión de las enfermedades crónicas mediante:

- La detección de síntomas y la continuidad de la atención a través de:
 - » el asesoramiento a personas con dolencias menores,
 - » la derivación oportuna a otros profesionales de salud,
 - » la promoción del autocuidado,
 - » la promoción de la autogestión de la enfermedad con la toma de constantes, y
 - » la promoción de hábitos de vida saludables.

USO EFICAZ, SEGURO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS



Australia

En Australia, la farmacia comunitaria está autorizada para⁴:

- Proporcionar información de refuerzo sobre los medicamentos y sobre las intervenciones clínicas realizadas en atención primaria.
- Realizar prescripciones de urgencia.
- Revisar el uso de la medicación y dar consejo para mejorar su adherencia.
- Realizar prescripciones para dolencias menores.
- Hacer revisiones colaborativas de la medicación con las consultas de atención primaria⁵.

La evaluación del impacto de la revisión de la medicación muestra:

- Que este servicio genera una importante mejora en la prescripción y una reducción del uso de los servicios sanitarios y de los costes de la medicación para personas con múltiples enfermedades crónicas^{6,7}.
- Que los y las profesionales de medicina de atención primaria han aceptado y aplicado los cambios de medicación propuestos por la farmacia comunitaria como parte de estos acuerdos de colaboración⁸.



Canadá

Desde 2003, la farmacia comunitaria canadiense adoptó responsabilidades asistenciales conjuntas con el personal de medicina de atención primaria en el ámbito de la prescripción farmacéutica. En Canadá, los equipos profesionales de farmacia comunitaria están capacitados para⁹:

- Renovar, ajustar o sustituir la prescripción de atención primaria.
- Hacer prescripciones de emergencia.
- Hacer prescripciones independientes.
- Pedir e interpretar pruebas de laboratorio.



Países Bajos

En la actualidad, las farmacias comunitarias de los Países Bajos¹⁰ están autorizadas a:

- Renovar las recetas de determinados productos, como la insulina y los anticonceptivos.
- Tener acceso a los resultados de las pruebas diagnósticas y a las indicaciones para la prescripción, necesarias para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.

Cada vez hay más profesionales de farmacia comunitaria y medicina de atención primaria que colaboran estrechamente, aunque la implantación de los servicios farmacéuticos aún no se ha generalizado por falta de la formación adecuada y de las tecnologías de la información necesarias.



Reino Unido

La ampliación del papel de farmacia comunitaria se impulsó en el Reino Unido con la publicación de políticas farmacéuticas del Servicio Nacional de Salud en Inglaterra en el año 2000 y en Escocia en el año 2002.

A partir de 2005, la farmacia comunitaria de Inglaterra presta servicios farmacéuticos en tres niveles¹¹:

Nivel 1. Servicios esenciales

Todas las farmacias deben ofrecer los servicios de:

- La dispensación de medicamentos.
- El apoyo al autocuidado.
- La promoción de un estilo de vida saludable.

Nivel 2. Servicios avanzados

Solo las farmacias comunitarias cuyos profesionales cuentan con una certificación de cualificación específica pueden ofrecer el servicio de revisión de la medicación.

Nivel 3. Servicios mejorados

Con la certificación correspondiente, se pueden ofrecer los servicios de: tratamiento de dolencias menores, cribado de enfermedades crónicas, servicios para dejar de fumar y prescripción complementaria.

Desde 2006, en la farmacia comunitaria de Inglaterra y Escocia se pueden prescribir medicamentos de forma independiente y, a partir de 2012, también se pueden prescribir ciertos medicamentos controlados.



Estados Unidos

Los avances a nivel federal se iniciaron en 2006 con la prestación de medicamentos con receta de Medicare que introdujo la revisión del uso de la medicación para prevenir efectos adversos asociados con la terapia farmacológica y mejorar la adherencia terapéutica.

Durante la revisión de la medicación en la farmacia comunitaria se identifican problemas de seguridad, eficacia y coste de los medicamentos prescritos. Estas prácticas reducen los problemas relacionados con la medicación, mejoran la adherencia y consiguen mejores resultados clínicos¹².

A nivel estatal, cada vez hay un mayor número de acuerdos de gestión colaborativa con proveedores de servicios médicos a través de los cuales la farmacia comunitaria está autorizada para¹³:

- Iniciar, modificar o continuar la terapia farmacológica.
- Solicitar pruebas de laboratorio.
- Realizar recetas de emergencia.

PREVENCIÓN Y GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Una de las razones de peso que se argumentan para promover los servicios de prevención y gestión de enfermedades crónicas en la farmacia comunitaria, es la mayor frecuencia de visita que hacen a este establecimiento las personas que las padecen¹⁴.

La evidencia científica muestra que los servicios farmacéuticos producen mejoras significativas en el control de:

- presión arterial,
- hemoglobina glicosilada,
- colesterol,
- riesgo de enfermedad cardíaca¹⁶, y
- número e idoneidad de los medicamentos¹⁷.

Sin embargo, con la excepción de Inglaterra y Escocia, los avances en este ámbito siguen siendo limitados.



Países Bajos

En Países Bajos se han puesto en marcha campañas para la detección de la diabetes y el asma y se avanza en la definición de servicios farmacéuticos en la atención a personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes y riesgo cardiovascular, a través de grupos de consenso interprofesionales¹⁰.



Canadá

A las personas con diabetes en la provincia de Nueva Escocia se ofrecen los servicios de:

- asesoramiento,
- información al referente de medicina de atención primaria,
- seguimiento y refuerzo de los mensajes de otros profesionales,
- información y educación sobre la enfermedad¹⁸.



Australia

Las funciones de la farmacia comunitaria han evolucionado en Australia:

- Ofrecen programas para dejar de fumar y controlar el peso².
- Se reconoce su competencia en la gestión de la medicación, intervenciones clínicas y servicios de adherencia a la medicación.
- Se han ampliado los servicios de vacunación a través de la farmacia comunitaria.

A pesar de sus avances, los organismos profesionales destacan la necesidad de continuar ampliando los servicios de farmacia comunitaria y mejorar la integración en la atención primaria¹⁹.

En 2019, el Gobierno australiano anunció el desarrollo de un Plan Decenal de atención primaria de Salud y se comprometió a concluir las negociaciones sobre el 7º Acuerdo de farmacia comunitaria (7CPA) centrándose en reforzar el papel de la farmacia comunitaria, para lo que es esencial:

- Dar prioridad a la integración con atención primaria.
- Reconocer la contribución profesional y las competencias de la farmacia comunitaria.
- Determinar el modelo de financiación de los nuevos servicios, manteniendo las funciones de dispensación de medicamentos¹⁹.

Recientemente, se puso en marcha un servicio de evaluación del riesgo de enfermedad renal crónica, que ha mostrado una alta satisfacción de las personas con el servicio y que las personas se sienten cómodas con que la farmacia comunitaria informe sus resultados a su profesional de medicina de atención primaria.

El diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad renal crónica en sus etapas iniciales previene o retrasa su progresión y reduce la probabilidad de hospitalización y de mortalidad²⁰.



Estados Unidos

Las farmacias comunitarias en Estados Unidos realizan:

- exámenes de salud para medir el índice de masa corporal,
- pruebas de laboratorio para medir los niveles de colesterol,
- medición de la presión arterial y los niveles de glucosa.



Reino Unido

A diferencia de estas experiencias piloto, el Servicio Nacional de Salud de Escocia introdujo en 2011 el Servicio de Medicación Crónica, formalizando el papel de la farmacia comunitaria en la atención a personas con enfermedades crónicas²¹.

De acuerdo con la guía para la implantación y estandarización de este servicio²²:

- la persona se registra en la farmacia comunitaria de su elección;
- se genera un plan de atención farmacéutica individual; y
- se realiza una gestión colaborativa de los medicamentos con el equipo de salud de atención primaria.



Emiratos Árabes Unidos

Se probó un modelo de cribado de diabetes y enfermedades cardiovasculares basado en la evidencia y se evaluó su viabilidad para identificar y derivar a personas con riesgo elevado.

Las personas que se encontraron en riesgo se remitieron a su equipo médico de referencia. El servicio de cribado mostró una alta satisfacción entre las personas participantes. Aunque el servicio ha demostrado que permite la detección y el tratamiento tempranos, no se ha formalizado su integración en los procesos asistenciales de atención primaria.

EFFECTIVIDAD DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS

REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN



La revisión de la medicación realizada por profesionales de farmacia está ampliamente descrita en la literatura en muchos países como Suecia, Reino Unido, Suiza, Estados Unidos o Australia, y en diferentes entornos asistenciales²⁴⁻²⁷. Su efectividad ha sido demostrada incluso en los centros residenciales de personas mayores, en donde:

- se realizan labores de conciliación de medicamentos,
- se abordan las interacciones,
- se optimiza el uso de medicamentos, y
- se resuelven problemas de polifarmacia²⁸.

Los servicios de revisión de medicamentos a domicilio (HMR) se crearon específicamente para ayudar a personas mayores que viven en sus domicilios a la autogestión de su enfermedad a través de la revisión de la medicación por parte de la farmacia comunitaria. Es un servicio especialmente útil en personas con deterioro cognitivo y demencia.

El éxito de la revisión depende de la buena coordinación entre profesionales de medicina y enfermería de atención primaria y farmacia comunitaria. Este servicio incluye:

- la adecuación de la prescripción farmacéutica,
- la revisión de los medicamentos sin receta,
- la intervención para mejora de la adherencia terapéutica,
- el seguimiento de la terapia farmacológica, y
- la comunicación con el equipo de salud para valorar cambios en función de la gravedad del problema relacionado con la medicación²⁹.

La investigación sobre este tipo de servicio en Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido y Canadá refleja que la mayoría de las personas mayores tienen dificultades para gestionar la medicación.

Existe la necesidad de realizar una vigilancia de las reacciones adversas a los medicamentos relacionadas con una función hepática y renal reducida²⁹.

El servicio de revisión de medicamentos es útil para ajustar las dosis de acuerdo con el estado de la función hepática y renal de cada persona. Los estudios realizados muestran que:

- si se detectan errores de medicación, éstos se pueden corregir de acuerdo con el equipo de salud de atención primaria;
- la intervención de farmacia comunitaria mejora la adherencia a la medicación; y,
- se puede prevenir la hospitalización por complicaciones relacionadas con la medicación.

MEJORA DE LA ADHERENCIA A NUEVOS MEDICAMENTOS

La falta de adherencia a los medicamentos es un problema importante de salud pública que repercute en la eficiencia de los sistemas sanitarios porque³⁰:

- Afecta a la mitad de las personas con enfermedades crónicas.
- Disminuye la efectividad de los tratamientos.
- Incrementa los costes sanitarios.

La relación entre la adherencia al tratamiento y los resultados en salud está ampliamente documentada. Las personas con menores niveles de adherencia muestran una mayor probabilidad de sufrir complicaciones con su enfermedad o incluso de morir³¹.

Un estudio reciente realizado en Cataluña estima que la frecuencia de no adherencia a nuevos medicamentos es 17,6%, es decir, que casi 2 de cada 10 personas no sigue el tratamiento farmacológico que le han prescrito³².

Los problemas de adherencia comienzan en los primeros días de un nuevo tratamiento. Según un estudio del Reino Unido, a los 10 días el 66% de las personas manifiesta tener al menos un problema con la nueva medicación y el 61% tienen necesidades de más información acerca del nuevo tratamiento.

La evidencia científica más reciente muestra que la solución a la falta de adherencia es compleja y que, en las intervenciones habituales se cuenta con el apoyo de familiares, compañeros o profesionales de la salud, incluidos profesionales de farmacia, que ofrecen educación, consejos y apoyo para el tratamiento diario³³.

En este contexto surge el servicio de apoyo a la adherencia al nuevo medicamento que se presta en la farmacia comunitaria en algunos países como Reino Unido o Bélgica.



Reino Unido

En 2011, el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra introdujo el servicio *New Medicine Service* (NMS), mediante el cual la farmacia comunitaria identifica necesidades y presta asistencia para mejorar la adherencia a nuevos medicamentos prescritos a personas con enfermedades crónicas.

En 2014, este servicio estaba implantado en el 91% de las farmacias comunitarias del Reino Unido.

En 2020, se llevó a cabo una evaluación de los resultados tras 26 semanas de seguimiento, y se encontró:

- un aumento estadísticamente significativo de la adherencia.
- una reducción en los costes para el sistema sanitario inglés³⁶.
- un mejor resultado en años de calidad de vida³⁷.

Este estudio concluyó que el coste extra de los servicios farmacéuticos fue compensado por la disminución en otros costes relacionados con asistencia sanitaria.



Bélgica

El servicio de atención a los pacientes con nueva medicación también fue implementado en Bélgica, para personas con asma. Esta es la primera vez que la farmacia comunitaria belga recibe una tarifa por un servicio de atención farmacéutica, que se brinda por separado de la dispensación de medicamentos³⁸.

A lo largo de los años se ha producido un aumento continuo en el número de farmacias comunitarias adscritas al servicio y de personas atendidas.

ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS



Estudios en contextos tan diversos como Nueva Zelanda, Reino Unido, Malasia o Escocia avalan la utilidad percibida por profesionales sanitarios del trabajo desarrollado por la farmacia comunitaria. Esta contribución tiene un amplio abanico de posibilidades, que son valoradas positivamente por las personas implicadas.



Nueva Zelanda

Una encuesta reciente en Nueva Zelanda mostró que³⁹:

Profesionales de medicina y enfermería:

- valoraron los beneficios positivos para las personas (conveniencia) y para ellos mismos (ahorro de tiempo), y
- expresaron su confianza en la capacidad de la farmacia comunitaria para brindar los servicios.

Profesionales de farmacia:

- mostraron altos niveles de satisfacción por un mejor uso de sus conocimientos clínicos en la atención directa a las personas, y
- manifestaron una mejora en sus relaciones tanto con las personas como con los equipos profesionales de los centros de salud.



En una encuesta realizada en 2001 se encontró que la población general estaba particularmente a favor de⁴⁰:

- El apoyo de la farmacia comunitaria a otros profesionales de la salud.
- Impartir consejos sobre hábitos de vida saludable en la farmacia.
- La realización de exámenes para la detección de problemas de salud.
- La participación en el seguimiento de enfermedades crónicas.
- La prescripción de antibióticos para infecciones respiratorias menores.
- La dispensación de la píldora anticonceptiva sin receta médica.

Una encuesta a personas usuarias de la farmacia escocesa en 2013 mostró⁴¹:

- Una valoración positiva de los servicios de farmacia, aunque muchas personas prefieren la atención de medicina general.
- El uso de las farmacias por conveniencia, cuando no pueden acceder a sus médicos de cabecera.
- El reconocimiento de la dispensación de medicamentos como función principal de la farmacia comunitaria.
- El reconocimiento de un cierto papel en el tratamiento de dolencias menores y en el asesoramiento sobre medicamentos.
- La necesidad de una mejor coordinación con los equipos de salud de atención primaria.

En otra encuesta realizada en Gales⁴² en 2018 a población general,

- Se reconocieron las funciones tradicionales de dispensación y suministro de medicamentos.
- Había un escaso conocimiento de los nuevos servicios, especialmente en las funciones de salud pública.
- Se reconoció la profesionalidad de la farmacia comunitaria, pero había confusión acerca de su “encaje” en el Servicio Nacional de Salud o con los médicos de cabecera.



Malasia

En Malasia⁴³ más de la mitad de las personas encuestadas se mostraron a favor de:

- La participación de la farmacia comunitaria⁴⁴ en la prestación de servicios farmacéuticos.
- Mantener el contacto con medicina de atención primaria sobre errores de prescripción y problemas relacionados con los medicamentos.

Sin embargo, tenían una opinión mixta con respecto al papel de la farmacia comunitaria en el programa para dejar de fumar.



Canadá

Una encuesta realizada a profesionales de farmacia comunitaria mostró que:

- Consideraban suficiente su formación y sus habilidades para participar en los equipos de atención primaria y mantener buenas relaciones con el personal médico.
- Existen oportunidades para reunirse y conocer otras disciplinas de la salud.
- El trabajo en equipo es parte de su función profesional.
- El personal médico requiere de su opinión profesional.

Las barreras que encuentran para pertenecer al equipo de atención primaria se relacionan con:

- la falta de tiempo,
- las malas experiencias pasadas con el trabajo en equipo, y
- el modelo de financiación.

Una encuesta realizada a profesionales de farmacia integrados en grupos de medicina familiar en la provincia de Québec⁴⁵,

Identificó como actividades más frecuentes:

- La revisión de la medicación para optimizar la farmacoterapia.
- La respuesta a preguntas relacionadas con cuestiones específicas sobre la medicación.

Las necesidades más frecuentes fueron:

- La formación y la monitorización para adaptar su práctica a los grupos de medicina familiar.
- La mejora del conocimiento que tienen otros profesionales sanitarios sobre su papel en estos grupos.

Entre las competencias clínicas a desarrollar se encontraron:

- La evaluación integral de medicamentos.
- El desarrollo de planes de atención farmacéutica exhaustivos.
- La comunicación científica e interprofesional.



Qatar

En Qatar⁴⁶, una encuesta realizada a profesionales de farmacia comunitaria mostró que:

- Un 97% de profesionales identificaron la importancia del servicio de revisión de la medicación en el tratamiento de enfermedades crónicas.
- Destacaron este servicio como una gran oportunidad para un papel ampliado de la farmacia comunitaria.
- Afirmaron que este servicio hace un excelente uso de las competencias profesionales del farmacéutico en la comunidad.

Como barreras significativas a la implantación de este servicio identificaron:

- El tiempo de dedicación.
- El área de consulta requerida.
- La necesidad de personal de apoyo.



Alemania

En Alemania⁴⁷ se llevó a cabo un estudio cualitativo en 2017 con entrevistas en profundidad y grupos de discusión con profesionales de farmacia y medicina de atención primaria. El estudio mostró:

- Que la confianza y el aprecio mutuos son factores importantes que influyen en la calidad de la colaboración interprofesional.
- Que, a la luz de las experiencias previas negativas, la farmacia comunitaria reclama una forma predefinida, clara y directa de comunicarse con el personal médico de atención primaria.
- Dado el creciente reto que supone tratar a un número cada vez mayor de pacientes de edad avanzada con enfermedades crónicas, los profesionales de medicina de familia desean contar con el apoyo competente de farmacéuticos experimentados.



Irlanda

En Irlanda, una encuesta realizada en 2014 a profesionales de medicina de atención primaria y farmacia comunitaria⁴⁸ mostró que:

Existen diferencias de opinión sobre la ampliación del papel la farmacia comunitaria en:

- la provisión de vacunas,
- la prescripción de la píldora anticonceptiva oral, y
- el aumento del poder de prescripción en la farmacia.

Más de la mitad del personal médico y casi la totalidad del personal farmacéutico están a favor de los servicios de detección en la farmacia.

La mayoría de profesionales de medicina y farmacia están a favor del tratamiento de dolencias menores en la farmacia.



Estados Unidos

Grupos de discusión con personas mayores y profesionales realizados en Estados Unidos⁴⁹, concluyeron que la farmacia comunitaria es un buen recurso para obtener información básica sobre los medicamentos, puede identificar interacciones y proporcionar información de refuerzo a las personas mayores sobre la idoneidad de la medicación y los planes de tratamiento médico.



España

En España⁵⁰, una encuesta a profesionales de medicina de atención primaria y farmacia comunitaria mostró que la colaboración es ventajosa en 3 niveles:

- Sistema de salud: una atención integrada y una mayor eficiencia.
- Profesional: una mayor satisfacción laboral.
- Población: una mayor seguridad del paciente.



En escenarios de envejecimiento poblacional, complejidad asistencial y fragmentación de los sistemas de salud, los servicios farmacéuticos integrados en procesos asistenciales de atención primaria se orientan al uso seguro, eficaz y eficiente de la medicación y al refuerzo del consejo terapéutico, la promoción del autocuidado y la autogestión de las condiciones de salud de las personas con enfermedades crónicas.

• CAPÍTULO 4 •

QUIZÁS SEA ESTO UNA GRAN OPORTUNIDAD PARA LA SANIDAD

Ingrid Ferrer López, Rosario Cáceres Fernández-Bolaños, Sandra Pinzón Pulido,
Cecilia Escudero Espinosa, Juan Manuel Espinosa Almendro,
António Brito Pina, Javier López Narbona.

NUEVO SERVICIO DE FARMACIA COMUNITARIA EN ALGARVE

ATENCIÓN A PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Teniendo en cuenta la amplia cartera de servicios farmacéuticos regulados y disponibles en las farmacias portuguesas, la Administración Regional de Salud de Algarve se centró en una de las prioridades de mayor impacto en la salud de la población y en costes para el sistema sanitario en esta región: la atención a personas con hipertensión arterial.



Puerta de entrada

La puerta de entrada al circuito asistencial se estableció en la consulta de medicina de atención primaria seleccionando a personas para el seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria.



Criterios

- Personas con diagnóstico de hipertensión moderada (PAS > 160; PAD > 100) o severa (PAD > 180; PAD > 110);
- con al menos dos mediciones de tensión arterial en consultas diferentes, con un intervalo mínimo entre ellas de una semana;
- que tengan cerca de su domicilio una farmacia comunitaria;
- que tengan dificultad para el autocontrol de la presión arterial; y/o
- que tengan problemas de adherencia a la medicación.



Procedimiento



- A las personas seleccionadas se les explica en qué consiste el nuevo servicio farmacéutico y se solicita el consentimiento para participar por escrito.
- La frecuencia de los controles en la Farmacia se establece de forma personalizada.
- El registro de las mediciones se hace en una plataforma digital que facilita el seguimiento farmacológico y el refuerzo terapéutico.

En Andalucía, el seguimiento y la educación terapéutica a personas con diagnóstico de hipertensión arterial se lleva a cabo en las consultas de enfermería de atención primaria, con el propósito de favorecer el autocuidado y la autogestión, de forma que la persona sea capaz de realizar su propio control de tensión arterial y gestionar la dieta, el ejercicio físico y la medicación.

Las personas con problemas de autocontrol y falta de adherencia tienen citas de enfermería con mayor frecuencia para insistir en opciones terapéuticas variadas que mejoren estas circunstancias. Una de las contribuciones de la farmacia comunitaria en estos casos es su papel centinela en la detección de situaciones de alerta y su derivación a atención primaria.

SERVICIOS FARMACÉUTICOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Las farmacias comunitarias en Algarve adaptaron su actividad para responder a las necesidades de las personas y del Sistema Nacional de Salud durante la pandemia por COVID-19 implementando los siguientes servicios:



- Dispensación de medicamentos hospitalarios.



- Entrega de medicamentos y productos de salud en domicilio.



- Asistencia farmacéutica telefónica.



- Renovación automática de recetas de medicamentos de uso crónico.



- Pruebas rápidas de antígenos para el SARS-CoV-2.

NUEVOS SERVICIOS DE FARMACIA COMUNITARIA EN ANDALUCÍA



Durante el desarrollo del Nuevo Modelo Asistencial NUMA se pilotaron los servicios de:

- Cribado de fragilidad y riesgo de caídas.
- Asistencia en nuevos medicamentos.
- Toma de constantes y consejo o recomendación terapéutica.
- Acceso sin tarjeta.
- Dispensación excepcional.
- Entrega hospitalaria.
- Renovación de tratamientos.
- Comunicación de incidencias por:
 - » Falta de adherencia.
 - » Intolerancia a excipientes.
 - » Desabastecimiento.
 - » Errores en la posología.
 - » Interacciones.
 - » Descompensación clínica.
 - » Duplicidad de medicamentos.

CRIBADO DE FRAGILIDAD Y RIESGO DE CAÍDAS

El objetivo de este servicio es la detección precoz de situaciones de riesgo de fragilidad y caídas que deben ser derivados a atención primaria para una valoración e intervención integral en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años.



¿A quién va dirigido este servicio?

- Personas de 65 años o más;
- que no han sido valoradas previamente en atención primaria;
- con problemas de movilidad que son detectados en la farmacia por el conocimiento previo que se tiene de la persona usuaria; y/o,
- que estén tomando medicamentos asociados al riesgo de caídas.



¿Cuál es el procedimiento?



- Solicitar el consentimiento informado a la persona mayor.
- Realizar el Test de Velocidad de la Marcha, que consiste en pedir a la persona que recorra 4 metros de distancia a su ritmo de marcha habitual.
- Aplicar el Cuestionario de Riesgo de Caídas, que se compone de 3 preguntas relativas a las caídas sufridas en el último año.
- Aplicar el Índice de Barthel, que consta de 10 preguntas relativas a la autonomía de la persona en la realización de actividades de la vida diaria.
- Clasificar a la persona en función del riesgo.
- Revisar la medicación asociada al riesgo de caídas.
 - » Benzodiacepinas
 - » Neurolépticos
 - » Vasodilatadores
 - » Hipnóticos-Z
- Según los resultados, derivar al Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años.



¿Cómo se registra la información?

La información recogida en este servicio se registró en SIMA, la solución tecnológica desarrollada para el proyecto piloto. En caso de generalizar este servicio de cribado será necesario considerar el desarrollo de una solución integrada en el sistema de información del Servicio Andaluz de Salud.



¿Qué requisitos se deben cumplir?

Para que este servicio pueda ser realizado en la farmacia comunitaria es necesario formar a los equipos profesionales que van a prestar este servicio y habilitar los mecanismos para la acreditación de las competencias profesionales requeridas para la aplicación del Test de Velocidad de la Marcha, el Cuestionario de Riesgo de Caídas y el Índice de Barthel.

ASISTENCIA EN NUEVOS MEDICAMENTOS

Este servicio, que estaba en funcionamiento antes de iniciar el proyecto NUMA, se incluyó en el estudio piloto, con el objetivo de evaluar la pertinencia y efectividad del refuerzo del consejo terapéutico que presta enfermería en atención primaria para mejorar la adherencia a nuevos medicamentos.

En Andalucía, una vez que en medicina de atención primaria se prescribe un medicamento, se deriva a la persona a enfermería, a su consulta de personas con enfermedades crónicas para realizar el seguimiento y las intervenciones de educación terapéutica.

En enfermería se programan cuantas consultas sean necesarias para que la persona conozca su enfermedad, en qué consiste, el tratamiento prescrito y cómo debe administrarlo, así como los efectos secundarios de la medicación y/o los signos relacionados con la enfermedad que se deben identificar como alertas para volver a contactar con el equipo de medicina o enfermería.

En fases posteriores, enfermería trabaja con la persona las conductas de afrontamiento para que pueda integrar en su vida cotidiana, tanto su enfermedad como las recomendaciones terapéuticas que realiza el equipo de atención primaria.

Como refuerzo a la educación terapéutica recibida en el centro de salud, en la farmacia se pueden resolver dudas, reforzar las recomendaciones sobre medicamentos difíciles de utilizar y detectar posibles problemas relacionados con la medicación.



¿A quién está dirigido?

El servicio se presta a las personas derivadas de atención primaria a las que se prescribe un medicamento por primera vez de alguno de los siguientes grupos:

- Antihipertensivos.
- Medicamentos para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o el asma.
- Medicamentos para la diabetes.
- Antiagregantes o anticoagulantes.



¿Cuál es el procedimiento?



- Solicitar el consentimiento informado.
- Realizar las entrevistas de refuerzo a la educación terapéutica de acuerdo con el protocolo que establezca atención primaria.
- Detectar errores en la toma de la medicación y falta de adherencia al medicamento para derivar al equipo de atención primaria.
- Elaborar un informe con los consejos y recomendaciones que se dan en farmacia comunitaria en relación con la medicación prescrita.



¿Cómo se registra la información?

A través de AxonFarma (Aplicación Informática del Consejo Andaluz de Colegios Farmacéuticos de Andalucía), en su módulo ANM o a través de SIMA. En caso de generalizar este servicio, será necesario hacer interoperable este sistema con el sistema de información del Servicio Andaluz de Salud.



¿Qué requisitos se deben cumplir?

Para que este servicio pueda ser realizado en la farmacia comunitaria es necesario:



- Tener protocolos de refuerzo de la educación terapéutica, con consejos y recomendaciones consensuados con enfermería de atención primaria.
- Formar a profesionales de farmacia comunitaria que van a dar consejos y recomendaciones.
- Habilitar los mecanismos para la acreditación de las competencias profesionales requeridas para su aplicación en la farmacia comunitaria.

En este caso, el personal de enfermería del Sistema Sanitario Público de Andalucía tiene adquiridas las competencias necesarias en estudios de grado. La formación que se imparte a este personal se centra en la organización y uso del sistema de registro, así como la implantación en la práctica de la última evidencia científica disponible.

TOMA DE CONSTANTES Y CONSEJO TERAPÉUTICO

Este servicio tiene como objetivo reforzar con recomendaciones o consejo sanitario el seguimiento terapéutico que se da en atención primaria a las personas con hipertensión arterial, diabetes o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, para la mejora de la autonomía en el autocuidado y el control de las condiciones de salud y manejo de la medicación.



¿A quién está dirigido?

Este servicio se ofrece a personas usuarias habituales de la farmacia con diagnóstico de más de 6 meses de hipertensión arterial, diabetes o enfermedad pulmonar obstructiva crónica.



¿Cuál es el procedimiento?

- Solicitar el consentimiento informado.
- De acuerdo con medicina y enfermería de atención primaria, establecer los límites normales de las biomedidas para cada persona.
- Programar el sistema de alertas según rangos normales individuales.
- Reforzar el entrenamiento que recibe la persona en atención primaria para la toma de constantes en domicilio y su registro.
- Tomar las biomedidas según la enfermedad crónica de la persona:



- » Temperatura.
- » Peso e índice de masa corporal (IMC).
- » Tensión arterial.
- » Frecuencia cardíaca.
- » Glucemia basal y postprandial.
- » Hemoglobina glicosilada.
- » Cooximetría.
- » Saturación de oxígeno.

- Programar la frecuencia de los controles de acuerdo con medicina y enfermería de atención primaria.
- Comunicarse con medicina o enfermería en caso de alertas.
- Revisar la medicación para detectar duplicidades, errores de prescripción, problemas de adherencia, agravamiento de la enfermedad, descompensación clínica, interacciones, intolerancia a excipientes, errores en la posología o desabastecimiento, e informar a quien realiza la prescripción farmacéutica.
- Realizar el refuerzo terapéutico siguiendo indicaciones de enfermería de atención primaria.
- Reforzar las recomendaciones estándar pactadas con la Estrategia de Vida Saludable, poniendo especial énfasis en las que tengan mayor interés para la persona:



Alimentación



Actividad física



Sueño



Bienestar emocional



¿Cómo se registra la información?

Durante el proyecto piloto, la información se ha registrado en SIMA, utilizando las 2 redes de comunicación que configuran este sistema y la aplicación móvil desarrollada:

- Una red de transmisión de biomedidas a través de biosensores.
- Una red destinada a la comunicación entre profesionales.
- Una aplicación móvil para el uso de la persona en su domicilio, tras recibir refuerzo al entrenamiento realizado en atención primaria.



¿Qué requisitos se deben cumplir?

Para minimizar la falta de estandarización de la toma de constantes en las farmacias:

- Se diseñó una guía detallada del procedimiento.
- Se formó al personal que iba a realizar esta actividad.
- Se utilizaron equipos estandarizados y biosensores que transmitían los datos directamente al sistema de información.

La generalización de este servicio requiere:

- Disponer de los perfiles profesionales adecuados para la prestación de este servicio en la farmacia comunitaria.
- Disponer de protocolos compartidos que determinen con precisión los servicios de refuerzo en la farmacia comunitaria.
- Consolidar los mecanismos de comunicación entre farmacias y centros de salud para que el servicio no se convierta en una sobrecarga para los equipos profesionales.
- Disponer de un sistema de información integrado en la historia clínica electrónica que permita el registro del seguimiento realizado en la farmacia y en el domicilio.
- Impartir la formación y diseñar los mecanismos para la acreditación de las competencias profesionales necesarias para llevar a cabo este servicio.

AP FARM@

Es un proyecto de asistencia farmacéutica de mejora de la seguridad y accesibilidad al medicamento, a través de la mejora de la comunicación entre farmacia comunitaria y atención primaria.



¿A quién está dirigido?

A las personas que han intentado acceder al centro de salud y a la consulta de medicina por los cauces habituales, y no lo han conseguido debido a las medidas impuestas por la COVID-19.



¿Qué tipo de necesidades cubre?

- Renovación de su tratamiento.
- Problemas de seguridad de un medicamento.
- Duplicidad de medicamentos.
- Intolerancias a excipientes.
- Incidencias posológicas.
- Problemas de desabastecimiento.
- Agravamiento de la enfermedad.



¿Cuál es el procedimiento?



Farmacia comunitaria se coordina con farmacia de atención primaria para solucionar estas incidencias y, si es necesario, establecer comunicación con quien ha hecho la prescripción en el centro de salud.

Si no requiere derivación



En caso de no requerir la atención médica o enfermera, farmacia de atención primaria gestiona directamente con farmacia comunitaria y la persona, por teléfono o por correo electrónico.

Si requiere derivación



En caso de requerir atención médica o enfermera, tras hacer una revisión farmacológica, se derivan estas incidencias al centro de salud o se comunican directamente al profesional de medicina o enfermería mediante entrevista.



Desabastecimiento

Ante problemas de desabastecimiento de medicamentos, farmacia de atención primaria busca la mejor alternativa terapéutica disponible y en función del impacto en el tratamiento, transmite la información al profesional individualmente, al centro de salud o a todo el conjunto de profesionales de atención primaria cuyos pacientes pudiesen verse afectados por el desabastecimiento.



¿Cómo se registra la información?

A través del aplicativo Portal Farmacias: APFarm@ en su módulo Comunicación Farmacia-Centro de Salud.

ENTREGA HOSPITALARIA



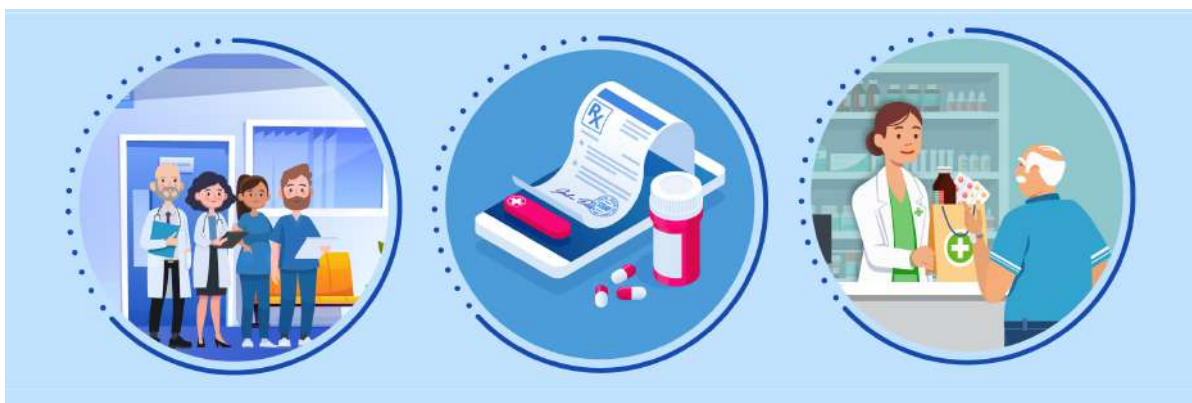
¿A quién está dirigido?

Destinado a personas con tratamiento hospitalario que vienen derivadas de la farmacia hospitalaria.



¿Cuál es el procedimiento?

La farmacia habitual, indicada por la persona, solicita la medicación al



hospital y se la proporciona a la persona, una vez que la recibe.



¿Cómo se registra la información?

A través de AxonFarma, en su módulo SEMH.

- Farmacia comunitaria solicita la medicación al hospital.
- Farmacia hospitalaria revisa, autoriza y prepara el envío.
- A través de la distribuidora, farmacia hospitalaria envía a la farmacia comunitaria la medicación, comunicándose a través de la aplicación informática.
- Farmacia comunitaria notifica la recepción de la medicación y la entrega a la persona en cuanto se efectúa.

ATENCIÓN DOMICILIARIA

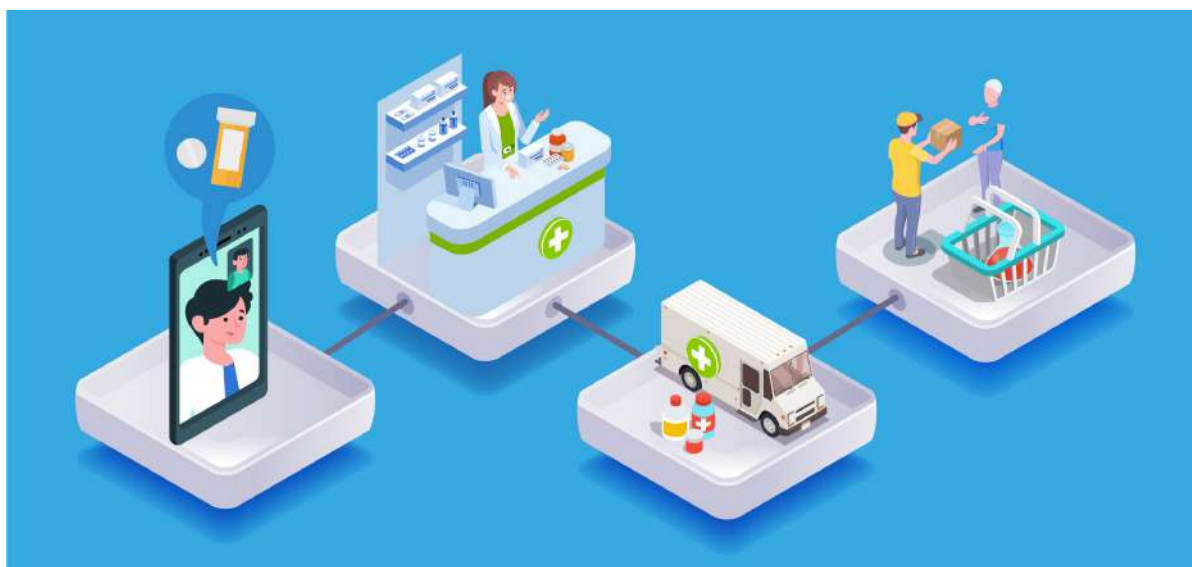


¿A quién está dirigido?

La atención farmacéutica domiciliaria se orienta a personas que no pueden acudir personalmente a la farmacia debido a su situación de cronicidad o a las medidas de prevención impuestas durante la pandemia por COVID-19.



¿Cuál es el procedimiento?



La persona solicita la atención a la farmacia comunitaria quien prepara la medicación y la hace llegar a su domicilio siguiendo el protocolo consensuado con atención primaria.



¿Cómo se registra la información?

A través de Portal Farmacia, en su módulo dispensación sin tarjeta, cuando el acceso a la medicación se realiza sin la presencia de la persona.

DISPENSACIÓN EXCEPCIONAL



¿A quién está dirigido?

A la persona con enfermedades crónicas que necesita su medicación y no le aparece disponible en su tarjeta electrónica. El servicio se presta para aquellos casos de medicamentos de uso crónico:

- Con una duración de tratamiento de 3 meses o más.
- Registrados en receta electrónica.
- Cuya fecha fin de tratamiento tenga menos de un mes.



¿Cuál es el procedimiento?

- Se dispensa un único envase por tratamiento, con la pauta registrada en la última prescripción.
- Se pide a la persona que se ponga en contacto con su centro de salud en el menor tiempo posible, para que quien le haya prescrito la medicación valore la necesidad de continuación y la registre en Receta Electrónica.
- En caso de considerarlo necesario, la oficina de farmacia podrá ofrecer a la persona la solicitud de la cita, a través de ClicSalud.
- Quedan excluidos de este procedimiento los medicamentos estupefacientes, productos sanitarios y dietéticos.



¿Cómo se registra la información?

A través de AxonFarma, en el módulo de dispensación excepcional. Realizada la dispensación, se adhiere el cupón precinto del tratamiento dispensado en el Modelo Justificante de Dispensación Excepcional COVID-19. Se imprime una hoja por medicamento dispensado.

NUEVOS SERVICIOS DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA



La pandemia ha visibilizado una vez más a la farmacia de atención primaria como pilar fundamental de la asistencia sanitaria y como uno de los principales recursos disponibles en materia de salud pública.

Farmacia de atención primaria ha reorientado y ampliado su actividad para dar respuesta a las necesidades generadas durante la pandemia por COVID-19.



Haciendo realidad la coordinación

- Entre las farmacias comunitarias referentes de zonas con las direcciones de los centros de salud de sus áreas de influencia, para solventar diversos tipos de incidencias.
- Entre farmacia comunitaria y farmacia hospitalaria para la dispensación de fármacos en albergues de personas sin hogar.



Facilitando la renovación y dispensación de medicamentos

- Mediante la implantación del sistema de solicitud de renovación de medicación a través de las farmacias comunitarias de referencia, con apoyo del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla y el Distrito de atención primaria de Sevilla.
- Coordinando con farmacia comunitaria para el suministro de medicación a hoteles medicalizados.
- Prestando apoyo a la farmacia comunitaria para la dispensación de hidrocloroquina.
- Actualizando los procedimientos de renovación y dispensación.
- Resolviendo de forma ágil las incidencias que se presentaban.
- Gestionando los medicamentos extranjeros para distribución a domicilio.



Diseñando guías

- Para la revisión de la medicación en personas con polimedicación con apartados específicos destinados a COVID-19 para la reducción de la carga farmacológica que pudiera agravar esta infección.



Nuevos retos

- Seguimiento de pacientes COVID-19 tras el alta hospitalaria.
- Seguimiento domiciliario a personas con enfermedad crónica no-COVID-19 para controlar que la prolongación de sus tratamientos no hubiera generado errores de medicación o uso de medicación no necesaria.
- Formación en cuidados paliativos y atención al final de la vida.
- Revisión de la literatura científica relevante sobre fármacos, con un análisis crítico, síntesis y difusión a profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria.

SERVICIOS EN CENTROS SOCIO SANITARIOS

Los centros sociosanitarios han sido especialmente afectados por la pandemia, llevando a un cuestionamiento del modelo de atención sociosanitaria existente. En estos centros, tanto farmacia de atención primaria como farmacia comunitaria han tenido un papel importante en el mantenimiento de la farmacoterapia de las personas residentes.



Farmacia de atención primaria

En estos centros, farmacia de atención primaria se ha encargado de:

- La revisión de la farmacoterapia y planes de acción personalizada
- La mejora de la atención farmacéutica y la reducción de la morbimortalidad asociada al uso de fármacos.
- El seguimiento de la farmacoterapia a través de:
 - » El diseño e implantación de guías para la revisión de la medicación dirigidas a la optimización de los tratamientos.
 - » La determinación de procedimientos normalizados de trabajo
 - » La definición de criterios de uso adecuado y seguro de medicamentos para grupos terapéuticos más utilizados o aquellos que puedan aumentar el riesgo de neumonía.
- La definición de criterios de desprescripción, especialmente de medicamentos que hayan podido sobreprescribirse con motivo de la situación de crisis.



Farmacia comunitaria

Como responsable del depósito de medicamentos de centros residenciales con 50 plazas o menos, farmacia comunitaria ha prestado los siguientes servicios:

- Un sistema personalizado de dispensación que contribuye a mejorar el cumplimiento terapéutico en personas con polimedicación.
- El control y seguridad de medicamentos psicotrópicos-estupefacientes.
- El seguimiento y la conservación de la red de frío de medicamentos sensibles a determinadas temperaturas.



El diseño de nuevos servicios farmacéuticos debe responder a las prioridades de la Administración sanitaria y determinar claramente la población destinataria, las necesidades a las que da respuesta, los procedimientos clínicos, el registro de datos, los requisitos funcionales y las competencias profesionales que deben ser acreditadas para su realización.

• CAPÍTULO 5 •

LOS SONIDOS DEL SILENCIO

Rosario Cáceres Fernández-Bolaños, Ingrid Ferrer López,
Sandra Pinzón Pulido, Bibiana Navarro Matillas, Rosana Patrocinio Polo,
António Brito Pina, Javier López Narbona.

OMNISCANALIDAD

La interacción de las personas con los sistemas sanitarios ha cambiado radicalmente gracias a la revolución tecnológica de las últimas décadas. El uso generalizado de los dispositivos inteligentes ha producido un incremento sin precedentes de las interacciones entre personas usuarias y profesionales en todos los niveles asistenciales. Y es en este contexto en el que toma especial relevancia el concepto de la “omniscanalidad”.

¿QUÉ ES LA OMNISCANALIDAD?



Es una estrategia de comunicación integral orientada a las personas. Un sistema omnicanal ofrece múltiples canales de atención interconectados, para dar una mejor respuesta a las necesidades de cada persona o grupo de personas.



¿En qué se diferencia de la multicanalidad?

Las personas se comunican con el Sistema Sanitario por canales que normalmente trabajan de forma independiente:

- Servicios de atención presencial a la ciudadanía.
- Teléfonos.
- Mensajería instantánea: SMS y WhatsApp.
- Aplicaciones móviles.
- Plataformas web

Estos canales actualmente disponibles, pero no conectados representan claramente la multicanalidad.



¿Por qué la integración?

Cuando los canales no están integrados entre sí (multicanalidad), las personas viven una experiencia segmentada de su proceso asistencial y se ven obligadas a repetir la información en los distintos canales. La evolución natural de la multicanalidad hacia la omnicanalidad es posible ahora gracias al desarrollo tecnológico más reciente.



¿Cómo asegurar la usabilidad?

La investigación más reciente nos enseña que la principal barrera para el uso de dispositivos y soluciones tecnológicas no está en las competencias digitales de las personas sino en el diseño y la usabilidad de las interfaces.

La participación de personas destinatarias finales en el diseño de dispositivos y soluciones es esencial para que los distintos canales de comunicación sean finalmente utilizados.



¿Cómo mejora la atención?

La integración de los canales de comunicación disponibles bajo una misma apariencia, estilo y mensaje, mejora la respuesta a las necesidades asistenciales y facilita la interacción de las personas usuarias con el sistema. Los mensajes consensuados y las intervenciones compartidas entre profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria se verían reforzados gracias a la omnicanalidad.



¿Qué requisitos tiene?



Para que una estrategia omnicanal dé resultado, es necesario:

- Conocer y comprender los canales de comunicación que personas usuarias y profesionales utilizan habitualmente.
- Conseguir que la comunicación a través de estos canales sea fluida, sin esperas y con transparencia.
- Asegurar que las plataformas sean sencillas e intuitivas es la clave para el éxito de la omnicanalidad.

COMUNICACIÓN ENTRE CENTROS DE SALUD Y FARMACIAS

La comunicación tradicional entre el centro de salud y la farmacia comunitaria ha evolucionado hacia la comunicación bidireccional basada en la confianza interprofesional.



La comunicación tradicional



Comunicación por carta

abierta e informe clínico.

“Siempre que había alguna incidencia, la comunicación con el centro de salud se realizaba a través de carta abierta entregada al paciente, con un informe a medicina y enfermería. El problema es que no había constancia de entrega... Es fundamental la comunicación con atención primaria de forma bidireccional, a través de un sistema ágil, sencillo y rápido donde haya una respuesta de medicina y enfermería, de la decisión clínica del prescriptor, así se sabe si tu intervención se ha llevado a cabo o no”. Farmacéutico

Comunicación telefónica.

“Pues la verdad es que la comunicación casi siempre suele ser telefónica. Por la dificultad de nuestro día a día, vamos siempre corriendo. Nosotros les dimos incluso un listado con todos los números corporativos para que ellos pudieran llamarnos y establecimos un modo para no interrumpir la consulta del día a día normal, que se llamara a última hora de la mañana. Es verdad que eso queda un poco impedido cuando hay un profesional o a lo mejor una baja larga o llega una situación de verano. Ellos no saben si está o no está el titular, que ha prescrito medicamento o que es responsable de ese paciente”. Médica



La comunicación bidireccional



Primeras experiencias.

“Buenas prácticas en experiencias previas de comunicación entre profesionales de los centros de salud y profesionales de la farmacia comunitaria, como el proyecto de deshabituación de benzodiazepinas, hicieron que la experiencia en proyectos posteriores fuese mucho más gratificante”. Médico

Receta electrónica.

“La forma más fácil de comunicación ha sido a través de Receta Electrónica, una plataforma que comparten el centro de salud y la farmacia y que permite una comunicación directa, muy rápida para resolver casos agudos”. Farmacéutica

Proyecto IRIS.

“En el proyecto IRIS se estableció la necesidad de comunicación en la que el paciente estaba como centro, pero no estaba como intermediario y, sobre todo, lo que nos preocupaba eran los errores relacionados con la seguridad del paciente, errores relacionados con la prescripción y dispensación”. Farmacéutica



Las figuras clave para avanzar en la comunicación

En el diseño de los circuitos y canales de comunicación de NUMA se incorporaron dos figuras profesionales que actuaron de enlace entre dos ámbitos asistenciales. En este caso, el papel de farmacia de atención primaria y del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla fue esencial.



Farmacia de atención primaria

“El papel de la farmacia de atención primaria ha sido clave en la dinamización y coordinación, lo que ha permitido mediar entre farmacéuticos y médicos como una especie de engrase y siempre desde la proactividad”. Médica

“La comunicación mediante el sistema que se ha establecido, ha permitido tener contacto con los farmacéuticos de atención primaria, que han estado dispuestos a trabajar con esta metodología y acercarnos a los centros de salud”. Farmacéutica

“Hasta ahora se ha hecho una labor fundamental de comunicación e intermediación, a través de farmacia de atención primaria, pero esa comunicación debería ser directa y más ágil, entre farmacia comunitaria y centro de salud”. Farmacéutica

Colegio de Farmacéuticos de Sevilla

“El Colegio Oficial de Farmacéuticos ha tenido el papel de mantener viva la comunicación en un momento dónde era complicada y darle consistencia corporativa”. Médica

“Hay una comisión de trabajo formada por farmacia de atención primaria, farmacéuticos comunitarios y personal técnico del Colegio. A raíz de lo que se ha hablado en esas comisiones, se han podido poner en marcha todos estos servicios”. Farmacéutica

“El Colegio ha transmitido las decisiones que se tomaban en las reuniones a los compañeros farmacéuticos y los han acompañado en el entrenamiento de la herramienta tecnológica, resolviendo cualquier duda por teléfono, WhatsApp o correo electrónico”. Farmacéutica



La confianza interprofesional



Conocerse para comunicarse.

“La confianza entre profesionales, eso es fundamental. Al final, conocerse de tú a tú, si no, no funciona nada. Los farmacéuticos de atención primaria han propiciado esa formación conjunta entre profesionales de farmacia y de atención primaria que ha derivado en una comunicación fluida...”. Farmacéutica

Confianza en las competencias profesionales.

“Porque debe haber confianza en la competencia, la capacidad de resolución de los componentes del equipo de enfermería, de medicina, en farmacia comunitaria, en farmacia de atención primaria, en cada uno, sabiendo que tenemos papeles distintos y que esos papeles son cambiantes. Eso es lo importante”. Gestor



Durante la pandemia COVID-19

Desde la farmacia comunitaria se articularon mecanismos de comunicación en dos sentidos: con la ciudadanía y con profesionales de medicina, enfermería y farmacia de atención primaria y hospitalaria. NUMA contribuyó a preparar el terreno para que estos nuevos servicios pudieran ponerse en marcha de forma ágil. El papel de farmacia de atención primaria fue esencial en este proceso.



Contactos previos consolidados.

“La comunicación entre farmacia comunitaria y atención primaria se reconvirtió durante la pandemia en otros servicios, porque ya estaban los contactos hechos. Se hicieron reuniones en el centro de salud con referentes de medicina y de enfermería, así como de las farmacias de referencia.” Enfermero

Aportaciones de la farmacia comunitaria.

“En la pandemia el apoyo de la farmacia comunitaria ha sido fundamental, ha puesto en conocimiento la situación de personas frágiles que tenían dificultad para acceder al sistema”. Médico

Farmacia comunitaria como punto de entrada.

“La farmacia actuó como punto de entrada respecto a la información y resolución de dudas del paciente, mediante información veraz que se ha facilitado en tiempo de pandemia”. Farmacéutica

Telemedicina y consulta telefónica.

“Uno de los elementos positivos de la pandemia ha sido la posibilidad de trabajar de manera virtual a través de la telemedicina y la consulta telefónica, incluso en la comunicación con especialistas de hospital y profesionales de farmacia comunitaria, integrándola como agente de salud dentro de la red”. Médica

Mejora de competencias para atención virtual.

“En este tiempo de pandemia, se ha realizado bastante atención telefónica, pero los profesionales de enfermería consideran que es necesario la formación en habilidades de comunicación telefónica, buscando como objetivo que sean llamadas mucho más terapéuticas”. Enfermero



El soporte tecnológico

Para dar soporte a la comunicación bidireccional es necesario que la solución sea fácil de usar e intuitiva y que le devuelva al profesional recursos útiles para el proceso asistencial. Entre las soluciones tecnológicas utilizadas con este propósito están:

- **Receta XXI.** Es un modelo de prescripción y dispensación de medicamentos y productos sanitarios que aporta ventajas respecto a la prescripción tradicional de recetas en papel.
- **IRIS.** Es un sistema de comunicación vía correo electrónico para resolver discrepancias y errores en la posología, sospechas de incumplimiento terapéutico y duplicidades.
- **AxónFarma.** Es la herramienta de ayuda del Consejo Andaluz de Colegios Farmacéuticos para favorecer el desarrollo de la farmacia asistencial. Da soporte al Sistema Personalizado de Dosificación y Asistencia en Nuevos Medicamentos.
- **SIMA.** Es el sistema de información que da soporte a NUMA, centralizado y compuesto por dos redes de comunicación independientes:
 - » Una red de transmisión de las biomedidas tomadas a través de biosensores.
 - » Una red destinada a la gestión de la información compartida con profesionales de medicina, enfermería y farmacia.
 - » Una aplicación móvil para la comunicación con la persona usuaria.
- **APFarma@.** Es una herramienta de comunicación entre las farmacias comunitarias y farmacia de atención primaria para:

» Renovación de tratamientos. » Falta de adherencia. » Intolerancia a excipientes. » Errores en la posología.	» Desabastecimiento de medicamentos. » Interacciones » Descompensación clínica.
--	---



“APFarma@ ha permitido lanzar esa comunicación al mundo digital y virtual para solicitar la renovación de la medicación crónica y comunicar errores de prescripción, duplicidades, intolerancia a excipientes, falta de adherencia, incidencias en la posología y detección de medicamentos que estaban desabastecidos...”. Médico

“El aplicativo de APFarma@ ha sido muy bien valorado porque permite la comunicación directa entre la farmacia y el centro de salud, mediante una serie de despleables muy sencillos, que permiten identificar una casuística y escribir observaciones. Posteriormente farmacia de atención primaria hace un filtro y selecciona aquellos elementos que se pueden solucionar directamente”. Farmacéutico



Una solución más integrada

“Sería mucho más fácil para atención primaria, y se conseguiría una mayor adherencia de todos los profesionales, si la comunicación pudiera hacerse directamente a la aplicación DIRAYA, con un módulo aparte, buzón del profesional. Por ejemplo, sería ideal para cualquier médico o enfermero, que apareciese en este buzón, donde se notifican muchas cosas y ese sería el sitio ideal para que saltaran las incidencias de NUMA, permite abrir la historia clínica y puedes comunicar al paciente, cualquier problema detectado”. Enfermero



Más allá de los canales formales e institucionales, y gracias a la proactividad e interés de los equipos, se han utilizado los gupos de WhatsApp para la comunicación profesional.

COORDINACIÓN ENTRE PROFESIONALES



Para que la coordinación entre profesionales de distintos ámbitos sea una realidad son necesarios espacios de encuentro, instrumentos comunes y un sistema de información compartido.



Mecanismos de coordinación estables

Además de la solución tecnológica de soporte a la comunicación, son esenciales los espacios y mecanismos estables de coordinación y formación conjunta.



"El canal de comunicación debe ser más estable, que no dependa del carácter de los profesionales. Se mejoraría la comunicación con atención primaria si farmacia comunitaria participase en formaciones comunes para compartir visiones, empatizar, que tuviésemos más cercanía física, ponerse caras... Que tuviésemos acceso a la historia clínica, sobre todo a aquellos datos objetivos, como son los diagnósticos". Farmacéutico



Espacios profesionales.

“Las formaciones conjuntas en los centros de salud nos han dado un conocimiento personal entre los farmacéuticos de la zona y los médicos de ese centro de salud. Eso es fundamental, porque no es lo mismo hablar entre dos profesionales que no se conocen absolutamente de nada, a conocerse personalmente. Le pones cara a la persona. Esas posibles reticencias que podría haber de posibles injerencias en campos de unos o de otros, de esta manera se evitan completamente. Una vez que tú ves a la persona, hablas con ella, generas una cierta confianza y entiendes que los dos están trabajando por el bien del paciente, por conseguir resultados en salud en el paciente, se disuelven todas las dudas y todos los problemas y la comunicación fluye”. Farmacéutica

Protocolos compartidos.

“Nosotros no sabemos que en atención primaria están trabajando, por ejemplo, específicamente en mejorar la prescripción en benzodiacepinas o en mejorar la prescripción en anticoagulantes orales. Si nosotros, como farmacéuticos, accedemos a esas reuniones, sabemos que ellos están trabajando especialmente con ese tipo de paciente y desde la farmacia podemos dar el mismo mensaje. Eso es fundamental. Trabajar en el mismo sentido y que el paciente que viene del centro de salud o que ha hablado por teléfono con el médico y ha recibido un mensaje, venga a la farmacia a retirar su medicación y reciba el mismo mensaje. Es un doble impacto en salud, para el paciente es fundamental y para que se grabe en su memoria”. Farmacéutica



Ventajas para la persona usuaria

Entre las ventajas de la coordinación entre farmacia comunitaria y atención primaria están:

- Una interacción más ágil con el sistema sanitario.
- Aumenta su confianza en el propio sistema.
- Favorece su adherencia terapéutica.
- Proporciona una visión de coordinación y continuidad asistencial.



“Uno de los aspectos más valorados por los pacientes es que exista esta coordinación desde la farmacia con el centro de salud”.

Farmacéutico

“Hemos empezado a aprender a trabajar de forma conjunta con el centro de salud, a dejar de utilizar al paciente como mensajero cuando teníamos que transmitir algún mensaje o hacer algún tipo de gestión y empezar a trabajar entre profesionales de forma directa. Los farmacéuticos están encantados. Al final han incorporado estos servicios a su vida diaria y han enriquecido mucho la labor de la farmacia”.

Farmacéutica

“Si estamos coordinados, el paciente va a estar mas predisuesto al cambio y el mensaje será más creible si todos decimos lo mismo... El impacto en la modificación en el estilo de vida será grande”.

Médica

“Otro agente más de salud preocupado por esa persona aumenta la seguridad porque puede detectar errores en la prescripción”.

Médica



Ventajas para el sistema sanitario

La coordinación entre atención primaria y farmacia comunitaria:

- Ahorra visitas innecesarias al centro de salud.
- Mejora los resultados asistenciales.
- Favorece el refuerzo terapéutico.
- Minimiza el riesgo de error en la farmacoterapia.



Resultados en salud

“El que yo tenga un momento para revisar si lo que estoy haciendo es añadir una lista de medicamentos o si lo que estoy haciendo es prescribir en salud. En términos de salud, lo hago más tranquila si no tengo el paciente delante que mientras que yo estoy con el ordenador piensa que no estoy haciendo nada, y entonces me va diciendo cosas”. Médica

Seguridad del paciente

“Sobre todo en términos de seguridad del paciente... porque si yo le he prescrito antes de que se haya dado cuenta de que se iban a acabar las medicinas, no ha tenido que venir a buscarme y yo he podido dedicar ese tiempo a la clínica”. Médica

“Es que yo al paciente que tenía aquí para recetar, ya no lo tengo porque me comunico con la farmacia y en términos de seguridad durante la pandemia es que eso es intangible. O sea, que la tranquilidad me da a mí, que ya me he acostumbrado Incluso a preguntar al paciente ¿a qué farmacia vas? Porque, bueno, pues estoy segura que si falta algo o tú vas a tener algún problema, la farmacia va a contactar conmigo”. Médica

BENEFICIOS DE LA COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL



Detección de agravamiento de la enfermedad

“Venía una notificación de un paciente que no tenía medicación suficiente. Pero, cuando tú rascas, es que el paciente se está descompensando y hace uso mayor del medicamento que en este caso es un diurético. Con lo cual, aunque la incidencia es que el paciente no tiene el fármaco disponible, indirectamente lo que te está diciendo es que tiene una insuficiencia cardiaca descontrolada y eso hay que controlarlo. Si no se controla, el paciente ingresa sí o sí, si se queda fuera de supervisión. Con lo cual, la excusa es el medicamento, pero luego llegas al problema de salud del paciente y lo pones en contexto”. Farmacéutica AP



Dispensación en domicilio

“En nuestro centro había mucha tradición ya de comunicación con las farmacias, incluso llegamos a personas que tenían que estar aislada porque habían sido positivos. Llamábamos a las farmacias que tenían estos servicios de reparto de las medicinas a domicilio y se llamaba directamente. Oye, mira, fulanito de la calle tal que necesita tal medicación está en su tarjeta, dispénsala y que el chico que lo reparte vaya. Entonces fue una herramienta de comunicación útil en un momento en el que estábamos muy aislados”. Médica

Detección de duplicidades

“Hemos tenido un paciente que tenía prescritos Sintrom como anticoagulante y fue a su cardiólogo, y le prescribió un anticoagulante de acción directa. Pero no le retiró el Sintrom. Nosotros lo detectamos aquí, en la farmacia, nos pusimos en contacto con el médico y le pedimos que retirara la medicación porque entendíamos que era una duplicidad”. Farmacéutica

Desprescripción

“Hemos tenido un caso en el que le hemos planteado al médico, una desprescripción de una medicación. Es un paciente con Alzheimer que tenía prescrito una serie de antipsicóticos y teníamos una cierta duda, tanto nosotros como la cuidadora, de la pauta posológica que debería seguir el paciente. Estudiando la medicación nos dimos cuenta de que no solamente era un problema de pauta posológica, es que quizás esa medicación era necesario retirarla porque la situación de agresividad del paciente había cambiado. Entonces hemos contactado con su médico a través de la farmacéutica de atención primaria y estamos estudiando la posibilidad de hacer esa desprescripción”. Farmacéutica



Adaptaciones al Sistema Personalizado de Dispensación

“Una paciente con Alzheimer que teníamos en el servicio de SPD (Sistema Personalizado de Dosificación). Durante la pandemia ha empeorado mucho su situación por el confinamiento que la ha dejado sumida en una soledad absoluta. Empezaron a aparecer nuevos problemas de salud. Ella no tenía capacidad ni su cuidadora para acceder al centro de salud. Entonces yo hablé directamente con el médico y fuimos resolviendo, poquito a poco, primero la alteración del sueño; después la paciente dejó de tragar alimentos sólidos, entonces ya no admitía la medicación. Tuvimos que estudiar alternativas. Lo hablamos con el médico que accedió a todos los cambios y tuvimos que variar el SPD, porque había medicamentos que se podían machacar y otros en formato buco dispensable (...) Tuvimos que ir variando el SPD según iba modificándose el tratamiento de la paciente (...) Todo eso tuvimos que consensuarlo con el médico. Además, tuvimos que darle instrucciones nuevas a la cuidadora, en un tratamiento complejo, como ese...” Farmacéutica

Revisión de la posología

“Hemos tenido un paciente que ha tenido una duda muy importante sobre una posología de una medicación. Tenía que ponerse un inyectable y se lo estaba poniendo una vez mensualmente. Sin embargo, en receta electrónica tenía prescrito una vez cada quince días. Yo no sé si cuando acude a enfermería, si enfermería tiene acceso a comprobar cuál es la posología real. Entonces lo hemos comunicado a su médico para que nos aclarara cuál era la posología real. Le pedimos permiso al paciente para comunicar con su médico. Y efectivamente, el médico contestó y corrigió la posología en la propia receta electrónica”. Farmacéutica



Detección de causas de descompensación

“Hemos tenido otro caso, de una descompensación. Era una persona que utilizaba Sintrom y en un momento dado su INR empezó a descompensarse. Ella iba a sus controles de INR y como los tenía descompensados, le ponían heparina. Iba alternando, días de heparina con días de Sintrom. ¿Qué ocurre? Pues que esa situación a la señora la tenía alterada porque la idea de estar dependiendo de una heparina, de tenerse que pinchar todos los días, esa duda de decir yo no he cambiado mi alimentación, no he cambiado nada en mi vida, ¿porque tengo esta descompensación? Y entonces, empezamos a estudiar el caso en colaboración con la farmacéutica de atención primaria y detectamos que esa persona estaba saliendo de una infección de orina que altera todos esos valores. Lógicamente, al comunicar con el médico lo que se hizo fue curar la infección de orina y a partir de ahí todo volvió a la normalidad”. Farmacéutica



La puesta en marcha de los servicios farmacéuticos es posible cuando se logra una comunicación bidireccional entre profesionales de atención primaria y farmacias comunitarias y se articulan espacios de trabajo compartido donde consensuar los protocolos, guías y orientaciones para la práctica profesional.

• CAPÍTULO 6 •

DEL ESCEPTICISMO AL APOSTOLADO

Sandra Pinzón Pulido, Bibiana Navarro Matillas, Ingrid Ferrer López,
Rosario Cáceres Fernández-Bolaños, Manuel Ojeda Casares,
Rosana Patrocinio Polo, Antonio Olry de Labry Lima,
António Brito Pina, Javier López Narbona.

EL PROYECTO PILOTO EN ANDALUCÍA

Para probar la efectividad del Nuevo Modelo Asistencial NUMA en Andalucía se llevó a cabo un estudio de innovación experimental en el que participaron 125 personas, 65,4% mujeres y 34,6% hombres ($p=0,001$), con una edad media de 75,7 años para las mujeres y 75,5 años para los hombres ($p=0,9312$). Estas personas son usuarias habituales de 10 farmacias comunitarias y sus centros de salud de referencia en Sevilla, Écija y Ayamonte.

Los primeros servicios incluidos en el estudio piloto se vieron afectados por las estrictas medidas de confinamiento aplicadas durante la pandemia generada por la COVID-19. Las personas mayores confinadas en sus domicilios no podían acudir al centro de salud ni a la farmacia comunitaria. La consulta médica telefónica y los servicios de dispensación de medicamentos en domicilio dieron origen a nuevos servicios farmacéuticos en respuesta a las necesidades asistenciales de las personas mayores durante el estado de alarma.

Los resultados que se describen a continuación aportan evidencia sobre la oportunidad y pertinencia de la incorporación de la farmacia comunitaria como apoyo a los procesos asistenciales en atención primaria en Andalucía, especialmente en el cribado de fragilidad, un sistema de alertas sobre incidencias en la prescripción farmacéutica, la detección de signos y síntomas de inestabilidad o falta de efectividad de la medicación.

Aun así, es necesario continuar con el desarrollo de estudios experimentales para generar una mayor y más robusta evidencia sobre la efectividad de este tipo de intervenciones en la salud de la población y la eficiencia del sistema sanitario.

RESULTADOS DEL ESTUDIO CUANTITATIVO

CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

A la entrada en el proyecto piloto, se aplicó el cuestionario EuroQol (EQ-5D-5L).

Los resultados muestran que, en la mayoría de los aspectos valorados, no había diferencias significativas entre los dos sexos.

Sin embargo, las diferencias se hicieron evidentes en las áreas de ansiedad o depresión y dolor o malestar, con un porcentaje muy elevado de mujeres en ambos casos.

Variable	Mujer N (%)	Hombre N (%)	P
Autopercepción de salud (escala 0-100)	61,52	78,03	0,000
Problemas para realizar actividades cotidianas	23 (38,3%)	6 (20,7%)	0,096
Problemas con el cuidado personal	13 (21,7%)	5 (17,2%)	0,626
Problemas para caminar	29 (48,3%)	9 (31,0%)	0,122
Ansiedad o depresión	42 (70,0%)	9 (31,0%)	0,000
Dolor o malestar	50 (83,3%)	17 (58,6%)	0,011

Estos resultados apuntan que se pueden explorar servicios de apoyo a procesos asistenciales consensuados con atención primaria, diferenciados por sexo, incidiendo de manera más profunda en aquellos ámbitos que afectan con mayor frecuencia a las mujeres como puede ser la revisión de la medicación y recomendaciones relacionadas con la misma, asociada a procesos de ansiedad, depresión, dolor y malestar, de acuerdo con los procesos asistenciales integrados correspondientes.

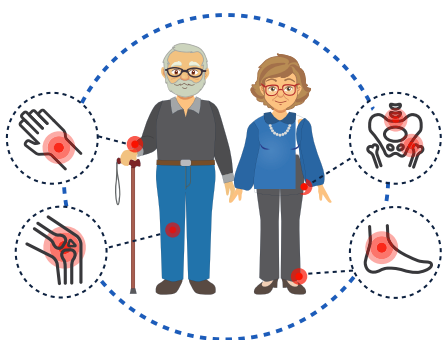
CRIBADO DE FRAGILIDAD Y RIESGO DE CAÍDAS

En el servicio de cribado de fragilidad y riesgo de caídas participaron 78 personas.



Resultados de los test al inicio del proyecto piloto

El 82,4% de mujeres y el 76,5% de hombres se encontraban en situación de riesgo de fragilidad:



- Más del 63% de mujeres y hombres mostraban riesgo de caídas.
- Más de la mitad de las mujeres y los hombres tenían algún grado de dependencia.

Variable	Mujer N (%)	Hombre N (%)	P
Test de Velocidad de la Marcha			
■ Autónoma	9 (17,6%)	4 (23,5%)	0,593
■ Frágil	42 (82,4%)	13 (76,5%)	
Cuestionario de Riesgo de Caídas			
■ Bajo riesgo	18 (37,5%)	5 (35,7%)	0.903
■ Riesgo de caídas	30 (62,5%)	9 (64,3%)	
Índice de Barthel			
■ Independencia	23 (47,9%)	9 (50,0%)	0.962
■ Dependencia escasa	15 (31,2%)	5 (27,8%)	
■ Dependencia moderada	10 (20,8%)	4 (22,2%)	



Intervención en farmacia comunitaria

A las personas que se detectó en situación de fragilidad y riesgo de caídas:

- Se realizó una revisión exhaustiva de la farmacoterapia según los criterios STOPP-START para identificar medicamentos que pudieran estar asociados a estos riesgos.

Medicamento	Mujer N (%)	Hombre N (%)	P
Benzodiacepinas	7 (16,7%)	2 (15,4%)	0,639
Vasodilatadores	7 (16,7%)	1 (7,7%)	0,122
Hipnóticos	1 (2,4%)	1 (7,7%)	0,179

- Se derivó al Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años en atención primaria.
- Se realizó un refuerzo de educación en actividad física, alimentación, sueño y bienestar emocional, según protocolo consensuado con atención primaria.



Resultados en salud

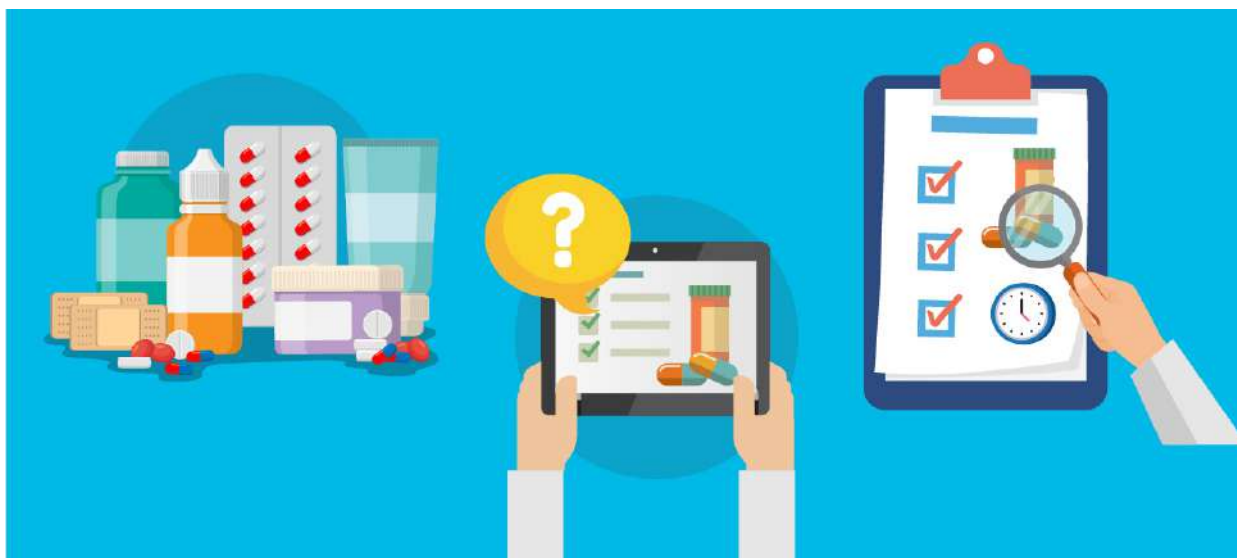
La detección precoz permite revertir la fragilidad y disminuir el riesgo de caídas a través de una intervención de ejercicio multicomponente y la revisión de la medicación, evitando el impacto que tienen eventos tales como la fractura de cadera sobre la calidad de vida de la persona y el coste de atención para el sistema sanitario.



Satisfacción y utilidad del servicio

En una escala de 0-10, la satisfacción y la utilidad del servicio de cribado de fragilidad y riesgo de caídas fueron valoradas en 9,4 en las mujeres y en 9,3 en los hombres, valoraciones muy cercanas al 10 en ambos casos.

ASISTENCIA EN NUEVOS MEDICAMENTOS



Participaron en este servicio 168 personas, 66,1% hipertensas, 17,9% diabéticas, 9,5% en tratamiento con anticoagulantes y 6,5% con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Variable		Total N (%)	Grupo ANM N (%)	Grupo control N (%)	P
Sexo	Hombre	80 (47,6%)	47 (48,5%)	33 (46,5%)	0,800
	Mujer	88 (52,4%)	50 (51,5%)	38 (53,5%)	
Tipo de tratamiento nuevo	Anticoagulantes	16 (9,5%)	9 (9,3%)	7 (9,9%)	
	Antidiabéticos	30 (17,9%)	15 (15,5%)	15 (21,1%)	
	EPOC	11 (6,5%)	8 (8,2%)	3 (4,2%)	
	Hipertensión	111 (66,1%)	65 (67%)	46 (64,8%)	0,616
Edad (años)		65,70 (13,38)	66,25 (13,27)	64,94 (13,58)	0,532
Puntuación Calidad de Vida de EPOC (cuestionario CAT)		22 (11,19)	16 (17,05)	24,25 (8,64)	0,306
Puntuación Calidad de Vida (cuestionario EQ5D)		74,72 (0,21)	74,13 (0,22)	75,53 (0,21)	0,683



Resultados de la intervención

Los mejores resultados en la adherencia se observaron a los dos meses de la intervención, con una adherencia autodeclarada del 85,4% y un cumplimiento semanal del 92,7%.

Variable		Grupo ANM N (%)	Grupo control N (%)	P	Grupo ANM N (%)	Grupo control N (%)	P
		2 meses			6 meses		
Adherencia autodeclarada	No	6 (14,6%)	6 (35,3%)	0,077	13 (31%)	5 (29,4%)	0,907
	Sí	35 (85,4%)	11 (64,7%)		29 (69%)	12 (70,6%)	
Cumplimiento semanal	<90%	3 (7,3%)	4 (25%)	0,068	9 (22,0%)	3 (17,6%)	0,713
	90-100%	38 (92,7%)	12 (75%)		32 (78,0%)	14 (82,4%)	
Tasa de posesión	<90%	1 (2,5%)	2 (12,5%)	0,133	9 (22,0%)	3 (17,6%)	0,713
		39 (97,5%)	14 (87,5%)		32 (78,0%)	14 (82,4%)	

Cumplimiento semanal: porcentaje de dosis diarias consumidas sobre el total de dosis diarias prescritas. Tasa de posesión: porcentaje de días que el paciente tiene la medicación disponible.



Evaluación económica

Para la evaluación económica de este servicio se utilizó como medida de efectividad los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC). Al final del estudio:

- Se constató una mejoría en términos de AVAC de 0,032 en el grupo de intervención, mientras que en el grupo control se observó una pérdida de AVAC de 0.210.
- La diferencia de costes de ambas alternativas fue de 735,08€.

Alternativa	Coste en euros	Diferencia de coste entre alternativas	Efectividad medida en AVAC	Diferencia de AVAC entre alternativas
Grupo control	879,38 €	879,38 €	-0,210	0,242
Grupo ANM	144,30 €		0,032	

TOMA DE CONSTANTES Y REFUERZO TERAPÉUTICO



La intervención en este caso se centró en el control de la hipertensión, la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, aunque se incluyeron otras biomedidas que permitieron el abordaje del sobrepeso como factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes.

El proyecto piloto demostró:

- Que la intervención en la farmacia comunitaria debe estar consensuada con atención primaria y orientada fundamentalmente a reforzar recomendaciones en relación al uso de la medicación y adherencia a la misma, así como a la derivación a los equipos de atención primaria.
- Que la estandarización del procedimiento de toma de constantes requiere la acreditación de competencias profesionales para disminuir la variabilidad y garantizar la fiabilidad de los datos.
- Que el objetivo final del programa debe ser conseguir que las personas puedan realizar sus propios controles en su ámbito domiciliario facilitando la información necesaria al respecto y facilitando el acceso a las soluciones oportunas.

- Que los equipos de medición y los biosensores utilizados en las farmacias, así como el sistema de información necesario para la transmisión de los datos, requieren de una inversión económica inicial y necesitan un desarrollo tecnológico que permita su interoperabilidad con el sistema de información del Servicio Andaluz de Salud.
- Que son necesarios mecanismos de comunicación fluida entre profesionales de farmacia comunitaria y los equipos de atención primaria para el establecimiento de los límites normales individuales, la comunicación de alertas y la derivación a atención primaria.

La interrupción del proyecto piloto debido a las medidas de confinamiento en este caso, aconsejan el desarrollo de estudios posteriores que puedan aportar una mayor y mejor evidencia para la determinación de la pertinencia de inclusión de estos servicios en la farmacia comunitaria.



Sobrepeso

Se estimó el Índice de Masa Corporal al 31,2% del total de personas incluidas en el proyecto piloto (39 personas). Se encontró un ligero sobrepeso en mujeres y hombres.

Biomedidas	Mujeres	Hombres	Límite normal	p
Índice de Masa Corporal	30,4 Kg/m ²	28,7 Kg/m ²	27 Kg/m ²	0,342
Porcentaje de grasa corporal	36,7 %	33,8%	30%	0,430
Perímetro abdominal	101,1 cm	105,4 cm	88 cm en mujeres	0,242

En estos casos, se realizó un refuerzo de recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física utilizando los recursos de la plataforma <https://www.enbuenaedad.es/> a través de la App de NUMA.



Hipertensión Arterial

Participaron en este servicio 73 personas con diagnóstico de hipertensión arterial (58,4% de la población total) a quienes:

- Se tomó el pulso y la tensión arterial diastólica y sistólica.
- Cuando se sobrepasaron los límites normales, se generó una alerta y se revisó la medicación en comunicación directa con medicina de atención primaria.
- Se realizaron controles de tensión, con entrenamiento para que la persona pudiese realizar el autocontrol en casa.
- Se realizaron recomendaciones en hábitos de vida saludable.

Biomedidas	Mujeres	Hombres	Límite normal	p
Pulso	71,8 lpm	75 lpm	40-120 lpm	0,243
Tensión arterial diastólica	82,5 mm Hg	78,1 mm Hg	≤ 90 Hg	0,112
Tensión arterial sistólica	142,5 mm Hg	145,7 mm Hg	≤ 140 mm Hg	0,432



Diabetes

Este servicio se ofreció a las personas con diagnóstico de Diabetes tipo 2. Se tomaron las medidas de Hemoglobina Glicosilada a 17 personas (13,6% de la población total), Glucosa Basal a 8 personas (6,4%) y Glucosa Postprandial a 5 personas (4%). Los resultados se interpretan teniendo en cuenta el escaso tamaño de la muestra recogida.

Biomedidas	Mujeres	Hombres	Límite normal	p
Hemoglobina Glicosilada	6,62% Hba1C	6,74% Hba1C	≤6,4% Hba1C	0,853
Glucosa Basal	160 mg/dl	151 mg/dl	60-300 mg/dl	0,754

En estos casos, se realizaron recomendaciones de refuerzo en el manejo de la medicación, alimentación y actividad física. Cuando fue necesario, se realizó la derivación al equipo de atención primaria para valorar un ajuste de la medicación y realizar seguimiento en la consulta de enfermería de personas con problemas de salud crónicos.



Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Participaron en este servicio personas con diagnóstico de EPOC. Se llevaron a cabo las pruebas de cooximetría a 6 personas (4,8% de la población de estudio) y la saturación de oxígeno a 30 personas (24%).

Biomedidas	Media	Límite normal
CO en aire espirado	7,6 ppm	≤10 ppm
SPO2	95,4% Rango 83%-98%	95-100%

En estos casos, se realizaron recomendaciones de refuerzo, de acuerdo con el proceso asistencial integrado.

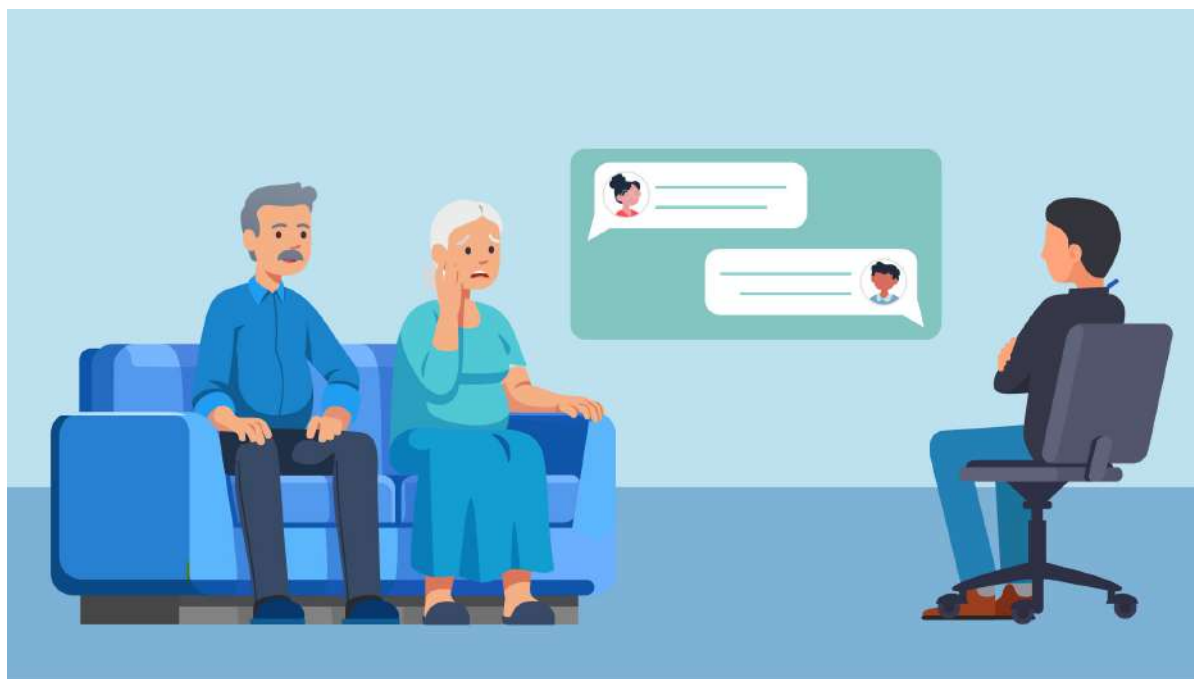


Satisfacción y utilidad del servicio



La satisfacción y la utilidad del servicio de toma de constantes y refuerzo del consejo y las recomendaciones terapéuticas en sobrepeso, hipertensión, diabetes y EPOC fueron valoradas, en ambos casos con un 9,7 sobre 10, tanto en hombres como en mujeres.

LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO CUALITATIVO



Durante el desarrollo de la fase experimental de NUMA se llevó a cabo un estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas para conocer la perspectiva de las personas mayores, profesionales de medicina, enfermería y farmacia de atención primaria y Comunitaria, así como a gestores y promotores respecto a la innovación organizativa y tecnológica propuesta.

Las entrevistas se estructuraron en torno a las siguientes temáticas:

- Cambios organizativos en farmacia comunitaria y atención primaria.
- Aceptación de los nuevos servicios por parte de los agentes implicados.
- Beneficios para la salud y el bienestar de las personas mayores.
- Alternativas a la financiación de los nuevos servicios farmacéuticos.
- Aspectos éticos y legales relacionados con el acceso a los datos clínicos de las personas usuarias.



En farmacia comunitaria

Aunque la puesta en marcha de cada nuevo servicio farmacéutico conlleva cambios organizativos e incluso de adecuación de espacios físicos, el cambio principal se da en los roles profesionales y en la necesidad de incorporar las soluciones tecnológicas de soporte a la práctica habitual. El paso de la dispensación del medicamento al refuerzo asistencial requiere de formación, entrenamiento y tiempo.



Cambios en los espacios físicos

“Es verdad que también hemos tenido que habilitar un espacio en la farmacia para prestar los servicios farmacéuticos. Un espacio que nos ha supuesto alguna pequeña dificultad. Cuando teníamos que hacer el test de la marcha, necesitamos un espacio suficientemente amplio para el recorrido del paciente y después la organización porque cada paciente requiere un tiempo. Entonces tenemos que estar organizados para que el mostrador de la farmacia nunca se quede desatendido”.

Farmacéutica

Cambios en los sistemas de información y necesidad de formación

“Lo primero que hemos tenido que hacer es generar confianza entre los profesionales, generar todas las plataformas que íbamos a necesitar y sobre todo, hemos necesitado mucha formación (...) A todas las personas tienes que explicarle muy bien cuál va a ser su implicación, cuál va a ser el tiempo que tienen que dedicarle, qué es lo que se busca, cuál es el objetivo del proyecto y de esa manera su implicación, que es fundamental, va a llevar a buenos resultados”.

Farmacéutica



En atención primaria

Para atención primaria, el principal cambio está en la incorporación de la comunicación directa con farmacia comunitaria. Cuando esta comunicación se establece de forma natural, los nuevos servicios farmacéuticos se incorporan a la práctica profesional sin complicación.



Mejoras en la relación con farmacia comunitaria

“Para nosotros no supuso ningún cambio organizacional. Ya veníamos de una tradición muy antigua que es la revisión de pacientes y de subsanar los problemas potenciales de prescripción... es decir, una revisión offline de la prescripción de paciente. Previamente, a través de correo electrónico, antes de contar con una aplicación (...) Empezamos en 2013 a hacer ensayos y ya se cambió la forma, porque es que al final en un contexto de presión asistencial, que encima el farmacéutico también te mande un paciente, caía muy mal... Entonces, cuando eso cambió, permitió relacionarnos con los farmacéuticos, en otros términos”. Médica

Contactos directos a través de farmacia de atención primaria

“A día de hoy tengo muchos teléfonos de consultas directas en el centro de salud, porque llevo mucho tiempo trabajando con ellos y a través del director del Centro de Salud puedo contactar con los médicos, pero en este caso (...) lo hice a través de la farmacéutica de atención primaria. Le dije por favor, tú me puedes contactar con el médico este que tengo este problema de duplicidad y ella encantada, pues contacto con el médico, ya hablamos el médico y yo, se resolvió el problema y el médico, super agradecido, ¿qué médico o que enfermero va a decir que no a un servicio en el que se le está prestando una ayuda? Yo creo que es un proyecto en el que está satisfecho todo el mundo”. Farmacéutica

ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS

La participación de farmacia comunitaria y farmacia de atención primaria en el proceso asistencial tiene una alta aceptación entre personas destinatarias y profesionales, quienes manifiestan su satisfacción y la utilidad de cada uno de los nuevos servicios farmacéuticos.



Aceptación de la farmacia como otro agente más de salud

“La aceptación de los servicios era muy buena. Al principio generaba un poquito de desconfianza porque la persona se piensa que es un servicio privado, como que no lo entiende muy bien que esté coordinado con el Servicio Andaluz de Salud. Pero una vez que se les explica, estaban encantados porque era como tener otro agente de salud más, otra persona se preocupaba de mí y además le daba los mismos mensajes que nosotros, desde cómo tratar o cómo continuar con su tratamiento, como va a manejar una hipertensión o hábitos de salud”. Médica

Satisfacción con la atención de farmacia de atención primaria

“Bueno, pues es sorprendente, cuando llamas a un paciente y dice mire, que soy la farmacéutica de referencia de su centro de salud, ¿cómo, pero de la farmacia tal? digo no, yo soy la farmacéutica que trabaja con su médico y con su enfermero, trabajo en el SAS y le llamo porque su farmacia, me ha comentado que tiene un problema y... Entonces es muy gratificante, porque dice, ah, ¿pero que hay otra farmacia detrás del centro de salud? Detrás sí, bueno servimos de apoyo, somos como una red de ayuda para el paciente. Pues sí, detrás de cada médico, de cada enfermero, hay un farmacéutico que vela por su seguridad, por el buen uso de los medicamentos”.

Farmacéutica AP

BENEFICIOS EN SALUD Y BIENESTAR

Durante el estudio experimental se pudo comprobar cómo la incorporación de la farmacia comunitaria como agente de proximidad en el proceso asistencial, genera beneficios para la salud y el bienestar de las personas usuarias.



Mejoras en la seguridad en la prescripción

“El primer beneficio es contar con otro agente más de salud, que está preocupado, que está vigilando la salud de esa persona. Aumenta la seguridad en la prescripción, porque errores de posología tenemos habitualmente, es una cosa que ocurre en nuestra práctica diaria, tanto la nuestra como en el resto de especialidades hospitalarias. Y ellos son los primeros que lo detectan. Por lo tanto, más seguridad, luego una cercanía. Ellos conocen a las personas más que nosotros porque van mucho más a la farmacia que incluso a vernos a nosotros”. Médica

Detección precoz de descompensaciones y agravamiento de la enfermedad

“Yo creo que el impacto en la modificación del estilo de vida es grande y en términos de detección y de prevención en un momento más precoz, también... No es lo mismo que el paciente venga con una tensión de 20/12, con el ojo que le ha sangrado porque ha hecho una crisis hipertensiva, a que se le lleve un seguimiento en la farmacia y que el farmacéutico, cuando la tensión está en torno a 16, ya le está diciendo, oye ¿tú a ver si es que se te ha olvidado alguna pastilla o a ver si es que lo que te estás tomando ya no vale? Entonces, todo lo que sea detectar o prevenir y que todos hagamos lo mismo, pues ya digo, sumar en salud siempre es eficiente”. Médica



Revisión y ajuste de la medicación

“Tener a un sanitario que te ayuda con esa nueva medicación, que está pendiente de ti para saber si la medicación te va bien o no, si está siendo tan efectiva como se esperaba o no, si está siendo segura, como debe ser o no, que habla contigo una vez a la semana para saber si te está generando algún problema de salud, si te aparece un efecto secundario, si se debe a esa medicación o no y que además está dispuesto a contactar directamente con el médico, eso es siempre satisfactorio. Todo el mundo nos ha dicho por supuesto que sí a este servicio, ojalá se generalice”. Farmacéutica

Mejora de la adherencia al tratamiento

“Lo que tenemos demostrado es que los pacientes son más adherentes si les facilitamos la medicación en su entorno normal. Evidentemente hay pacientes con un momento de la enfermedad que van a ser adherente, le hagas ir a donde le hagas ir... Pero a medida que pasa el tiempo con una enfermedad crónica, se hacen menos adherentes. Entonces facilitarle el medicamento en su farmacia, que la dispensación se haga en un tiempo más razonable, al final tiene un efecto directo en su salud”. Farmacéutico hospital

Prevención de caídas

“Lo que estamos intentando es evitar la caída de un paciente cuando medimos parámetros y constantes. En realidad, lo que hacemos es un servicio de prevención de factores de riesgo cardiovascular. Cuando aportamos información acerca de medidas higiénico dietéticas, estamos ayudando a prevenir enfermedades cardiovasculares. Yo creo que la farmacia puede aportar mucho en prevención y también, como comentábamos antes, si nos coordinamos bien entre los distintos niveles asistenciales en solucionar problemas relacionados con los medicamentos”. Farmacéutica

ALTERNATIVAS A LA FINANCIACIÓN

De acuerdo con la experiencia internacional, la financiación de los servicios en la farmacia comunitaria debería responder a las prioridades que establezca la Administración sanitaria en servicios de apoyo tales como cribados, sistemas de alertas, revisión de la medicación, detección de síntomas de inestabilidad, entre otros, previa demostración de la efectividad del servicio y el ahorro para el sistema. La participación de la persona usuaria en la financiación seguiría la misma lógica del copago que se aplica a la dispensación de los medicamentos.



Programas con financiación pública

“Hoy por hoy, la realidad en España es que muchos de estos servicios que implementamos en la farmacia los paga el propio paciente. Aunque es verdad que hay algunos programas de cribado que se están financiando a través de los servicios de salud”. Farmacéutica

Costes de los nuevos servicios farmacéuticos

“Evidentemente es un cambio de modelo tan importante que requiere un cambio tecnológico, requiere tiempo, requiere formación y una remuneración por el trabajo que se presta. Entonces creo que se debería llegar a un acuerdo con la Administración para que los farmacéuticos demostráramos que somos capaces de dar estos servicios asistenciales de forma sistematizada a la población y que a su vez fueran remunerados”. Farmacéutica



Demostración del coste-efectividad de los nuevos servicios

“Si se demuestra que hay un ahorro para la Administración y si se demuestra que hay unos buenos resultados en salud que suponen también un ahorro para el sistema, indudablemente deberían ser remunerados por parte de la Administración. ¿Qué el paciente debería pagar algo? Algo, como ocurre con el copago de los medicamentos, sí también. Porque no se le da valor a nada que sea absolutamente gratuito”. Farmacéutica

Aportación de la persona a la financiación de los servicios farmacéuticos

“Creo que aquel paciente que puede costearse un mínimo de este servicio, debería costárselo. Se me ocurre, que en términos similares a como se hace el copago en la receta, en función de la renta. Es verdad que habría que tener cuidado porque en mi experiencia, a quien más beneficia este tipo de intervenciones es precisamente al que no tiene un acceso fácil a herramientas de salud. Que suele además tener una salud más precaria. Por eso debería estar garantizando que esas personas que tienen mayor riesgo están también cubiertas”. Médica

Retribución por actos sanitarios con impacto en salud

“Yo creo que tenemos que tender hacia un modelo mixto o hacia un cambio total del sistema retributivo. El modelo mixto, incluiría la retribución por dispensación del medicamento, pero también la retribución por acto asistencial, siempre y cuando este acto asistencial esté avalado por la evidencia científica y protocolizado. El cambio sustancial sería considerar únicamente la retribución por actos sanitarios con impacto en salud”. Farmacéutica AP

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES



Aspectos éticos

Aunque los servicios farmacéuticos deben responder a los principios de la bioética, buscando el mayor beneficio para la persona, el compromiso ético se extiende más allá y abarca la sostenibilidad del sistema y el futuro de la profesión farmacéutica.



Beneficios para las personas

“Yo el trato que siempre he tenido con los compañeros de farmacia siempre ha sido en beneficio del paciente. Es cierto que una oficina de farmacia no deja de ser una empresa que tiene que tener su beneficio económico, lógicamente. Pero yo nunca he percibido ese mercantilismo que a veces se le quiere asociar, al revés, cuando ha habido igualdad de cosas que ofertar, pues siempre se ha tendido por la más económica para el paciente y ellos vigilan mucho el paciente, es que yo ya le digo, son muchos más cercano, incluso a veces que nosotros y conocen sus vidas al dedillo”. Médica

Beneficios para la profesión

“Los aspectos éticos los tengo clarísimos. Tenemos un compromiso de solidaridad, de equidad. Los principios de la bioética de no hacer daño, de ser eficientes, para la sostenibilidad. Y luego creo que tenemos también un compromiso ético con las generaciones futuras de profesionales y pacientes. Ya no es sólo el aquí y el ahora, sino pensar que tenemos que dejar una profesión mejor, a los que vienen y necesitan ser cuidados”. Farmacéutica AP



Teniendo en cuenta que la propiedad de los datos clínicos es de la persona y la obligatoriedad del cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos, el Nuevo Modelo Asistencial apuesta por que sea la propia persona la que autorice el acceso y tratamiento de sus datos a los equipos profesionales que le prestan cuidados.



Legislación sobre protección de datos personales

“Indudablemente hay que cumplir siempre con la Ley de Protección de Datos. Eso es fundamental. Los datos clínicos de un paciente son suyos. La historia clínica del paciente es suya, no es del médico, no es del hospital, no es mía. El paciente tiene que autorizar a que sus datos sean consultados y tratados. Y evidentemente, no todos los datos de la historia clínica tienen que llegar a todos los niveles. El paciente debería autorizar qué quiere que vea el farmacéutico, qué quiere que vea el médico de atención primaria, qué quiere que vea su cirujano, o los médicos de especializada, ¿no? Y eso es fundamental cumplirlo”. Farmacéutica

Confidencialidad de la información

“Ciertamente entiendo que un profesional farmacéutico que está sujeto a la misma confidencialidad de tratamiento de datos que nosotros, pues va a actuar con responsabilidad y no difunde nada. Además, es obvio que, por los propios tratamientos, ellos pueden deducir la patología. Entonces tampoco creo que el poder ver una ficha corta del paciente con patologías relevantes vaya a suponer ningún cambio en esta protección de datos”. Médica



Propiedad de los datos de la historia clínica

“Yo creo que los datos de una historia clínica le pertenecen al paciente, no pertenecen al médico, no pertenecen al servicio público, sino al paciente. Y él debe ser el agente que tutele ese acceso a datos con una correcta información. ¿Por qué no puede él, si lo considera necesario, permitir al farmacéutico acceder a sus datos? En salud, parece que tendemos a hacer todavía un poquito paternalista y a pensar que el paciente no va a saber manejar sus datos... ¿No maneja sus datos bancarios? Pues en el mismo nivel de sensibilidad están los datos de salud. Entonces, creo que se solventaría buscando herramientas en las que el paciente como dueño de sus datos, sea quien consienta o no, quien tiene que tener acceso a su historia clínica”. Médica

Consentimiento informado

“Nosotros lo hemos tenido claro desde el principio, veíamos que tenemos que solicitar el consentimiento informado para compartir esa información del paciente con el farmacéutico comunitario y así lo hicimos”. Farmacéutico hospital



Cada nuevo servicio farmacéutico conlleva cambios organizativos y de roles profesionales en la farmacia comunitaria y en atención primaria, así como la necesidad de incorporar las soluciones tecnológicas de soporte a la práctica habitual, por lo que se requiere formación, entrenamiento y tiempo.

• CAPÍTULO 7 •

TIC-KET DE IDA Y VUELTA

Eduardo Hidalgo Fort, Fernando Muñoz Chavero, Sandra Pinzón Pulido,
Ingrid Ferrer López, António Brito Pina, Javier López Narbona.

LA SOLUCIÓN TECNOLÓGICA

El Nuevo Modelo Asistencial NUMA puso de manifiesto la necesidad de contar con una solución integral que diera respuesta a las necesidades de la fase experimental.

Tras el análisis de los requisitos básicos de diseño, se optó por un sistema de información centralizado que garantizara el cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos y permitiera la comunicación entre todos los actores vinculados al proceso asistencial.

Se diseñó una interfaz que integrara a personas usuarias y profesionales en un único marco y habilitara un canal de comunicación directo entre todas ellas, garantizando el almacenamiento seguro y centralizado de la información, evitando duplicidades y errores.

La solución dispuso además de una aplicación móvil que permitiera a las personas mayores registrar los datos de las biomedidas tomadas en sus propios domicilios, siguiendo las indicaciones de profesionales de enfermería de atención primaria, con el refuerzo de la farmacia comunitaria. En esta misma aplicación, se respondía a los test de calidad de vida, utilidad y satisfacción con los servicios.

Probada la utilidad de la solución tecnológica en la fase experimental, el futuro del Nuevo Modelo Asistencial NUMA depende en gran medida de la integración de esta solución en el sistema de información del Servicio Andaluz de Salud o del desarrollo de una solución propia que cumpla con estos requisitos.

ANTECEDENTES TECNOLÓGICOS

Para poder entender la solución tecnológica diseñada para NUMA es necesario tomar perspectiva de tres ramas tecnológicas que han evolucionado significativamente en este tiempo: la arquitectura de los modelos, el tipo de comunicación, y los sensores.



La arquitectura de los modelos

Arquitectura tradicional

La tendencia histórica ha sido utilizar sistemas centralizados en los que existe un punto/nodo central al que se conectan los demás, que se encarga de realizar todos los cálculos y procesamiento necesarios. Esto requiere máquinas especializadas de alto rendimiento y de protocolos de comunicación específicos.



Arquitectura actual



La tendencia actual se inclina por el desarrollo de sistemas distribuidos, en los que ordenadores y dispositivos móviles como teléfonos y tablets realizan parte del procesamiento y utilizan protocolos de comunicación ya existentes, como Internet o las redes sociales.

Con esta arquitectura se hace posible que todos los actores involucrados en Numa (personas mayores, profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria) compartan la misma plataforma, minimizando la cantidad de información y optimizando el rendimiento global de los servicios ofrecidos.



El tipo de comunicación

Internet de las Cosas - IoT

Partiendo de redes estrictamente cableadas, han aparecido nuevas tecnologías y protocolos que permiten comunicaciones inalámbricas como WiFi o WiMaX, hasta llegar a las comunicaciones que permiten que distintos dispositivos hablen entre ellos sin necesidad de una máquina central que los coordine.



Los sensores

En los últimos años se ha experimentado una evolución muy importante en lo que a tamaño y funcionalidad se refiere. Los sensores han pasado de ser dispositivos grandes, cableados y que necesitaban intervención humana, a convertirse en sensores pequeños, autónomos, automáticos e inalámbricos.

CARACTERÍSTICAS DE LA TECNOLOGÍA ACTUAL



Acceso global y descentralizado a la información

Gracias a las capacidades de las tecnologías actuales se puede lograr que la información sanitaria esté disponible en tiempo real en el lugar donde se necesita. Por ejemplo:



- Realizar el cribado de fragilidad en una farmacia y que automáticamente esté disponible en el centro de salud.
- Revisar la medicación y comunicar automáticamente las incidencias al prescriptor.
- Tener disponible la información sanitaria en una “carpeta de salud”

personal y permitir el acceso a profesionales de otros sistemas sanitarios en el espacio transfronterizo.



Monitorización a distancia



La tecnología actual permite establecer un control a distancia de enfermedades crónicas, además de facilitar la vida a otras personas que puedan tener problemas de movilidad o estén en un entorno restrictivo como el que originó la pandemia COVID-19, favoreciendo el empoderamiento de las personas para el autocuidado de su salud.

SOLUCIÓN DESARROLLADA



Diseño colaborativo

Para lograr que las soluciones tecnológicas sean utilizadas, es necesario contar con las personas destinatarias desde las fases iniciales del diseño hasta la solución final. Las técnicas de diseño cooperativo permiten a los desarrolladores:

- comprender las necesidades de las personas usuarias y profesionales,
- convertirlas en requerimientos tecnológicos e idear los prototipos,
- probar una y otra vez, hasta alcanzar soluciones que sean adoptadas por los públicos destinatarios.



Recursos tecnológicos utilizados

La solución desarrollada se configura sobre 4 equipos:

Armario



Denominado por las personas mayores como “el kiosko”, el armario dispone de biosensores y una tablet de control que se instala en la farmacia para los servicios farmacéuticos de:

- cribado de fragilidad y riesgo de caídas,
- toma de constantes y refuerzo terapéutico.

Los demás servicios farmacéuticos no requieren de este dispositivo.

SIMA



Es el servidor de alojamiento de datos y servicios web que funciona como nexo de unión entre profesionales de farmacia comunitaria y atención primaria, tanto a nivel nacional como internacional, dando un servicio transfronterizo, tanto a personas usuarias como pacientes.

Ofrece el servicio de mensajería entre profesionales y un sistema modular escalable que permite la integración de nuevos servicios, tales como la carpeta de salud compartida o icloud.

Ordenadores y tablets



Para acceder a SIMA tanto en las farmacias como en los centros de salud, españoles o portugueses, en el marco de este proyecto. Desde cualquier país en un marco globalizado.

Aplicación móvil



A través de la cual las personas que reciben los servicios tienen acceso a su información y a la comunicación con los equipos profesionales de referencia, de forma globalizada.



Biosensores

Los biosensores incluidos en la solución tecnológica responden a las necesidades identificadas en la fase de diseño. Forman parte del equipamiento del armario junto a la tablet, desde la que se controla inalámbricamente los biosensores, la cual se encarga de recoger las medidas tomadas y enviarlas al servidor para su almacenamiento.

Biomedidas

Las biomedidas seleccionadas fueron:

- Para el control general:

- » Temperatura.
- » Peso.
- » IMC. Índice de Masa Corporal.



- Para el control de la hipertensión arterial:

- » Frecuencia cardíaca.
- » Presión arterial.



- Para el control de la diabetes:

- » Hemoglobina glicosilada.
- » Glucemia basal.
- » Glucemia postprandial.



- Para el control de EPOC:

- » Cooximetría.
- » Saturación de oxígeno.





Test

Los test incluidos fueron:

Para la valoración de la fragilidad y el riesgo de caídas

- Test de Velocidad de la Marcha.
- Cuestionario de Riesgo de Caídas.
- Índice de Barthel.
- Criterios STOPP-START.

Para la valoración de la efectividad del servicio

- Test de calidad de vida EuroQol (EQ-5D-5L).
- Test de utilidad de los servicios.
- Test de satisfacción con los servicios.



La comunicación profesional

- Farmacia comunitaria y atención primaria se conectan a SIMA para compartir la información de la persona que puede ser de utilidad en su proceso asistencial.
- La información de la persona se encuentra anonimizada, siendo la tarjeta sanitaria y el propio consentimiento de la persona las que dan la clave para el acceso a ésta.
- El acceso se realiza desde el navegador web de cualquier ordenador conectado a la red NUMA.
- El intercambio de la información de la persona se realiza desde la base de datos de SIMA actualmente, sin embargo, están previstos los mecanismos suficientes para incorporar una “carpeta de salud” o soluciones icloud que permiten gestionar su información en el espacio transfronterizo.

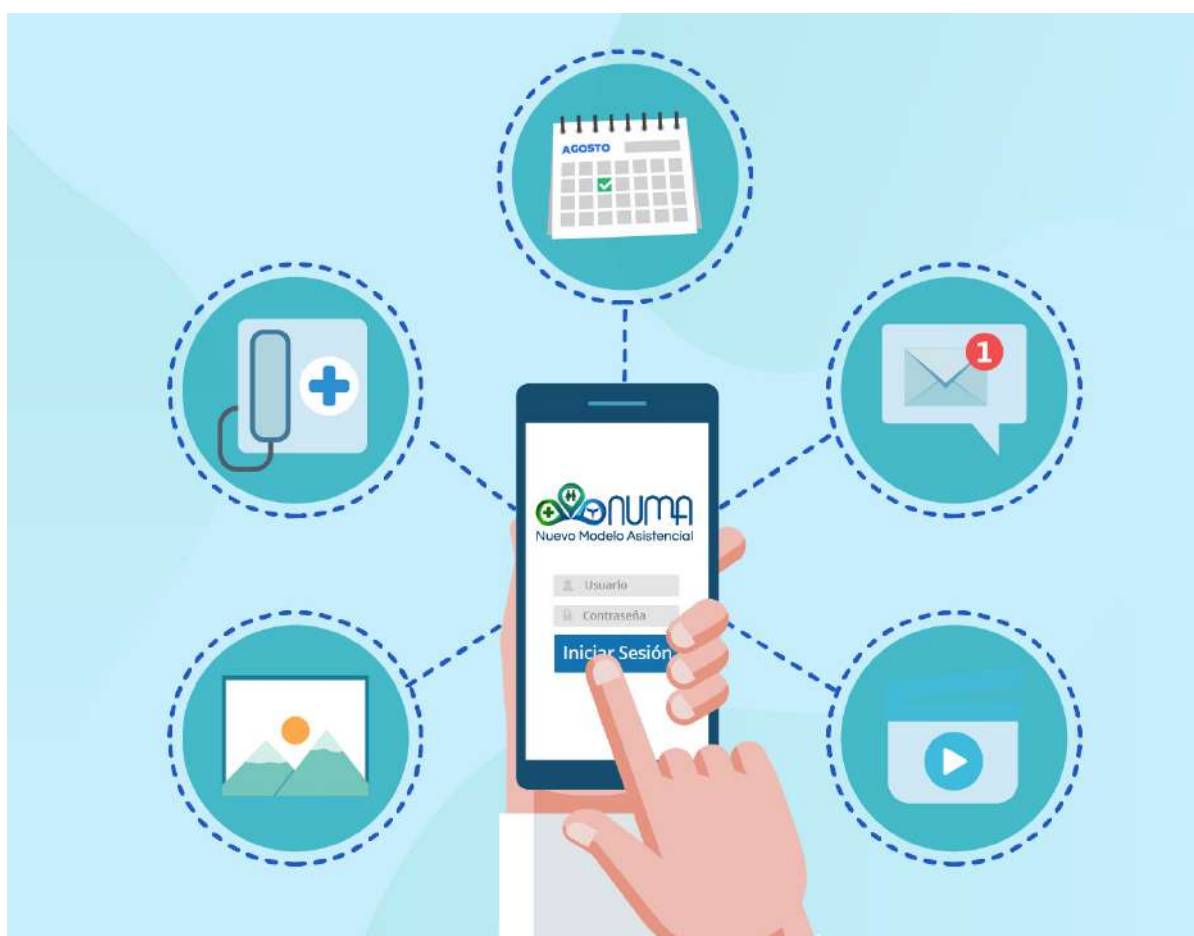


La comunicación con las personas

La aplicación disponible para dispositivos móviles:

Ha dado acceso a las personas usuarias a:

- Su información personal.
- El registro de biomedidas en casa, previo entrenamiento para la correcta toma y registro
- Un calendario de citas de control en la farmacia.
- Contenidos multimedia para el refuerzo terapéutico.
- Ha facilitado la comunicación de la persona con sus referentes sanitarios, tanto en marco nacional como internacional.



EN LA FASE EXPERIMENTAL DE NUMA

El despliegue se llevó a cabo en:

- Las oficinas de farmacia adscritas al piloto NUMA
- Los centros de salud de referencia de cada farmacia.



Instalación

Instalación en las oficinas de farmacia

El proceso de instalación se compuso de:

- El transporte y montaje del armario incluyendo elementos periféricos como:
 - » Tablet.
 - » Instalación eléctrica.
 - » Brazo para la toma de tensión arterial.
- La colocación de tablet, biosensores y vinilos informativos.
- Comprobación de la funcionalidad de cada elemento.
- Puesta en servicio del equipo completo.

Instalación en los centros de salud

El proceso de instalación en este caso requirió de 2 elementos principales:

- La coordinación con los equipos profesionales involucrados.
- La gestión del acceso de los equipos al servidor SIMA.



Comprobación de acceso a internet

Si bien el acceso desde los ordenadores en las oficinas de farmacia estaba garantizado, los ordenadores de los centros de salud podían no contar con el acceso requerido, por lo que fue necesario realizar la configuración de red adecuada.

Adicionalmente, se dotó a cada centro de salud con 2 tablets destinadas a profesionales de referencia, quienes podían garantizar la comunicación con la oficina de farmacia, y la integración de los nuevos servicios en la práctica habitual de los propios centros.



Entrenamiento

Aunque la solución diseñada incorporó las necesidades y requisitos funcionales de las personas usuarias, previo a la puesta en funcionamiento, se llevó a cabo un entrenamiento práctico para garantizar su correcta utilización por parte de profesionales de medicina, enfermería y farmacia adscritos a NUMA.



Recursos de apoyo a la implantación

Se diseñaron y pusieron a disposición de las personas usuarias materiales de formación y refuerzo para facilitar el uso de estas herramientas de forma correcta.

- **Preguntas frecuentes - FAQs**

Un listado que incluye las dudas más comunes sobre el uso de la plataforma y sus respuestas.

- **Videotutoriales**

Videos sobre los usos más comunes de la plataforma.

- **Canales de soporte**

Sección de contacto con el área de soporte a través de correo electrónico y teléfono.

EN LA FASE DE IMPLANTACIÓN DE NUMA

Pasar del estudio experimental a la implantación paulatina de NUMA en las 3.961 oficinas de farmacia y 1.516 centros de salud y consultorios distribuidos por todo el territorio de Andalucía requiere el desarrollo de la solución tecnológica integrada o interoperable con los sistemas de información corporativos del Servicio Andaluz de Salud.

El despliegue sería totalmente análogo en la zona del Algarve portugués.



La solución tecnológica

Deberá incluir:

Módulo de toma de constantes

Compartido entre profesionales de farmacia comunitaria y atención primaria, que garantice la seguridad y la fiabilidad de la información registrada.

Módulo de formularios

Para la aplicación de los test de cribado y valoración compartida con el conjunto de profesionales de medicina, enfermería y farmacia.

Módulo de comunicación

Que permita la comunicación ágil y efectiva entre profesionales de medicina, enfermería y farmacia de atención primaria y farmacia comunitaria. El módulo de comunicación es global y transfronterizo y garantiza la interconexión de territorios Internacionales.

Del mismo modo contempla la posibilidad del despliegue del concepto “carpeta de salud”.

Módulo de seguimiento farmacoterapéutico

Para la detección de problemas y adecuación de la prescripción farmacéutica.

Interfaz de usuario

Que presente a profesionales de farmacia y atención primaria el set completo de soluciones y casos de uso de forma unificada, intuitiva y sintetizada, con el objetivo de ofrecer un servicio integral y facilitar la adherencia a la herramienta.

Aplicación móvil

Una aplicación para dispositivo móvil:

- Preferiblemente integrada en Salud Responde y el servicio análogo portugués.
- Que permita a la persona usuaria el registro de la toma de constantes.
- Que facilite la cumplimentación de los test de calidad de vida, utilidad y satisfacción con los servicios.



Los elementos esenciales de la solución tecnológica de soporte a los servicios farmacéuticos son: comunicación bidireccional, integración en el sistema de información público, carpeta de salud que garantice la portabilidad y llave de acceso a los datos a través del consentimiento de la persona.

CAPÍTULO 8 •

RECONOCER QUE ÉSTE ES EL CAMINO

Javier López Narbona, Cecilia Escudero Espinosa,
Ingrid Ferrer López, Eduardo Hidalgo Fort, Fernando Muñoz Chavero,
Bibiana Navarro Matillas, António Brito Pina, Sandra Pinzón Pulido.

LECCIONES APRENDIDAS

La puesta en común de las experiencias previas y la fase experimental del Nuevo Modelo Asistencial NUMA han generado una serie de aprendizajes de gran utilidad para avanzar en su implantación en Andalucía y Algarve.

Las lecciones aprendidas son:

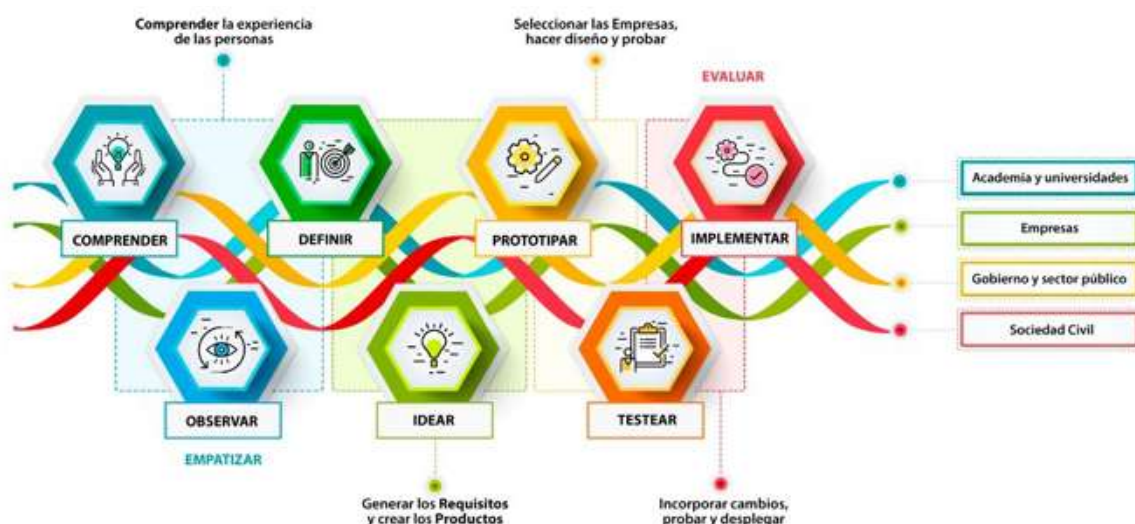
- 1** El diseño de los nuevos servicios debe ser compartido con todos los agentes implicados.
- 2** Farmacia de atención primaria es una figura clave en Andalucía que actúa como puente entre los distintos actores y favorece la implantación de los nuevos servicios.
- 3** Los equipos profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria requieren espacios de encuentro estables para establecer los procesos de atención compartida.
- 4** La solución tecnológica debe estar integrada en los sistemas de información corporativos y garantizar la comunicación bidireccional y orientada al empoderamiento de las personas en el autocuidado y la autogestión de sus condiciones de salud.
- 5** La implantación de los nuevos servicios en Andalucía requiere un desarrollo normativo que fije el modelo de funcionamiento y financiación.

LECCIÓN 1. DISEÑO COOPERATIVO

Aplicando el enfoque de la Cuádruple Hélice que establece la Estrategia Europea para la Innovación en Envejecimiento Activo y Saludable, en el diseño de los servicios que se incorporan a la farmacia comunitaria participan activamente todos los agentes involucrados:

- Administración pública, a través de profesionales de medicina, enfermería y farmacia de atención primaria, gestores y responsables de los sistemas de información.
- Sociedad civil a través de las personas mayores y destinatarias de los nuevos servicios.
- Sector privado, a través de profesionales de farmacia comunitaria, empresas de desarrollo tecnológico y medios de comunicación.
- Academia y universidad que pongan en marcha los estudios experimentales de los nuevos servicios y desarrollos tecnológicos.

El diseño de los servicios debe asegurar la participación de estos actores durante todas las fases del diseño, hasta conseguir servicios que den respuesta a las necesidades, expectativas y preferencias de las personas destinatarias.



Fuente: Padial M, Pinzón S, Navarro B, San Juan P, Ruiz J, Espinosa JM. Implantación efectiva del Modelo de Innovación en Cuádruple Hélice para el envejecimiento activo y saludable. Gaceta Sanitaria. GacSanit.2019;33(5):491–494.

LECCIÓN 2. UNA FIGURA PROFESIONAL CLAVE



Durante el desarrollo del estudio experimental surgió una figura clave para la implantación del Nuevo Modelo Asistencial NUMA representada por profesionales de farmacia de atención primaria.



Competencias profesionales

Esta figura promueve la toma de decisiones compartidas y actúa como un enlace natural entre profesionales de atención primaria, farmacia hospitalaria y farmacia comunitaria.

Contribuye a la implantación del Nuevo Modelo Asistencial con actuaciones:

En relación con las personas usuarias

- Con el diseño de los circuitos asistenciales de forma que se facilite la toma de decisiones terapéuticas compartidas.
- Garantizando el derecho a la intimidad y privacidad de la persona en el diseño de procedimientos de anonimización y acceso a datos clínicos.
- Favoreciendo la accesibilidad al medicamento con el diseño de los nuevos casos de uso durante la pandemia por COVID-19.
- Promoviendo el empoderamiento de la persona mayor para la autogestión de la medicación a través del diseño de los nuevos servicios.

En promoción y prevención

- Diseñando los recursos de apoyo para el refuerzo terapéutico a impartir en farmacia comunitaria.
- Diseñando los procedimientos de revisión de la medicación para prevención de fragilidad y riesgo de caídas.
- Evitando eventos adversos y aumentar la seguridad, a través del diseño de los nuevos servicios de detección de errores e incidencias en relación con el medicamento.

En los procesos asistenciales

- Favoreciendo la continuidad de la atención farmacoterapéutica a través de los nuevos servicios farmacéuticos integrados en procesos asistenciales de atención primaria.
- Garantizando una atención sanitaria integral sirviendo de enlace entre profesionales de medicina, enfermería y farmacia.

En la innovación organizativa

- Actuando como enlace permanente entre equipos profesionales de distintos ámbitos (atención primaria, hospitalaria, comunitaria) y disciplinas (medicina, enfermería, farmacia)
- Mejorando los resultados en salud de la población a través del Nuevo Modelo Asistencial.
- Formando y asesorando a los equipos profesionales para la implantación de los nuevos servicios.
- Generando evidencia científica sobre la efectividad de los servicios probados de forma experimental.



Cartera de servicio profesionales

Farmacia de atención primaria dispone de un amplio abanico de servicios que han contribuido al diseño y desarrollo del proyecto experimental y que resultan imprescindibles para avanzar en la implantación del Nuevo Modelo Asistencial, actuando como:

- Referente en el uso de medicamentos para el equipo de atención primaria, para la población y para el resto de servicios asistenciales farmacéuticos.
- Profesional de farmacia clínica, formando parte del equipo asistencial, como experto en la gestión del medicamento para pacientes y profesionales sanitarios.
- Referente de la continuidad de la atención, como:
 - » Enlace en los tránsitos entre los diferentes ámbitos asistenciales.
 - » Enlace con farmacia comunitaria.
 - » Referente en la gestión del medicamento en ámbito socio-sanitario.



LECCIÓN 3. ESPACIOS DE ENCUENTRO



La implantación de una innovación organizativa y tecnológica como la que propone el Nuevo Modelo Asistencial NUMA requiere:

- Consolidar espacios de encuentro para trabajar en protocolos, instrumentos y guías comunes a los dos ámbitos.
- Establecer sesiones clínicas conjuntas para el consenso sobre el abordaje farmacoterapéutico en personas con pluripatología y polimedicación.
- Formar a profesionales de farmacia comunitaria para la acreditación de las competencias necesarias para la prestación de los servicios farmacéuticos.
- Consolidar los canales de comunicación bidireccional.
- Disponer de personal de apoyo en atención primaria y en farmacia comunitaria hasta que se supere la curva de aprendizaje y el sistema de información esté completamente integrado en las rutinas asistenciales habituales.

LECCIÓN 4. UNA SOLUCIÓN TECNOLÓGICA INTEGRADA Y PORTABLE

La solución tecnológica que de soporte a la implantación del Nuevo Modelo Asistencial deberá incluir:

Un módulo de comunicación entre profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria bajo el enfoque de la onmicanalidad que:

- Mejore la gestión compartida de la información.
- Se traduzca en herramienta de ayuda a la toma de decisiones.
- Cree espacios de aprendizaje y mejora continua de la atención.

Un módulo de seguimiento farmacoterapéutico para el seguimiento y la adecuación de la prescripción farmacéutica.

Módulos específicos para cada servicio: para el cribado de fragilidad, el seguimiento de constantes, el refuerzo terapéutico y cada uno de los servicios que se pongan en marcha en el futuro.

Una interfaz de usuario que presente a profesionales de farmacia comunitaria y atención primaria el set completo de soluciones y casos de uso de forma unificada, intuitiva y sintetizada, con el objetivo de ofrecer un servicio integral y facilitar la adherencia a la herramienta.

Una aplicación móvil que facilite la comunicación con la persona mayor y el registro de datos que contribuyan al autocuidado y la autogestión de las condiciones de salud y de la medicación.

Una carpeta de salud, como solución especialmente útil en el espacio transfronterizo, donde la persona disponga de informes médicos y de enfermería, resultados de analíticas y pruebas complementarias de atención primaria, registro de constantes y vacunas, así como recomendaciones sobre educación para la salud y refuerzo terapéutico.

LECCIÓN 5. DESARROLLO DEL MARCO NORMATIVO



Tomando como modelo la regulación vigente en Portugal, Andalucía necesita avanzar en la normativa y los convenios entre la Administración pública y las farmacias comunitarias que den soporte al modelo asistencial desarrollado y probado mediante los proyectos piloto previos.

El desarrollo normativo permitirá a Andalucía la incorporación ágil de nuevos servicios en la farmacia comunitaria, de la misma forma que ha permitido a Portugal generalizar los servicios farmacéuticos esenciales para la población durante la pandemia por COVID-19.

El marco normativo deberá contener al menos:

- La autorización de servicios en la farmacia comunitaria de apoyo a los procesos asistenciales de atención primaria con:
 - » Cribados.
 - » Detección de problemas y adecuación de la prescripción farmacéutica.
 - » Alertas ante signos y síntomas de inestabilidad para su derivación al equipo de salud.
 - » Refuerzo del consejo y las recomendaciones que se dan en atención primaria.

- Los requisitos mínimos de diseño de nuevos servicios con la participación de profesionales de medicina, enfermería y farmacia y las personas destinatarias de los nuevos servicios.
- La cartera inicial de servicios farmacéuticos que han demostrado su efectividad en la mejora de la salud, la calidad de vida y el bienestar de la población.
- La evaluación de la efectividad de nuevos servicios con carácter previo a su puesta en marcha.
- Las competencias profesionales que deben ser acreditadas para la prestación de los servicios.
- Los requisitos estructurales y organizativos exigibles para la prestación de los servicios en la farmacia comunitaria.
- Los requisitos funcionales y de protección de datos personales que debe cumplir la solución tecnológica que dé soporte a los servicios autorizados.
- La determinación de la omnicanalidad como requisito para establecer los canales y mecanismos de comunicación bidireccional entre los agentes involucrados.



Para hacer realidad la integración de farmacia comunitaria en los procesos asistenciales es necesario el diseño compartido de los servicios, la participación de farmacia de atención primaria; espacios de encuentro profesional estables; una solución tecnológica integrada en el sistema de información corporativo; y, un desarrollo normativo que fije el modelo de funcionamiento y financiación.

EPÍLOGO

"Innovación disruptiva" o "cambio de modelo de negocio" no son términos de uso frecuente en el marco de los sistemas públicos de salud. Son características propias del tejido industrial, especialmente del sector de las nuevas tecnologías, las más vanguardistas. Y suelen venir acompañadas de términos como *"generación de riqueza"* y *"desarrollo del tejido productivo"*.

En la pasada estrategia europea para la innovación, RIS3, se buscaban espacios de alta especialización, muy competitivos, que estuvieran orientados a la sostenibilidad y que colocaran a la Unión Europea en las primeras posiciones del mercado internacional.

Sin embargo, la realidad de los últimos años ha estado marcada por la profunda crisis social, económica y política que comenzó en 2008 y la actual crisis sanitaria generada por la COVID-19. En este mundo globalizado, salud y economía han demostrado su interdependencia.

Y, ¿qué tiene que ver NUMA con este escenario?

NUMA, más allá de ser un proyecto del marco de financiación INTERREG, concretamente POCTEP, ha sido la gran apuesta de innovación organizativa liderada por el hermanamiento transfronterizo luso-andaluz. Fue la semilla que se plantó en el caldo de cultivo de dos regiones que venían trabajando bajo el prisma de la innovación colaborativa. Que aprovechó los nuevos desarrollos competenciales de las profesiones sanitarias y no sanitarias que trabajan para mejorar la atención sanitaria a una población altamente envejecida. Incorporando soluciones tecnológicas que hacen posible la telemedicina, bajo un modelo inclusivo, que no puede renunciar a incorporar a toda la población en la sostenibilidad de los sistemas de salud, salvaguardia de los derechos conquistados e impulsora del desarrollo económico.

Y, ¿esto es posible con NUMA?

Así es. Como dijo uno de los gestores a los que se presentó el proyecto ya en su fase de pilotaje, *"esto plantea tocar todos los cimientos de nuestra organización"*. NUMA presenta un cambio de modelo de negocio, entendiendo éste como la forma en la que se realiza la atención sanitaria, aprovechando de forma óptima a todos los equipos profesionales, de dentro y de fuera del sistema sanitario público, incorporando todas las innovaciones tecnológicas y organizativas.

Quizás NUMA no es solo el acrónimo de Nuevo Modelo Asistencial, quizás tenga mucho del adjetivo numantino o beba de características y virtudes de Numa Pompilio, conocido rey de Roma. O quizás sea aún más actual y se acerque a la alta cocina, partiendo de los mejores ingredientes y el mejor conocimiento y capacidad para tener éxito. O quizás, una vez leído este libro blanco, coincidamos en que NUMA es una innovación organizativa, en algunos aspectos disruptiva, pero, sobre todo, es una propuesta de reforma vital de nuestro sistema de salud.

Francisco Javier López Narbona

Jefe de Servicio de Innovación

Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación

Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía

BIBLIOGRAFÍA

1. Bugnon O, Hugentobler-Hampaï D, Berger J, Schneider MP. New roles for community pharmacists in modern health care systems: a challenge for pharmacy education and research. *Chimia (Aarau)*. 2012;66(5):304-7. doi: 10.2533/chimia.2012.304. PMID: 22867541.
2. Mossialos E, Courtin E, Naci H, Benrimoj S, Bouvy M, Farris K, et al. From “retailers” to health care providers: Transforming the role of community pharmacists in chronic disease management. *Health Policy*. 2015; 119(5): 628-639.
3. Foro AF-FC. Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales: definición y clasificación. Sexto comunicado FORO AF-FC. *Panorama Actual del Medicamento*. 2016; 40(395): 709-711
4. Hoti K, Sunderland B, Hughes J, Parsons R. An evaluation of Australian pharmacist's attitudes on expanding their prescribing role. *Pharm World Sci*. 2010;32(5):610-21.
5. Rigby D. Collaboration between doctors and pharmacists in the community. *Aust Prescr* 2010;33:191-3. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2010.088>.
6. Lenaghan E, Holland R, Brooks A. Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care—the POLYMED randomised controlled trial. *Age and Ageing*. 2007;36(3):292-7.
7. Roughead EE, Barratt JD, Ramsay E, Pratt N, Ryan P, Peck R, et al. The Effectiveness of Collaborative Medicine Reviews in Delaying Time to Next Hospitalization for Patients With Heart Failure in the Practice Setting: Results of a Cohort Study. *Circulation: Heart Failure*. 2009;2(5):424-8.

8. Castelino RL, Bajorek BV, Chen TF. Retrospective evaluation of home medicines review by pharmacists in older Australian patients using the medication appropriateness index. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2010;44(12):1922-9.
9. Law MR, Ma T, Fisher J, Sketris IS. Independent pharmacist prescribing in Canada. *Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada*. 2012;145(1):17-24
10. Foppe van Mille JW, Schulz M, Tromp TFJD. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharmacy World and Science*. 2004;26(6):303-11
11. Richardson E, Pollock AM. Community pharmacy: moving from dispensing to diagnosis and treatment. *British Medical Journal*. 2010, 11;340:c2298. doi: 10.1136/bmj.c2298. PMID: 20460333.
12. Chisholm-Burns M, Lee JK, Spivey C, Slack M, Herrier R, Hall-Lipsy E, et al. US Pharmacists' Effects as Team Members on Patient Care: Systematic Review and Meta-Analyses. *Medical care*. 2010;48:923-33.
13. American College of Clinical P, Hammond RW, Schwartz AH, Campbell MJ, Remington TL, Chuck S, et al. Collaborative Drug Therapy Management by Pharmacists—2003. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*. 2003;23(9):1210-25.
14. Tsuyuki RT, MacCallum L. Delivering on our potential: Pharmacists and diabetes care / Déployer notre potentiel: Les pharmaciens et le traitement du diabète. *Can Pharm J (Ott)*. 2015 Jan;148(1):5-8. doi: 10.1177/1715163514562744. PMID: 26759556; PMCID: PMC4294812.
15. de Barra M, Scott CL, Scott NW, Johnston M, de Bruin M, Nkansah N, et al. Pharmacist services for non-hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 2018;(9). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013102>.

16. Tan ECK, Stewart K, Elliott RA, George J. Pharmacist services provided in general practice clinics: a systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm*. 2014;10(4):608–22.
17. Jokanovic N, Tan EC, Sudhakaran S, Kirkpatrick CM, Dooley MJ, Ryan-Atwood TE, et al. Pharmacist-led medication review in community settings: An overview of systematic reviews. *Res Social Adm Pharm*. 2017;13(4):661–85.
18. Hartnell NR, MacKinnon NJ, Sketris IS, Gass D. The roles of community pharmacists in managing patients with diabetes: perceptions of health care professionals in Nova Scotia. *Canadian Pharmacists Journal*. 2005;138(6):46-53.
19. Dineen-Griffin S, Benrimoj SI, Garcia-Cardenas V. Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Australia. *Pharm Pract (Granada)*. 2020 Apr-Jun;18(2):1967. doi: 10.18549/PharmPract.2020.2.1967. Epub 2020 May 15. PMID: 32477437; PMCID: PMC7243858.
20. Gheewala PA, Peterson GM, Zaidi STR, Jose MD, Castelino RL. Patient satisfaction with a chronic kidney disease risk assessment service in community pharmacies. *Int J Clin Pharm*. 2018 Apr;40(2):458-463. doi: 10.1007/s11096-018-0603-2. Epub 2018 Feb 13. PMID: 29442280.
21. NHS Scotland. The NHS Chronic Medication Service at your local pharmacy. Scottish Government, 2011.
22. NHS Scotland. Chronic Medication Service. Toolkit for Community Pharmacy. Scottish Government, 2012.
23. Alzubaidi HT, Chandir S, Hasan S, et al. Diabetes and cardiovascular disease risk screening model in community pharmacies in a developing primary healthcare system: a feasibility study. *BMJ Open* 2019;9:e031246. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031246

24. Khalil H, Kynoch K, Hines S. Interventions to ensure medication safety in acute care: an umbrella review. *Int J Evid Based Healthc.* 2020;18(2):188–211.
25. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2006;166(9):955–64.
26. Richardson TE, O'Reilly CL, Chen TF. A comprehensive review of the impact of clinical pharmacy services on patient outcomes in mental health. *Int J Clin Pharm.* 2014;36(2):222–32.
27. Ulley J, Harrop D, Ali A, Alton S, Fowler Davis S. Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):15.
28. Loganathan M, Singh S, Franklin BD, Bottle A, Majeed A. Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review. *Age Ageing.* 2011;40(2):150–62.
29. Mazhar F, Ahmed Y, Haider N, Al Ghamdi F. Community pharmacist and primary care physician collaboration: The missing connection in pharmaceutical care. *Journal of Taibah University Medical Sciences.* 2017; 12(33): 273-275. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2016.06.008>.
30. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm.* 2018;59:251–258.
31. Martin-Ruiz E, Olry-de-Labry-Lima A, Ocana-Riola R, Epstein D. Systematic Review of the Effect of Adherence to Statin Treatment on Critical Cardiovascular Events and Mortality in Primary Prevention. *J Cardiovasc Pharmacol Ther.* 2018;23(3):200–15.

32. Aznar-Lou I, Fernández A, Gil-Girbau M, Fajó-Pascual M, Moreno-Peral P, Peñarrubia-María MT, et al. Initial medication non-adherence: prevalence and predictive factors in a cohort of 1.6 million primary care patients. *Br J Clin Pharmacol*. 2017;83(6):1328–40.
33. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014;(11). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub4>.
34. Elliott RA, Boyd MJ, Tanajewski L, Barber N, Gkountouras G, Avery AJ, et al. 'New Medicine Service': supporting adherence in people starting a new medication for a long-term condition: 26-week follow-up of a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Qual Saf*. 2019;29:286–95.
35. Boyd M, Waring J, Barber N, Mehta R, Chuter A, Avery AJ, et al. Protocol for the New Medicine Service Study: a randomized controlled trial and economic evaluation with qualitative appraisal comparing the effectiveness and cost effectiveness of the New Medicine Service in community pharmacies in England. *Trials*. 2013;14:411.
36. Elliott RA, Boyd MJ, Tanajewski L, Barber N, Gkountouras G, Avery AJ, et al. "New Medicine Service": supporting adherence in people starting a new medication for a long-term condition: 26-week follow-up of a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Qual Saf*. 2020;29(4):286–95.
37. Elliott RA, Lee CY. Poor uptake of interdisciplinary medicine reviews for older people is a barrier to deprescribing. *BMJ*. 2016;353.

38. Fraeyman J, Foulon V, Mehuys E, Boussery K, Saevels J, De Vriese C, et al. Evaluating the implementation fidelity of New Medicines Service for asthma patients in community pharmacies in Belgium. *Res Social Adm Pharm*. 2017;13(1):98–108.
39. Shaw J, Harrison J, Harrison J. A community pharmacist-led anticoagulation management service: attitudes towards a new collaborative model of care in New Zealand. *Int J Pharm Pract*. 2014 Dec;22(6):397-406. doi: 10.1111/ijpp.12097. Epub 2014 Feb 24. PMID: 24612135.
40. Iversen L, Mollison J and MacLeod TNN. Attitudes of the general public to the expanding role of community pharmacists: a pilot study. *Family Practice* 2001; 18: 534–536.
41. Gidman W, Cowley J. A qualitative exploration of opinions on the community pharmacists' role amongst the general public in Scotland. *Int J Pharm Pract*. 2013 Oct;21(5):288-96. doi: 10.1111/ijpp.12008. Epub 2012 Nov 22. PMID: 23418884.
42. Kember, Joanne, Hodson, Karen and James, Delyth H. 2018. The public's perception of the role of community pharmacists in Wales. *International Journal of Pharmacy Practice* 26 (2) , pp. 120-128. 10.1111/ijpp.12375 file.
43. Azmi S, Nazri N, Azmi AH. Extending the roles of community pharmacists: views from general medical practitioners. *Med J Malaysia*. 2012 Dec;67(6):577-81. PMID: 23770948.
44. Dobson RT, Henry CJ, Taylor JG, Zello GA, Lachaine J, Forbes DA, Keegan DL. Interprofessional health care teams: attitudes and environmental factors associated with participation by community pharmacists. *J Interprof Care*. 2006 Mar;20(2):119-32. doi: 10.1080/13561820600614031. PMID: 16608715.
45. Guénette, L, Maheu, A, Vanier, M-C, Dugré, N, Rouleau, L, Lalonde, L. Pharmacists practising in family medicine groups: What are their activities and needs? *J Clin Pharm Ther*. 2020; 45: 105– 114. <https://doi.org/10.1111/jcpt.13035>

46. Babiker AH, Carson L, Awaisu A. Medication use review in Qatar: are community pharmacists prepared for the extended professional role? *Int J Clin Pharm*. 2014 Dec;36(6):1241-50. doi: 10.1007/s11096-014-0025-8. Epub 2014 Oct 8. PMID: 25293711.
47. Löffler C, Koudmani C, Böhmer F, Paschka SD, Höck J, Drewelow E, Stremme M, Stahlhacke B, Altiner A. Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists - a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2017 Mar 21;17(1):224. doi: 10.1186/s12913-017-2157-8. PMID: 28327136; PMCID: PMC5359890.
48. Moore T, Kennedy J, McCarthy S. Exploring the General Practitioner-pharmacist relationship in the community setting in Ireland. *Int J Pharm Pract*. 2014 Oct;22(5):327-34. doi: 10.1111/ijpp.12084. Epub 2014 Jan 17. PMID: 24433551.
49. Tarn DM, Paterniti DA, Wenger NS, Williams BR, Chewing BA. Older patient, physician and pharmacist perspectives about community pharmacists' roles. *Int J Pharm Pract*. 2012 Oct;20(5):285-93. doi: 10.1111/j.2042-7174.2012.00202.x. Epub 2012 Apr 11. PMID: 22953767; PMCID: PMC3442941.
50. Jové AM, Fernández A, Hughes C, Guillén-Solà M, Rovira M, Rubio-Valera M. Perceptions of collaboration between general practitioners and community pharmacists: findings from a qualitative study based in Spain. *J Interprof Care*. 2014 Jul;28(4):352-7. doi: 10.3109/13561820.2014.898621. Epub 2014 Mar 13. PMID: 24625196.

NORMATIVA

- Decreto-Lei n.º 307/2007. No uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 20/2007, de 12 de Junho, estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República n.º 168/2007, Série I de 2007-08-31. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/307/2007/08/31/p/dre/pt/html>
- Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. BOJA núm. 140, de 17/07/2007. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/140/4>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29/05/2003. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. BOE núm. 185, de 04/08/1998. <https://www.boe.es/eli/es-an/l/1998/06/15/2/con>
- Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía. BOE núm. 45, de 21 de febrero de 2008. <https://www.boe.es/eli/es-an/l/2007/12/18/22>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280, de 22/11/2003. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. BOE núm. 68, de 20 de marzo de 2007. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/19/2>
- Portaria n.º 1429/2007. Define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias. Diário da República n.º 211/2007, Série I de 2007-11-02. <https://data.dre.pt/eli/port/1429/2007/11/02/p/dre/pt/html>

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222, de 16/09/2006. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030/con>
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 177, de 25/07/2015. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/07/24/1/con>
- Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. <https://www.boe.es/boe/dias/2019/05/07/pdfs/BOE-A-2019-6761.pdf>

