

4

2015



MONOGRAFÍAS DE FARMACIA HOSPITALARIA Y DE ATENCIÓN PRIMARIA

Sumar en beneficio de la sociedad

Avalado por:



Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria

MAC-MACS-ES-0006-1 02/2021

Monografías de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria

Año 2015 Número 4



Edita:
BAYER HISPANIA, S.L.
Sociedad Unipersonal
Avda. Baix Llobregat, 3-5
08970 Sant Joan Despí (Barcelona)
C.I.F. N° B08193013

ISBN: 978-84-608-3006-1
DL B 25571-2015

Cómo citar esta obra
VV.AA. *Monografías de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria: Sumar en beneficio de la sociedad* (n° 4). Barcelona: Bayer Hispania SL, 2015.

Reservados todos los derechos. Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcial, por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, reimpresión, etc.) sin autorización expresa del editor.

Monografías de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria no es responsable de las opiniones o juicios de valor expresados por los autores.

4

MONOGRAFÍAS DE FARMACIA HOSPITALARIA Y DE ATENCIÓN PRIMARIA

SUMAR EN BENEFICIO DE LA SOCIEDAD

Número coordinado por:

José Luis Poveda Andrés

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)

Consejo editorial

Miguel Ángel Calleja Hernández

Jefe de Servicio de Farmacia. Unidad de Gestión Clínica de Farmacia Intercentros Interniveles Granada. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada

Ana Clopés Estela

Dirección Programa Política Medicamento. Institut Català d'Oncologia. Barcelona

Olga Delgado Sánchez

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Son Espases. Palma

Alicia Herrero Ambrosio

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Guadalupe Piñeiro Corrales

Jefe de Servicio de Farmacia. Area de Xestión Integrada Vigo. Vigo

José Luis Poveda Andrés

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

SUMARIO

Prólogo

Carlos Jesús Moreno Sánchez

Presentación

José Luis Poveda Andrés

Cómo funcionan las monografías

14

1. La estratificación como herramienta para avanzar en la gestión poblacional

Patricia Arratibel Ugarte

1. El reto de la sostenibilidad de los sistemas de salud
2. Tendencia en los sistemas de salud avanzados: sistemas de salud en clave de gestión poblacional
3. Nuevos procesos de gestión e innovación
4. Nuevas herramientas para gestionar la salud de las poblaciones
5. Conclusiones
6. Bibliografía



34

2. Organizaciones sanitarias integradas. Modelos de atención al paciente crónico y pluripatológico

Antonio López Andrés

1. Introducción
2. Tipos de organizaciones integradas
3. El hospitalocentrismo como peligro para las organizaciones sanitarias integradas
4. El reto de la cronicidad
5. El farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria y atención primaria en las organizaciones sanitarias integradas
6. Bibliografía



60

3. Valoración del tratamiento del paciente polimedcado

Fernando do Pazo Oubiña
Ángel García Álvarez
Jesús Martínez Sotelo
Raquel María Rodríguez Rincón

1. Introducción
2. Adecuación de la prescripción
3. Seguridad del paciente polimedcado
4. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes polimedcados
5. Conclusiones
6. Bibliografía



90

4. Qué aporta el cambio de la denominación de la especialidad al ejercicio de la profesión para el beneficio de la sociedad

Ana Isabel Rigueira García

1. Breve reseña histórica
2. Funciones del farmacéutico de hospital y del farmacéutico de atención primaria
3. Cambio de denominación de la especialidad: un cambio en el enfoque
4. Contexto del cambio
5. Bibliografía

Prólogo



Carlos Jesús Moreno Sánchez
Director General de Ordenación Profesional

El proceso de cambio que está experimentando la farmacia asistencial en España y en el resto de los países occidentales se remonta a las dos pasadas décadas, pero ha sido en los últimos años cuando esta evolución ha alcanzado un grado de repercusión profesional suficiente como para testimoniar que es ya un hecho firmemente cimentado.

En todos los procesos de cambio se generan “crisis” ante situaciones de incertidumbre; estos procesos dan pie a la discusión y ponen encima de la mesa distintas alternativas y opciones, lo que resulta, en ocasiones, complicado de articular coherentemente. El desarrollo de la nueva farmacia, orientada a las demandas del paciente que precisa fármacos, no es ajeno a la enriquecedora experiencia de conocer diversas interpretaciones a la hora de implementar un modelo que, indudablemente, debería encajar, de la mejor manera, en su entorno.

La autoridad sanitaria viene contemplando y participando activamente de las iniciativas relacionadas con el profesionalismo farmacéutico, y apoya de manera decidida el progreso de la farmacia desde todas sus perspectivas, tanto en su cercanía con el usuario y el paciente, preservando el respeto necesario por la labor clínica, como en la actitud de servicio e incorporación al equipo profesional-sanitario multidisciplinario de los nuevos profesionales farmacéuticos.

Desde el principio, la Administración ha sido consciente de los esfuerzos de estos profesionales para intervenir y contribuir a modificar la concepción actual de su ejercicio profesional, incluso compartiendo sus planteamientos, una vez suscrito el acuerdo marco de colaboración con la profesión farmacéutica en noviembre del año 2013. Todos

consideramos que se ha dado un paso adelante con el soporte que el avance científico y la voluntad política han conseguido promover. Los problemas derivados del uso de los medicamentos se consideran en algunos sectores como una patología emergente, cuya prevención y abordaje pasa por la mejora en su uso. Este enfoque ha tenido un gran impacto en la profesión farmacéutica. Y su respuesta está suponiendo la aceptación del compromiso que suponen la búsqueda y el hallazgo de soluciones, de manera cooperativa, integrando su prestación en la atención pluridisciplinaria y teniendo presente el principio ético de beneficencia.

El gran dinamismo y los avances conseguidos por esta profesión han implicado que determinados entornos asistenciales se hayan adaptado conforme a sus posibilidades, lo cual, siendo favorable, ha producido una sensible variabilidad en la asistencia. Esto ha sido valorado desde algunos sectores como una debilidad, al no garantizar la contribución del sector en la consecución de mejores resultados de salud en la población.

Por ello, es momento de confirmar la necesidad de buscar un nuevo paradigma profesional, precisándose un enfoque más homogéneo, más sólido, que permita afrontar los retos actuales. Parece clara la necesaria participación de la profesión farmacéutica: nuevos y complejos tratamientos ante patologías complicadas y sensibles, que precisan pacientes involucrados y con formación en el autocuidado; pérdidas de efectividad por mala o mejorable adherencia; iatrogenia motivada por interacciones que pueden evitarse, o alto impacto económico de estos fármacos que determinan una prudente gestión en pro de optimizar los resultados.

Coincide además la literatura en señalar que los pacientes crónicos constituyen actualmente el 60% de las muertes y el 80% de las consultas de atención primaria, y suponen hasta el 70% del gasto sanitario, siendo su asistencia el principal reto que afrontan los sistemas de salud. Este es otro factor que exige ese cambio de paradigma.

En este contexto aparece, en agosto de 2014, el Real Decreto 639/2014 por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud, y se crean y modifican determinados títulos de especialista. Así nace, como nueva especialidad, la Farmacia hospitalaria y de atención primaria.

No debería contemplarse, en opinión de los expertos, tal transformación, que supone la aparición de esta nueva especialidad, como el resultado de un cambio de nomenclatura o un retoque cosmético. Como en otros entornos de las ciencias de la salud, este proceso evolutivo supondrá considerar al paciente como eje de la prestación asistencial. La profesión se va a ver abocada a generar ideas y a planificar su futuro de forma que su intervención no sólo pretenda producir beneficios en una parte del proceso asistencial, sino en su concepción holística, ya que aspectos como la detección precoz de los problemas de salud y su pronta atención derivarán en unos mejores resultados y en la mejora de la salud poblacional.

Así, el profesional de la farmacia puede incorporar aquellos aspectos necesarios que contribuyan a asegurar, en su ámbito de compe-

tencia profesional, otro de los grandes retos de nuestros días: la "continuidad asistencial". De esta manera se podrá afirmar que nos acercamos a la realidad de este concepto, si el profesional de farmacia se empodera e incorpora estrategias de intervención en pro de la mejora de la salud comunitaria, y no sólo en el entorno de los dispositivos asistenciales.

Sin embargo, como señalaba antes, en este proceso ha habido momentos de incertidumbre y de discusión, que aparentemente han mostrado diferencias para encontrar el camino a seguir, con vistas a la generalización de esta práctica profesional. Existe coincidencia en que esta debe orientarse más al paciente, lo que se revela aún más necesario por la encrucijada en que se ha encontrado este sector en los últimos años y como consecuencia de la crisis. Estas diferencias, tanto entre los propios farmacéuticos como en otros sectores, han estado presentes en el nacimiento de la nueva especialidad de farmacia hospitalaria y de atención primaria, a veces generando muestras de escepticismo, y a veces de desconcierto. Convencidos de que toda diferencia, lejos de ser un obstáculo, puede traducirse en un elemento enriquecedor y propio de los avatares de cualquier profesión, y coincidiendo en que muchos de los planteamientos pueden presentar grandes espacios de convergencia, la autoridad sanitaria ha propiciado el establecimiento de unos criterios comunes que sirvan de base y referente para todo el desarrollo posterior,

en la elaboración tanto del programa formativo de la especialidad como de los requisitos de acreditación de las unidades docentes.

Este punto es de gran relevancia, entiendo, para la lectura de la presente monografía. Aunque innegablemente tendrá un peso específico importantísimo, precisamente por tratarse de un documento emanado "desde la profesión", creado, discutido y diseñado por los propios profesionales, que, eso sí, cuenta con el respaldo de la autoridad sanitaria.

Parece, pues, que la necesidad de afrontar la gestión y la mejora de la salud de las poblaciones será la que obligue a mantener ocupados a los diferentes profesionales sanitarios, y no sanitarios, en los próximos años.

Claramente, estas nuevas necesidades van a hacer aparecer nuevos perfiles profesionales. De un lado gestores que, aparte de sus conocimientos y habilidades, implanten un nuevo liderazgo que impulse los retos de la innovación y la visión integradora de la profesión; del otro, profesionales sanitarios (farmacéuticos y de otra índole) que además de presentar una voluntad de mejora permanente en su actividad y cometidos sean capaces de desarrollar aún más habilidades, competencias y conocimientos para el trabajo en equipo, y asumir funciones de liderazgo en aspectos de gestión y de organización, y que también, desde la perspectiva del profesionalismo, "sumen en beneficio de la sociedad".



Presentación



José Luis Poveda Andrés
Presidente de la Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria (SEFH)

Una profesión es una actividad especializada dentro de la sociedad, que necesita de forma continua detectar tendencias, ver necesidades y cuestionar creencias para generar valor y satisfacer una necesidad social, que en nuestro ámbito profesional son los pacientes y los ciudadanos, los profesionales sanitarios y el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

En este marco, el recorrido del farmacéutico de hospital ha sido amplio, y su proceso de creación de valor a la sociedad ha tenido el reconocimiento subsidiario a un crecimiento en el número de profesionales dedicados por y para en el Sistema Nacional de Salud. De hecho, aun cuando son insuficientes los recursos humanos y materiales para garantizar el aumento de la actividad y la complejidad que el sistema farmacoterapéutico ha experimentado en los últimos años, es también de justicia reconocer el esfuerzo del Sistema Nacional de Salud por dotar a los servicios de farmacia hospitalaria con un número mayor de profesionales sanitarios y mejores recursos tecnológicos. Así mismo, conviene recordar el esfuerzo que también ha efectuado la sociedad en su conjunto en cuanto a inversión en recursos formativos para preparar a los farmacéuticos de hospital, y que sin duda ha permitido disponer de profesionales más competentes en el manejo del paciente y del sistema farmacoterapéutico.

Así pues, somos más y estamos más preparados para adaptarnos a las necesidades actuales y futuras del sistema sanitario de salud. Y lo más importante, el tiempo ha demostrado que nuestra actitud permanente hacia el cambio forma parte de nuestro acervo profesional. De hecho, este proceso de adaptación y transformación continua lo hemos integrado como farmacéuticos de hospital, desde

los inicios de la especialidad, y bien podemos estar orgullosos de la profesionalidad y el profesionalismo alcanzado.

Hoy la actividad del farmacéutico de hospital en España es un referente para el conjunto de la comunidad farmacéutica nacional e internacional. Tenemos la voluntad de seguir liderando este proceso, y ello necesariamente obliga a continuar adaptando nuestras estructuras y recursos humanos a un entorno que no es solo de cambio, sino también de transformación.

En efecto, no vivimos una era de cambios: vivimos un cambio de era subsidiaria de los cambios de los patrones demográficos, epidemiológicos, socioculturales y sobre todo tecnológicos. Estos nuevos retos nos exigen igualmente nuevos enfoques, y por tanto modelos diferentes de respuestas en el entorno sanitario, para seguir sumando en beneficio de la sociedad.

En este cambio, ya iniciado, es muy relevante la determinación y la orientación de ir “más allá del hospital” por parte de los farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria. Una voluntad que implica ampliar los ámbitos de actuación hacia la atención primaria, donde se pueden y se deben abordar de forma colaborativa con las oficinas de farmacia los

nuevos retos que suponen para el sistema de salud el manejo del paciente crónico y la necesidad de un abordaje más preventivo, predictivo y personalizado, sin olvidar el enfoque poblacional. En este sentido, el cambio de denominación de la especialidad, que expone el Real Decreto 639/2014, ratifica la necesidad de actuación del farmacéutico de hospital en este ámbito y confirma la formación especializada recibida por los farmacéuticos de hospital, hasta la fecha, como un determinante necesario para abordar con garantías de excelencia el liderazgo que el proceso de atención farmacéutica precisa desde la nueva transversalidad asistencial. En efecto, el programa de la especialidad de Farmacia hospitalaria y de atención primaria deberá abordar y dar respuestas a las nuevas necesidades formativas para seguir generando más valor en los pacientes-ciudadanos, el profesional sanitario y el sistema sanitario.

Es por ello que el consejo editorial ha seleccionado un conjunto de temas que, de forma certera, nos aproximan y configuran el presente-futuro en el que deberemos desarrollar parte de nuestra actividad profesional. Es hora de “tender puentes” y de “ir juntos para llegar más lejos”; en definitiva, de seguir trabajando para “sumar en beneficio de la sociedad”. En ello estamos. Y a ello nos comprometemos.

Cómo funcionan las monografías

Novedades y contenidos específicos en formato digital
para Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria



Funcionalidades

ÍNDICE INTERACTIVO

Acceso directo a cualquier capítulo.

BÚSQUEDAS

Fácil localización de cualquier término en la publicación.

PUNTOS DE LIBRO

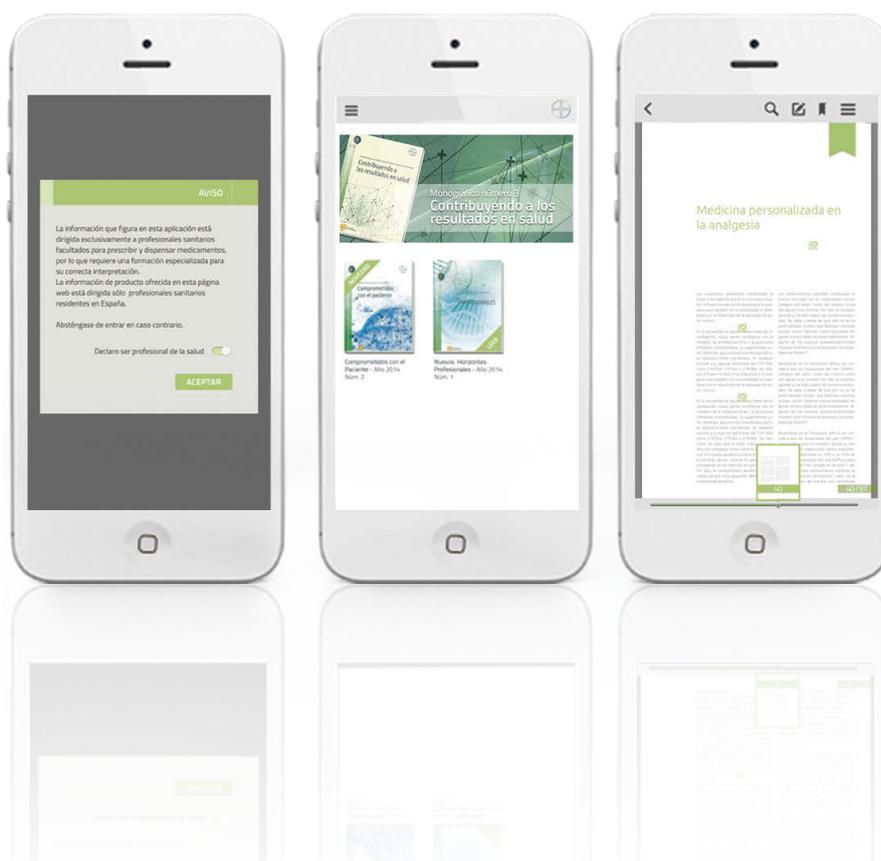
Permiten marcar y encontrar cualquier página de la publicación.

ANOTACIONES

Un sistema que posibilita al lector realizar anotaciones disponibles también al acceder desde cualquier otro dispositivo.

RECURSOS INTERACTIVOS

Permiten consultar la ficha del autor, enviarle un email o compartir contenido en twitter.



Compatible con sistemas
Windows, iOS y Android

1

La estratificación como herramienta para avanzar en la gestión poblacional

Patricia Arratibel Ugarte





Patricia Arratibel Ugarte

Deusto Business School Health (Universidad de Deusto). Bilbao

Índice

1. El reto de la sostenibilidad de los sistemas de salud
2. Tendencia en los sistemas de salud avanzados:
sistemas de salud en clave de gestión poblacional
3. Nuevos procesos de gestión e innovación
4. Nuevas herramientas para gestionar la salud de las
poblaciones
5. Conclusiones
6. Bibliografía

1. El reto de la sostenibilidad de los sistemas de salud

Los retos a los que se enfrenta el sector sanitario en el siglo XXI son enormes. Factores clínicos, demográficos, epidemiológicos y tecnológicos, y una expectativa creciente de los ciudadanos, presionan a los sistemas sanitarios sometiéndolos al mayor *stress test* de su historia.

Todos estos factores inciden sobre la economía del sector. Por tanto, conseguir que los sistemas sanitarios sean sostenibles en el tiempo es el principal reto al que se enfrentan los gobiernos.

Sirvan de ejemplo algunos datos de la Comunidad Autónoma del País Vasco para ilustrar esta situación:

- El 30% de la población vasca ya es crónica (Figura 1).
- En el año 2040 se duplicará el número de pacientes crónicos mayores de 65 años (Figura 2).

- Cada vez tenemos más **enfermos crónicos** y más complejos (Figura 3).
- A medida que aumentan las enfermedades crónicas, el coste para el sistema sanitario se incrementa (Figura 4).
- El 5% de la población consume el 35% de los recursos (Figuras 5).
- El 61% del gasto total corresponde al nivel asistencial especializado.
- Cuanta más morbilidad, más gasto en recursos en el nivel especializado.
- El 15% de las urgencias se convierten en ingresos.
- El 50% de los ingresos son “no programados”.

En este contexto, es fácil prever cuál será la evolución del gasto sanitario en los próximos

F01

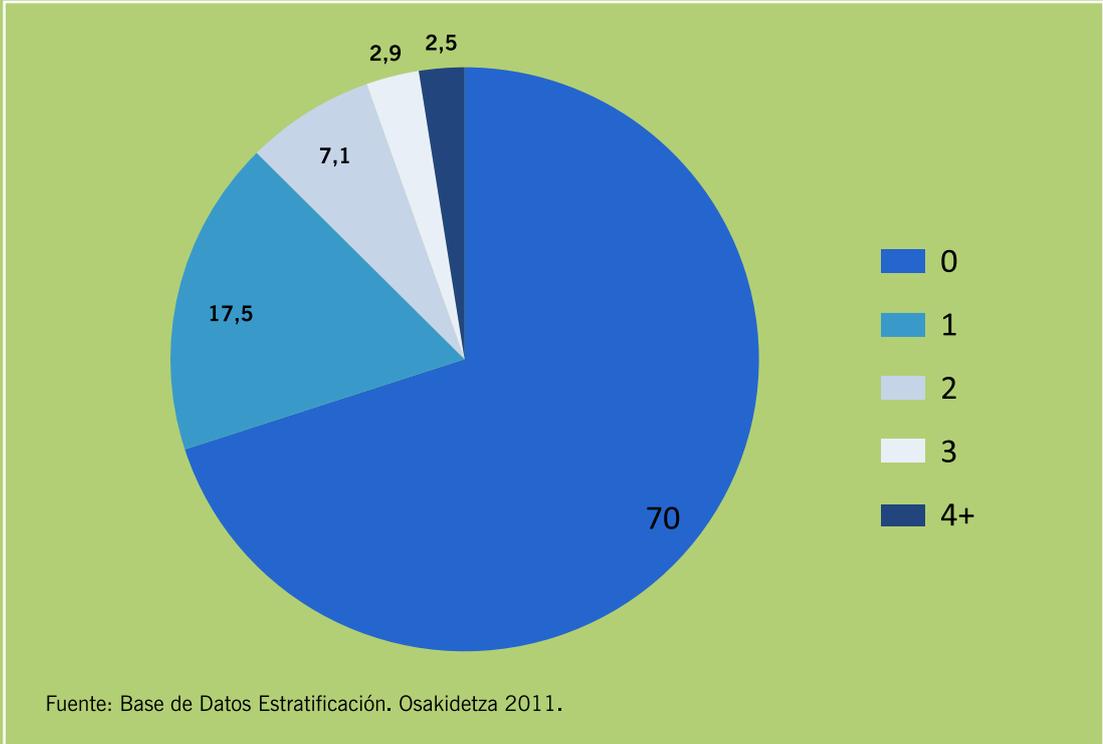


Figura 1.
Distribución de la población en función del número de enfermedades crónicas.

F02

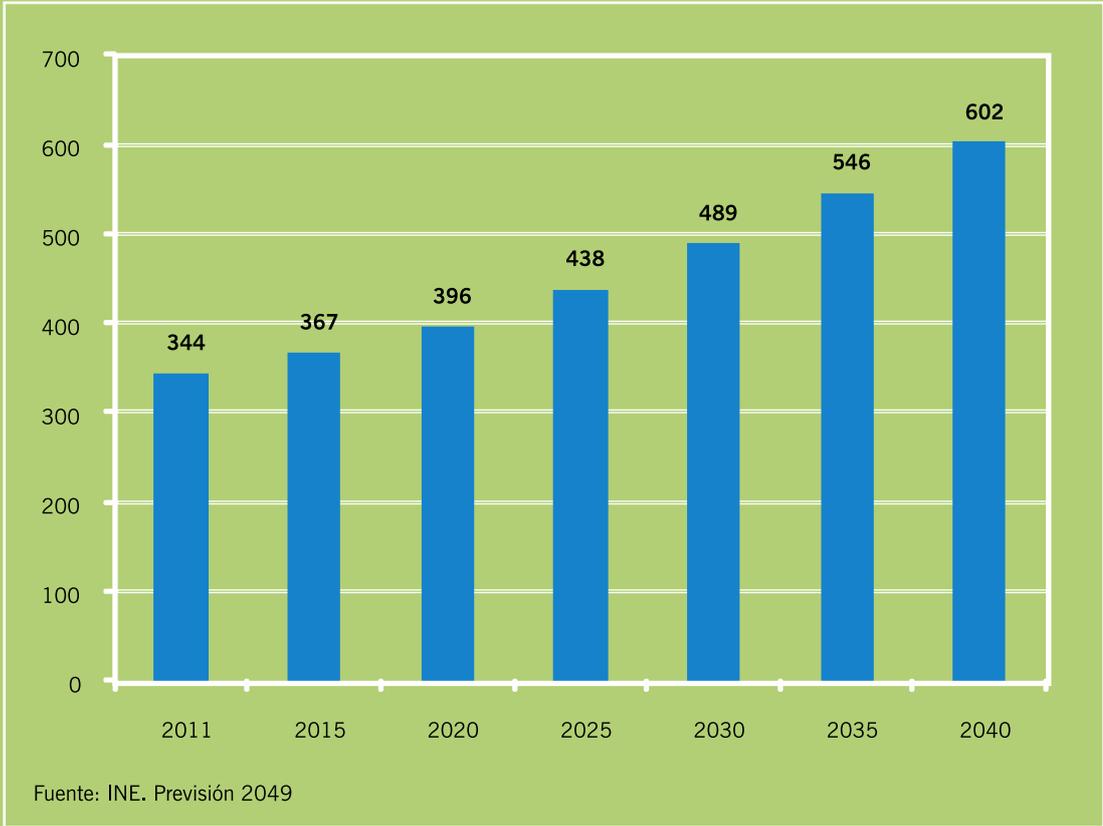


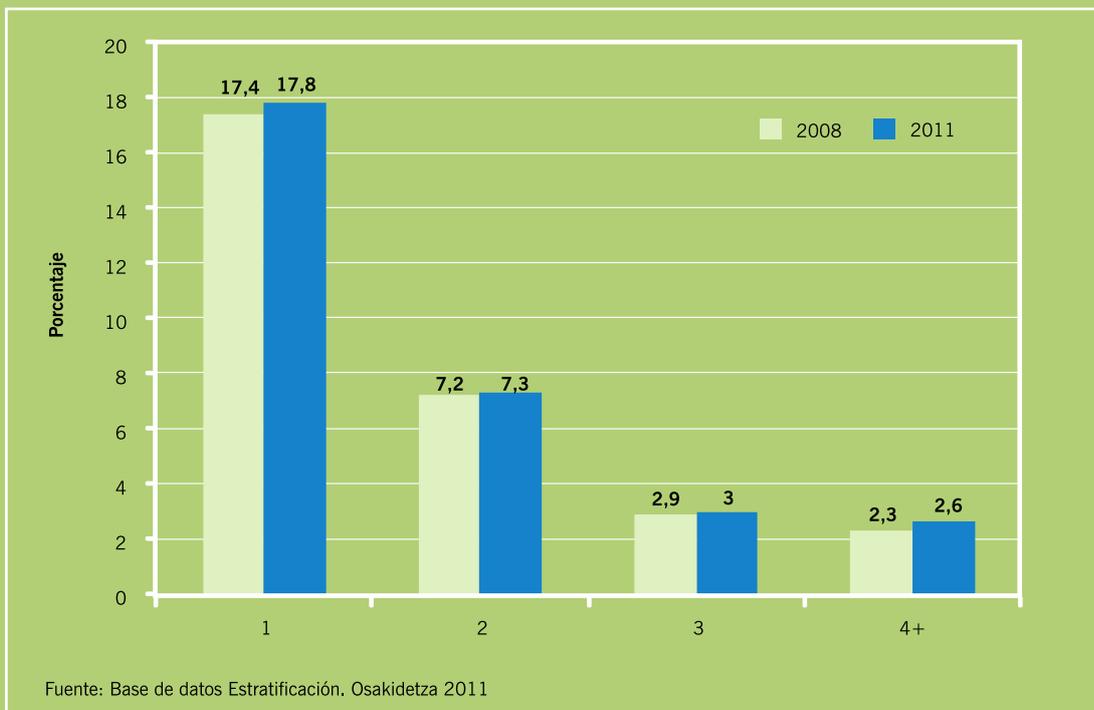
Figura 2.
Previsión de la evolución del número de enfermos crónicos mayores de 65 años en el País Vasco.

Fuente: Base de Datos Estratificación. Osakidetza 2011.

F03

Figura 3.

Número de patologías crónicas en población mayor de 14 años.



F04

Figura 4.

Enfermedades crónicas y coste avanzado.

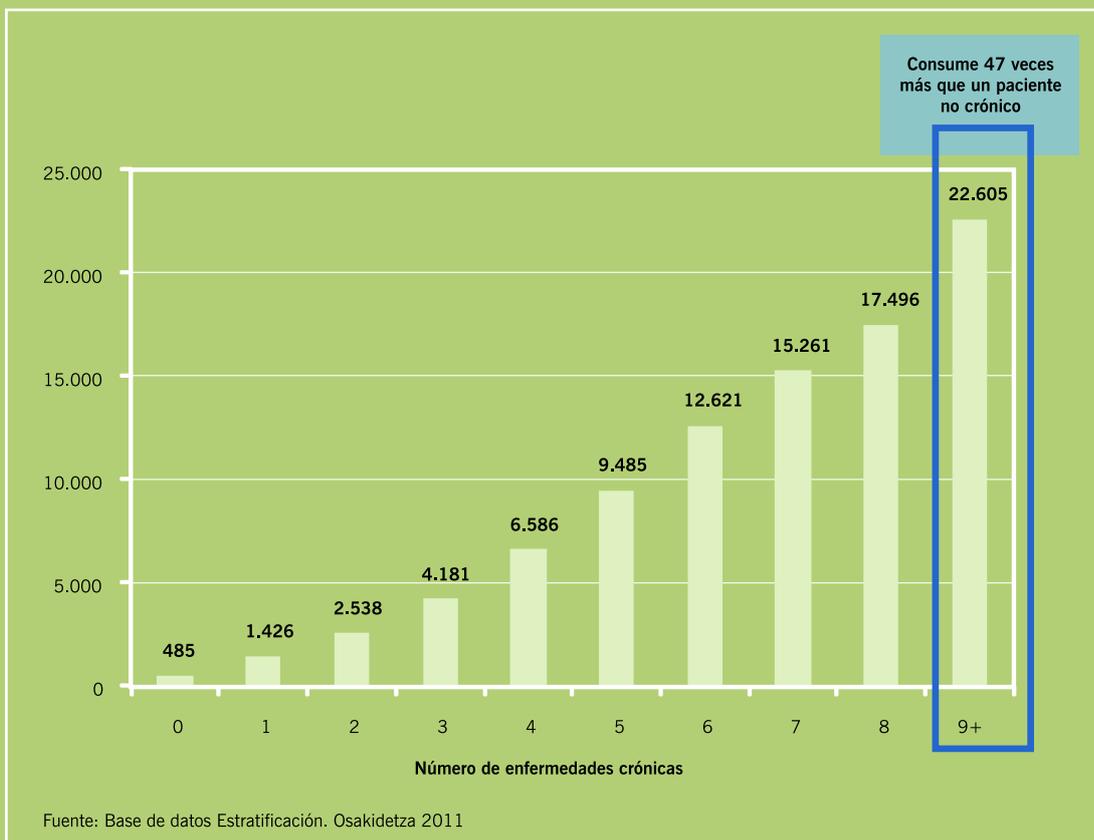




Figura 5.
El gasto sanitario desde una perspectiva poblacional.

RUB	Nº personas	% Población	Primaria	Prescripciones	Especialidad (sin ingreso)	Urgencias Hospital	Ingresos
5	23.883	1%	6,3%	7,6%	6,7%	2,5%	77%
4	80.168	3,5%	12,4%	11,4%	11,7%	4%	60,3%
3	720.644	31,4%	27%	20,6%	17,7%	4%	30,7%
2	527.441	23%	36%	19%	20,6%	7%	17,5%
1	311.862	13,6%	35%	24%	27,5%	11%	2,6%
0	628.303	27,4%					
Total		2.292.301	100%				

RUB: grupos de personas según grado de morbilidad (0 = menos mortalidad, 5 = máxima mortalidad)
Fuente: Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitaria (2012).

años. Sin embargo, la crisis económica nos ha enseñado que la disponibilidad de recursos no irá en proporción a las necesidades del modelo actual.

Considerando lo hasta ahora expuesto, es necesario modificar el *statu quo* y explorar nuevas

respuestas que permitan afrontar tales retos. Únicamente una gestión más eficiente de los recursos ya no es suficiente para dar respuesta a la complejidad del momento. Abordar una profunda transformación en el sector es inevitable por razones demográficas, epidemiológicas, de calidad y económicas, entre otras.

2. Tendencia en los sistemas de salud avanzados: sistemas de salud en clave de gestión poblacional

Por todo lo anterior, los sistemas sanitarios de todo el mundo están inmersos en la que puede calificarse como la reforma más importante en décadas. El objetivo general de estos cambios es mejorar los resultados de salud y la calidad de los cuidados, asegurando simultáneamente la sostenibilidad del sistema desde un punto de vista económico.

Estos procesos de transformación son complejos: implican no sólo preparar u orientar el sistema sanitario hacia una mejor gestión de los pacientes, sino además prepararlo para que esa gestión pueda realizarse en **clave poblacional** y del modo más eficiente posible.

Y es que hoy en día la mejor prestación de cuidados y gestión de pacientes, los mejores resultados poblacionales en salud y con-

seguir la eficiencia son tres objetivos que se encuentran “desalineados” en los sistemas de salud.

Diferentes agentes buscan la consecución de cada uno de ellos. Así, los expertos en lo que denominamos “salud pública” orientan sus intervenciones hacia la consecución de mejores resultados poblacionales; los clínicos se esfuerzan día a día en mejorar la prestación y la calidad de la medicina, y en procurar una gestión adecuada de los pacientes; y los directivos y gestores del sistema han puesto el foco de sus decisiones en la obtención de eficiencias. Por tanto, se hace necesario alinear estos objetivos. Y hacerlo conlleva un proceso complejo a medio plazo, pero inevitable si se quiere conseguir un sistema de salud sostenible y de calidad.

Los países y los entornos locales que están iniciando apuestas estratégicas por transformar sus sistemas de salud y orientarlos hacia las nuevas necesidades utilizan como marco estratégico la “triple meta”, para ensamblar los tres objetivos mencionados en todos los niveles del sistema. Se considera el marco estratégico clave para avanzar en la senda de estas reformas. Ayuda a los directivos a pensar en términos de **sistema** y con una **visión de salud poblacional**, dos elementos que hasta ahora han brillado por su ausencia en la agenda de políticas sanitarias.

Y es que el actual modelo de provisión de nuestro sistema sanitario está centrado en “estructuras” y no “en el paciente”. Es un modelo fragmentado, reactivo, paternalista y que ha evolucionado a través del desarrollo de un liderazgo vertical y de un sistema de financiación que ha puesto el foco en el desarrollo de actividades y estructuras.

Tenemos que ser capaces de ir evolucionando hacia un modelo basado en **sistemas**, en el cual los diferentes agentes que proveen asistencia sanitaria colaboren en el ámbito local para sumar sus esfuerzos y buscar eficiencias en pro de la mejora de los resultados de salud de su población diana o de cobertura. Es decir, un modelo de provisión que funcione con **visión poblacional**, esto es, que planifique y desarrolle la atención a su población según el grado de morbilidad (estratificación del riesgo), y de manera complementaria, **coordinada** e integrada entre los diferentes prestadores de asistencia. Un modelo que sea valorado en función de los **resultados en salud que consiga** (no en función de la cantidad de actividad que sea capaz de desarrollar); es decir, trabajar por mejorar la atención clínica y social, favoreciendo la salud, la accesibilidad, la seguridad y la satisfacción de

las personas, y respondiendo a las necesidades de atención de los pacientes. Un modelo de provisión que además sea capaz de identificar y obtener **eficiencias** en el ámbito local, como consecuencia de un uso más eficiente de los recursos evitando duplicidades y dando respuesta a los problemas en el nivel más eficiente para cada problema o necesidad de salud.

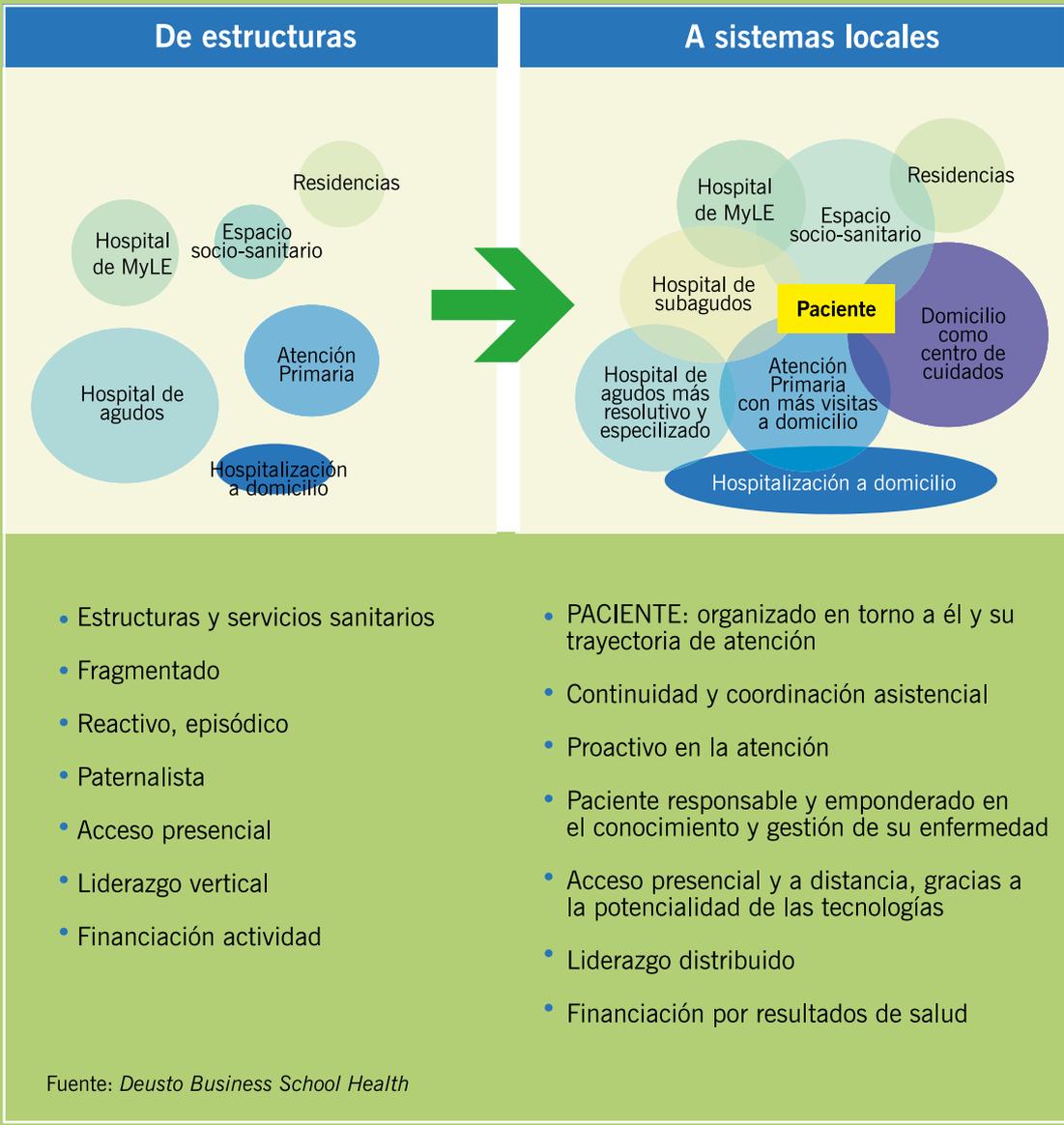
Este nuevo sistema se caracteriza por reordenar la atención asistencial poniendo el **foco en el paciente**, ayudándolo a ser corresponsable de su salud y empoderándolo en esta función.

Está claro que esta transformación precisa, asimismo, un nuevo liderazgo mucho más descentralizado que cuente con la capacidad de todos los agentes del sector para lograr su transformación, y requiere también un nuevo sistema de asignación de los recursos que premie la obtención de resultados en salud frente a la generación de volúmenes de actividad.

El nuevo modelo de atención emergente en España es el de un sistema de salud centrado en el paciente, de mayor calidad y más eficiente. Este modelo presupone más salud y mejores cuidados a un menor coste. Se empieza a observar, así, una tendencia general por favorecer e impulsar la creación de algún tipo de organización local de prestadores de servicios y cuidados que haga posible todo lo anterior. Una nueva organización local de prestadores más conectada, basada en la gestión de “sistemas” versus la tradicional gestión de “estructuras” que ha caracterizado el funcionamiento de nuestro sistema nacional de salud las últimas décadas y cuyo objetivo final sea mejorar poblacionalmente la salud de la población de referencia a la que atienden (Figura 6).

F06

Figura 6. La transformación del sector salud: de un sistema sanitario centrado en “estructuras” a otro centrado en “el paciente”.



Fuente: Deusto Business School Health

3. Nuevos procesos de gestión e innovación

Los sistemas que han iniciado el proceso de cambio están incorporando una batería organizada de procesos gerenciales y organizativos que les permita dotarse de la capacidad necesaria para poder organizarse y prestar servicios en clave poblacional. A modo de ejemplo, en el año 2009 se puso en marcha en el País Vasco la “Estrategia para afrontar el resto de la cronicidad en Euskadi”.

Para cambiar el estado actual era necesario intervenir con un **enfoque multidimensional**, usando todas las “poleas de cambio posibles” para orientar y ayudar a los proveedores de asistencia sanitaria hacia su organización en **sistemas** locales de atención (Figura 7).

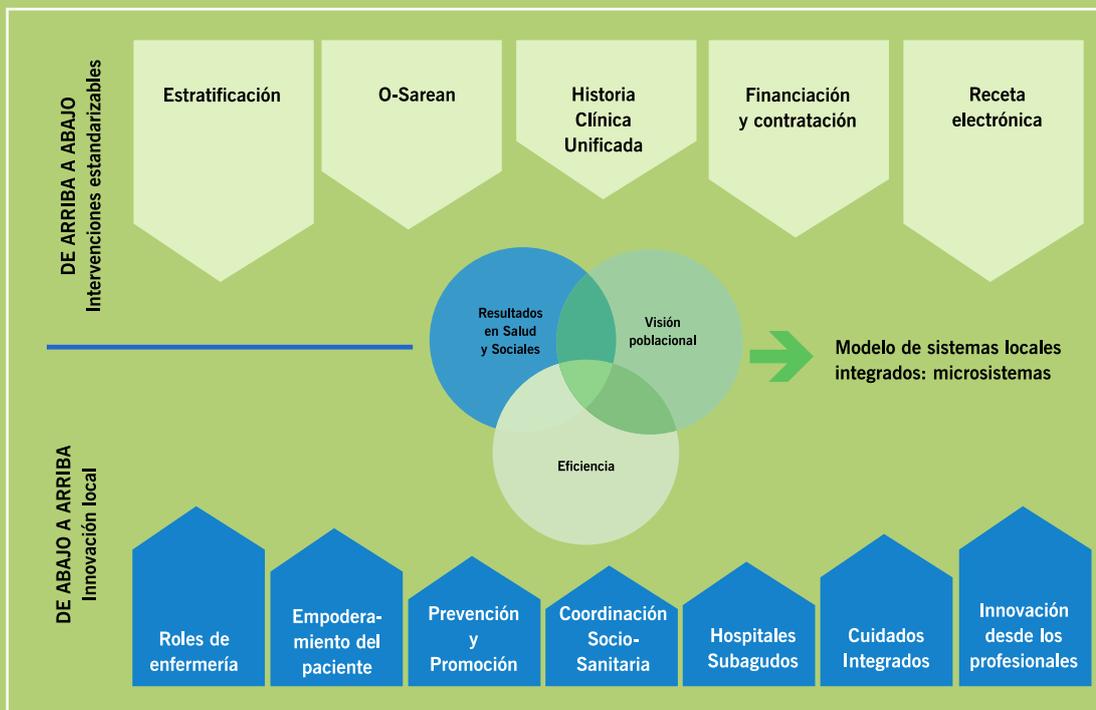
Se entiende por sistema local de salud o “micro-sistema” el conjunto de agentes que intervienen sobre una población de forma coordinada, aportando el **continuo asistencia**, compartiendo responsabilidad sobre los resultados en salud de dicha población y buscando eficiencias. Las tres características que los identifican son:

- La coordinación de proveedores de servicios sanitarios con responsabilidad compartida.

- La búsqueda de objetivos estratégicos con lógica poblacional según la estratificación del riesgo.
- La generación de mejoras de atención y de salud, así como de eficiencias económicas en su funcionamiento.

Las diferentes iniciativas que han surgido, como la descrita del País Vasco, se han centrado en reforzar el nivel asistencial comunitario, de modo que puedan prestarse más servicios fuera de los hospitales.

La pluralidad de iniciativas surgidas en los países que están aplicando esta línea de trabajo es tan variada como sistemas sanitarios hay en Europa; cada uno está tratando de moldear estos nuevos procesos adaptándolos a su propia realidad. También su grado de implantación difiere en gran medida: en muchos países se trata de simples experiencias piloto, mientras que en otros se ha avanzado más en la escalabilidad de ciertos programas y existe un compromiso más fuerte desde el campo de las políticas.



F07

Figura 7.

Proyectos de la estrategia de la cronicidad.

4. Nuevas herramientas para gestionar la salud de las poblaciones

Uno de los cambios más importantes que se producen en estos procesos de transformación es pasar de gestionar pacientes de modo individual por cada provisor de asistencia (atención primaria, hospitalaria, subagudos, larga estancia, espacio sociosanitario, ámbito social) a **compartir objetivos de mejora de la salud de la población de referencia** (gestión en clave poblacional).

Para poder asumir con garantía de éxito este cambio de concepto entre los proveedores de asistencia es necesario desarrollar herramientas que faciliten dicha **gestión de la salud en clave poblacional**. Nos referimos, por ejemplo, al desarrollo de **procesos de estratificación poblacional según el riesgo en salud**.

La estratificación realiza una clasificación prospectiva de la población basada en la identificación de necesidades futuras de cuidados sanitarios, a partir del nivel de complejidad y de la comorbilidad de las personas. La estratificación de la población permite clasificar a

los pacientes en función de su morbilidad según las patologías más prevalentes, y seleccionar aquellos con necesidades y patologías similares, favoreciendo una atención proactiva e integrada con intervenciones concretas (Figura 8).

En España, cada vez hay más comunidades autónomas avanzando en esta dirección. Y es que disponer de la población de referencia estratificada según su riesgo en salud permite planificar y definir intervenciones adaptadas y focalizadas hacia grupos poblacionales concretos. A modo de ejemplo, el País Vasco fue la comunidad pionera, en el año 2012, en definir objetivos de salud poblacionales (frente a individuales) para los diferentes prestadores de servicios en cada sistema local de salud e iniciar un nuevo proceso de asignación de los recursos económicos vinculado al cumplimiento de dichos objetivos, gracias al desarrollo de su proceso de estratificación poblacional; fue lo que se denominaron *Planes de intervención poblacionales*.

F08

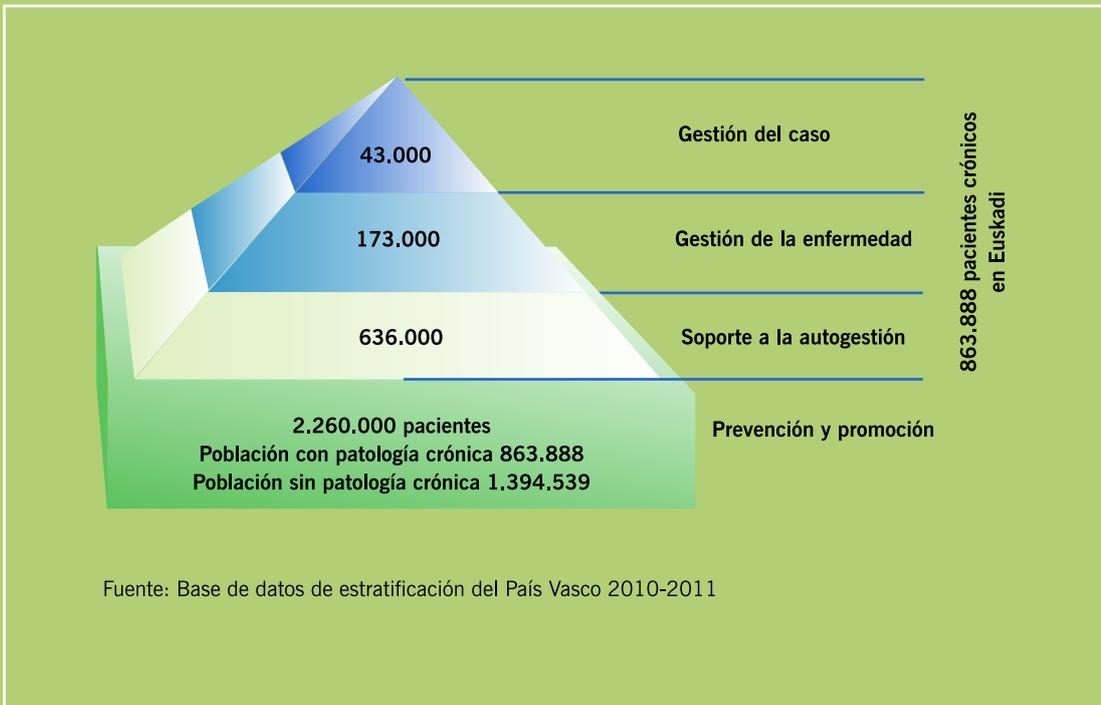


Figura 8. Distribución de la población del País Vasco en función de la estratificación del riesgo en salud.

F09

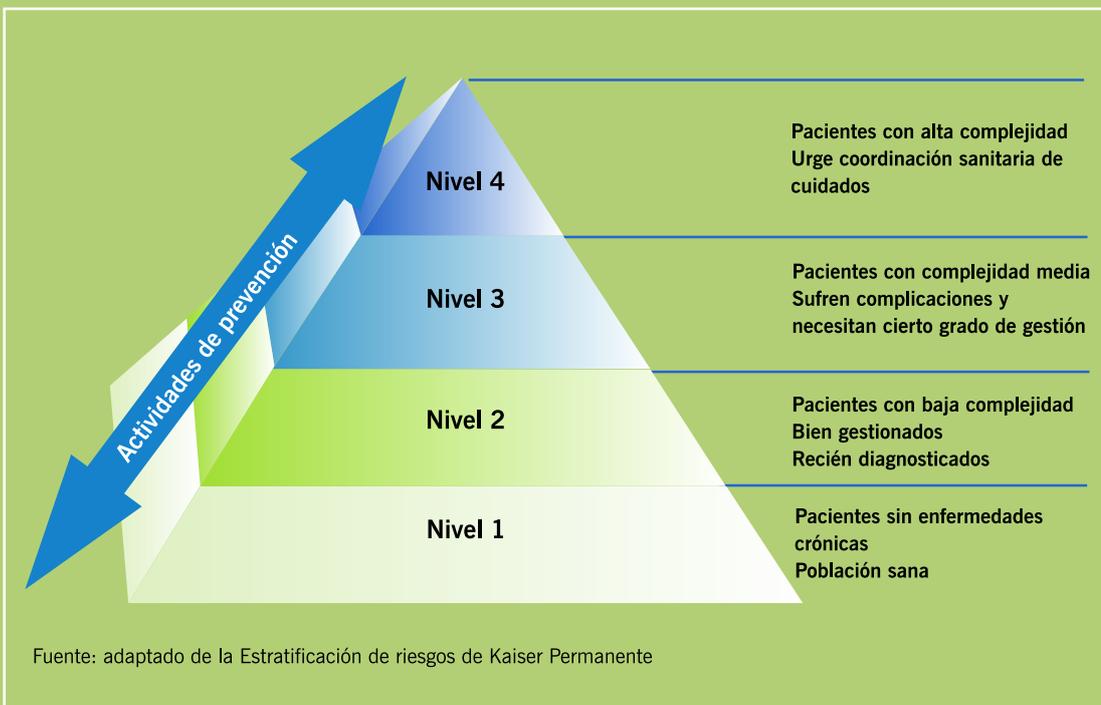


Figura 9 Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco).

Estos planes permitieron por primera vez definir y planificar conjuntamente, entre todos los agentes sanitarios que atendían una población local (centros de atención primaria, hospital, centros de subagudos y centros de media y larga estancia), objetivos e intervenciones específicas dirigidas a grupos de pacientes diana en cada estrato de la pirámide de riesgo (Figura 9).

Así, las prioridades de intervención con la población sana, esto es, la población ubicada en la base de la pirámide y que representa el mayor volumen de la población de un micro-sistema o sistema local de salud, en aquellos momentos fueron incrementar el cribado y el consejo antitabáquico y aumentar la vacunación antigripal. En este nivel de atención, se hace especialmente importante la actividad local coordinada de los agentes sanitarios, el resto de los agentes comunitarios y las políticas de salud pública.

Respecto a la población que se sitúa en el segundo nivel de morbilidad (autogestión), esto es, la población que ha sido recién diagnosticada de una enfermedad crónica, que presentan baja complejidad y están bien gestionados, se priorizó realizar un seguimiento mayor de su riesgo cardiovascular, aumentar las tasas de vacunación antigripal, aumentar las tasas de deshabituación tabáquica, aumentar la actividad física y el seguimiento de la dieta especialmente de las personas diagnosticadas de diabetes, así como aumentar el número de pacientes activos entre la población diabética ubicada en el nivel de autogestión.

Avanzando un nivel más en la morbilidad de la población se sitúan las personas que presentan una complejidad media, pero que sufren complicaciones y precisan cierto grado de gestión. Es a partir de este nivel cuando,

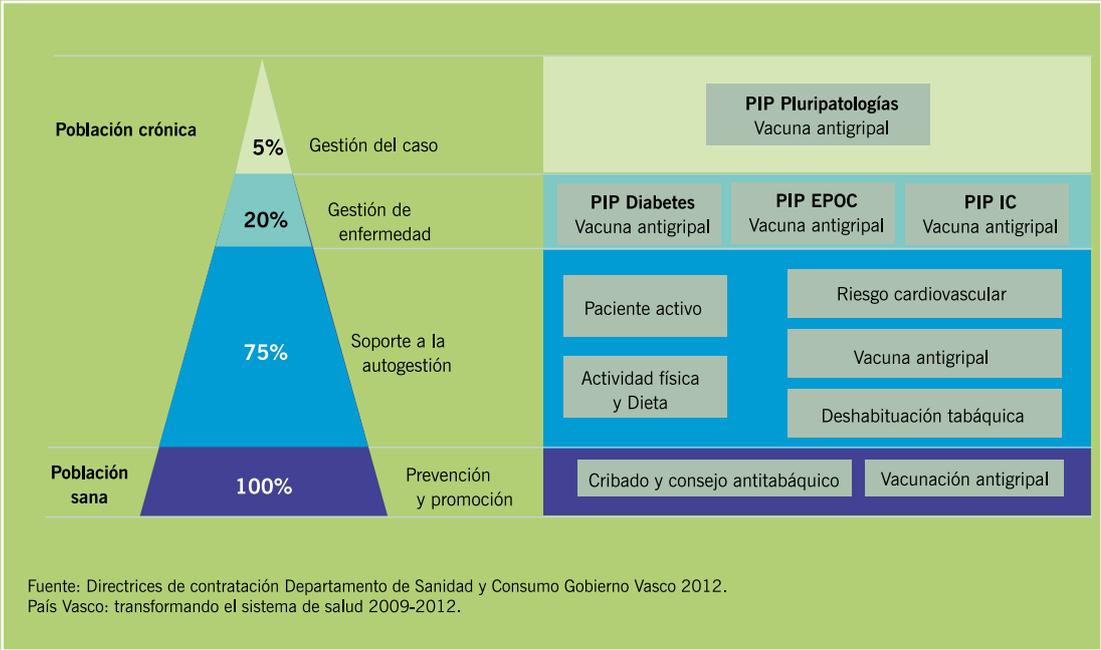
de manera especial, la actividad coordinada e integrada de los diferentes agentes que proveen atención sanitaria es más oportuna y necesaria para garantizar la continuidad de los cuidados. Se priorizaron en este nivel la diabetes, la insuficiencia cardiaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Por último, en la cúspide de la pirámide poblacional de cada microsistema se encuentran los pacientes con alta complejidad, aquellos para los que, debido a su estado de salud, urge la coordinación sanitaria y sociosanitaria de cuidados. En este colectivo se ubican, entre otros, los pacientes pluripatológicos, y son el colectivo priorizado para intervenir durante el año 2012 con la definición y la implementación de un plan de intervención poblacional para pacientes pluripatológicos (Figura 10).

Para seleccionar los grupos de población sobre los que intervenir en cada nivel de riesgo se utilizó la base de datos de estratificación que contenía la información capturada desde Osabide atención primaria (diagnósticos y tratamientos) y el CMBD (conjunto mínimo básico de datos) hospitalario. A partir del agrupador ACG Grouper (*Adjusted Clinical Groups*) se calculó un índice de coste predictivo (IP) o estimación del gasto sanitario que presentará cada paciente el año siguiente, en el que la unidad es la media del gasto del año anterior. Esta base fue depurada eliminando los casos de pacientes fallecidos e inactivos mediante su cruce con la base de datos de la tarjeta individual sanitaria, así como procediendo a la eliminación de determinados diagnósticos que distorsionan las poblaciones diana de cada microsistema, especialmente por tratarse de personas atendidas en centros de referencia de la comunidad autónoma (por ejemplo, neoplasias, inmunosupresión o insuficiencia renal crónica).

F10

Figura 10. Definir y desarrollar estrategias de intervención por cada segmento o estrato de población.



Sin embargo, estas herramientas de estratificación no sólo facilitan la definición de intervenciones más ajustadas y focalizadas en grupos específicos de personas según su riesgo en salud, sino que también **ayudan a trabajar conjuntamente y en equipo a los diferentes profesionales que componen hoy nuestros sistemas sanitarios**, que tradicionalmente han trabajado de manera independiente, con lo que aumentan las posibilidades de intervención y de desarrollo de mejoras. A modo de ejemplo, los profesionales que trabajan en el área de salud pública mejorando día a día la epidemiología de la población, o las personas que desarrollan actividad asistencial o práctica clínica en contacto diario con los pacientes (clínicos, personal de enfermería, auxiliares...). Ambos grupos no comparten de manera natural muchos espacios de trabajo conjuntos, o al menos no todos los posibles. Hay casos en que verdaderamente es natural que se reúnan para mejorar intervenciones que realizan conjuntamente, por ejemplo intervenciones de prevención, como puede ser la vacunación contra la gripe. Sin embargo, esto no ocurre en otras áreas, como son el diseño y el desarrollo de intervenciones para la mejora de la diabetes, la hipertensión u otros problemas de salud. El potencial recorrido de mejora en la definición de intervenciones poblacionales en las que puedan participar de manera conjunta ambos perfiles profesionales es muy largo.

En España tenemos desarrolladas las herramientas que permiten estratificar el riesgo de los pacientes, y estamos más y mejor preparados que antes para diseñar e implementar intervenciones poblacionales en ámbitos locales. Una vez que un entorno sanitario tiene estratificada su población, le es factible llevar a cabo intervenciones dirigidas a proteger y cuidar a los grupos de riesgo más

vulnerables, es decir, puede llevar a cabo actuaciones a nivel poblacional y, por tanto, se facilita el desarrollo de la protección social. Adicionalmente, esto permite **colaborar con otros agentes que componen el ámbito comunitario** y que no necesariamente forman parte del sector salud, pero que comparten la responsabilidad de desarrollar condiciones locales para que la población sana pueda seguir estándolo el mayor tiempo posible, y para que la población que debe cuidar de un modo más especial su salud también pueda hacerlo en las mejores circunstancias. Nos referimos a ayuntamientos, asociaciones, empresas, corporaciones y resto de agentes que contribuyen a crear y desarrollar nuestros entornos comunitarios más próximos.

Sin embargo, nuestra salud individual depende de muchos factores, entre ellos, de nuestros comportamientos y hábitos. Algunos de estos comportamientos están bajo nuestro control individual, pero otras veces nuestros comportamientos están limitados por factores fuera de nuestro control inmediato, como por ejemplo vivir en un barrio con una ubicación peligrosa para poder andar o pasear, la mayor o menor accesibilidad a un establecimiento de ultramarinos donde poder comprar frutas o verduras frescas, o la proximidad de nuestra vivienda a una fábrica que genere más o menos contaminación.

Todo lo anterior es modificable por la acción coordinada y consensuada de todos los agentes responsables de crear nuestro entorno comunitario local. Por ello, cada vez más los agentes sanitarios y no sanitarios trabajan de manera coordinada para mejorar la salud de sus poblaciones. Dichas actuaciones son ejemplos de cómo gestionar poblaciones y sumar en beneficio de la sociedad.

5. Conclusiones

Diferentes sistemas de salud en todo el mundo están probando e implementando más y más iniciativas de colaboración multiagente en los diversos entornos locales con el objetivo de descubrir nuevos modelos de prestación de cuidados que redunden en mejores resultados de salud y mejores cuidados para sus poblaciones, y que puedan ser asumibles en los nuevos escenarios económicos del futuro.

Más y más sistemas de salud están apuntando y priorizando el desarrollo de intervenciones en aquellos grupos más vulnerables, permitiendo así mejorar la salud de estos grupos y hacer un uso más eficiente de unos recursos económicos que son limitados.

Esta tendencia de desarrollo de sistemas locales capaces de gestionar y mejorar la salud de sus poblaciones será la que mantenga ocupados a los diferentes agentes y profesio-

nales sanitarios (y no sanitarios) en los próximos años.

Todo ello va a requerir **nuevos perfiles profesionales** en el sector. De un lado, nuevos directivos y gestores que, además de poseer conocimientos de gestión avanzados en el sector, desarrollen un estilo de liderazgo nuevo, capaz de generar, potenciar y gestionar innovaciones, de sentirse cómodos con la gestión de redes y sistemas frente al tradicional control de estructuras, de aprender rápido y en constante movimiento, manteniendo siempre una visión de conjunto que aglutine varios objetivos simultáneamente. De otro lado, profesionales sanitarios que, además de mejorar permanentemente su actividad diaria, desarrollen cada vez más habilidades y competencias para trabajar en equipo y ejercer un mayor liderazgo organizativo y de gestión.

6. Bibliografía

- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *País Vasco: Transformando el Sistema de Salud 2009-2012*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2012.
- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *Innovación local como motor de la transformación del nuevo sistema de salud vasco 2009-2012*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2012.
- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *Manual de Evaluación Planes de Intervención Poblacional: Contrato programa 2012*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2012.
- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *Compartiendo el Avance de la Estrategia de Cronicidad: Evolución de los proyectos 2010-2012*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2012.
- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *Consolidación del proyecto de Contratación y Financiación Sanitaria: Avances a lo largo del periodo 2009-2012*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2012.
- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *Nuevo modelo de provisión de Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas y su gobernanza*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2012.
- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *Informe sobre la evolución de los proyectos de la estrategia de cronicidad 2009-2011*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2011.
- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo. *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2010.
- Orueta JF, Mateos del Pino M, Barrio Beraza I, Nuno Solinis R, Cuadrado Zubizarreta M, Sola Sarabia C. Stratification of the population in the Basque Country: results in the first year of implementation. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* 2013;45(1):54-60.
- Rentería RB, Ugarte PA. Implementando la Triple Meta: "Lecciones" desde el ámbito directivo. *Papeles de economía española* 2014;(142):7-13.



2

Organizaciones sanitarias integradas. Modelos de atención al paciente crónico y pluripatológico

Antonio López Andrés



Antonio López Andrés

Subdirector de Atención Primaria Navarra Norte.
Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
Farmacéutico de Atención Primaria.
Especialista en Farmacia Hospitalaria.

Índice

1. Introducción
2. Tipos de organizaciones integradas
3. El hospitalocentrismo como peligro para las organizaciones sanitarias integradas
4. El reto de la cronicidad
5. El farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria y atención primaria en las organizaciones sanitarias integradas
6. Bibliografía

1. Introducción

La cada vez mayor complejidad de la atención sanitaria, debida a la alta especialización, y la intervención de numerosos servicios, junto al incremento de los **pacientes crónicos** y pluripatológicos, hacen más necesaria si cabe la siempre deseada coordinación asistencial¹. Una de las respuestas de ámbito organizativo a esta necesidad han sido las denominadas **organizaciones sanitarias integradas** (OSI) como modelos de gestión de las áreas de salud.

España posee un Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos, de cobertura universal y descentralizado a las 17 comunidades autónomas. La atención se organiza básicamente en dos niveles: atención primaria como puerta de entrada al sistema y coordinadora de la atención, y atención especializada para la resolución de problemas graves. La descentralización de la gestión de los servicios a las comunidades autónomas ha dado lugar a una cierta diversidad en la organización de la provisión y a distintas respuestas en la búsqueda de la mejora de la coordinación asistencial¹. No hemos sido capaces de

acometer con éxito el proceso de transformación del modelo asistencial, todavía muy anclado en un modelo de atención fragmentado, orientado a la atención de pacientes con patología aguda. Mientras cambiaba el entorno del sector, la sanidad no lo hacía. La mayoría de la ciudadanía piensa que en nuestros sistemas sanitarios trabajamos coordinados e integrados, pero cuando hacen uso de ellos constatan que esto no es así².

Por definición, una OSI es una red de servicios de salud que ofrece una **atención coordinada** a través de un continuo de prestaciones de servicios de salud a una población determinada, y que se responsabiliza de los costes y de los resultados en salud de la población³. Otra de las definiciones clásicas de estas organizaciones es la que hacen Kodner y Spreeuwenberg, en la que definen la integración como un conjunto coherente de métodos y modelos en el cual la financiación y la prestación de servicios administrativos y clínicos están diseñadas para crear conexión, alineación y colaboración dentro y entre los sectores de la atención sanitaria y de los cuidados. El ob-

jetivo de estos modelos es mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida, la satisfacción de los consumidores y la eficiencia del sistema para los pacientes con problemas complejos, a largo plazo, mediante servicios múltiples, de los proveedores y su entorno. El resultado de estos esfuerzos múltiples para promover la integración en beneficio de estos grupos especiales de pacientes se llama "atención integrada"⁴.

Se define como proceso asistencial integrado aquel en el que la gestión y la provisión de servicios sanitarios se realiza de tal forma que los clientes reciben un *continuum* de servicios curativos y preventivos de acuerdo con sus necesidades en el tiempo, y a través de diferentes niveles del sistema sanitario⁵.

El **continuo asistencial** abarca la atención primaria, la atención especializada y la atención sociosanitaria, o lo que es lo mismo, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, los tratamientos de pacientes agudos y crónicos, y los tratamientos de rehabilitación.

Los objetivos finales de este tipo de organizaciones son la mejora de la eficiencia global en la provisión y de la continuidad de la atención mediante un objetivo intermedio: la mejora en la coordinación de la atención o integración clínica. Gillies *et al.* definen la integración clínica como la coordinación de los servicios necesarios para atender al paciente a lo largo de las diferentes actividades y unidades operativas del sistema en el lugar más coste-efectivo⁶.

Recientemente, en España, y muchas veces aprovechando la estrategia de atención a la cronicidad y la pluripatología, que prácticamente todas las comunidades autónomas

han planificado, se han desarrollado varios modelos incipientes de OSI que pretenden dar una respuesta más coordinada a la necesidad de atención que supone el reto de la cronicidad (Tabla 1). En estas OSI básicamente se dan una integración de estructuras bajo una misma gerencia (recursos humanos, presupuesto, etc.) y procesos asistenciales integrados (desarrollo conjunto de rutas asistenciales entre niveles para subgrupos de pacientes o patologías crónicas concretas).

Esta integración hace necesario desarrollar e introducir herramientas y sistemas de información que faciliten el trabajo conjunto entre diferentes profesionales. En este sentido, la historia clínica electrónica unificada y la receta electrónica, entre otros, se consideran pilares necesarios y fundamentales.

Otro elemento de conexión, que va a ayudar en el proceso, es el desarrollo de nuevos roles profesionales que sean nexo de unión entre niveles asistenciales (primaria y especializada), como pueden ser los roles de enfermería, y entre el sector salud y otros sectores como, por ejemplo, el sector social (trabajador social). Un elemento clave es la definición de procesos que estimulen y permitan el trabajo conjunto entre profesionales sanitarios (la participación y la colaboración)². En este sentido, la identificación de poblaciones diana, la definición de rutas de atención compartidas por todos los prestadores de servicios, los planes de cuidados y el desarrollo de la propia prestación se consideran espacios de trabajo donde promover el trabajo conjunto de los profesionales clínicos que los realizan².

Puede darse una integración organizativa sin que haya una integración clínica, y sin embargo, experiencias de integración clínica han llevado a una integración organizativa pos-

T01

Tabla 1.

Exploración de posibles modelos de integración sanitaria en España.

Características	OSI en Cataluña (Ssibe)	Concesiones Administrativas (Manises)	Modelos de integración en Euskadi (Bidasoa)	Gerencias integradas
Modelo organizativo	Organizaciones autónomas que integran un hospital, un conjunto de EAP y centros socio-sanitarios.	Concesión administrativa gestionada por una UTE y financiada capitativamente.	Integración de recursos de gestión directa de hospital y atención primaria.	Modelo de integración del sistema sanitario público de gestión directa.
Cobertura poblacional	Variable en función de la proporción de EAP integrados.	Responsabilidad sobre el coste de la población de su área de referencia.	Área de referencia del hospital.	Territorio de referencia directa del hospital.
Práctica de integración organizativa	Órganos de gobierno compartidos y gestión autónoma de todo el personal.	Gestión funcional de personal estatutario de atención primaria y gestión directa de su propia persona.	Integración del personal del hospital y de atención primaria en la misma organización.	Integración del equipo directivo del hospital y atención primaria en una sola organización.
Elementos de organización asistencial	Estrategia compartida y direcciones transversales (niño, mujer, etc.).	Elementos de dirección de área asistencial conjunta primaria-especializada. Adscripción a primaria de elementos de enlace (UHD, programas, internistas de enlace, etc.	Estrategia conjunta de cambio cultural. Comités clínicos compartidos.	Reproducción habitualmente del esquema de direcciones separadas a un nivel inferior.
Elementos de integración asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones compartidas de primaria, especializada y sociosanitario. • Equipo de coordinación en geriatría. 	<ul style="list-style-type: none"> • Internistas de enlace UHD. • Enfermería de enlace. • Vías clínicas / Derivación. • Comités de programas de crónicos. • Plan de formación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de enlace (internista y enfermera de enlace). • Progreso hacia la historia clínica única. • Segmentación de pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comisiones clínicas. • Criterios de derivación. • Guías clínicas / protocolos. • Formación. • Rotación de profesionales.

Fuente: Organizaciones sanitarias integradas: modelos organizativos y alianzas estratégicas con el entorno. Barcelona: Antares Consulting; 2013. (Consultado el 2 de enero de 2015.) Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/73b5cd2b6bc5148c117f68db4d7eff2a4f03f68f.pdf>

terior. La coordinación de cuidados depende menos de la integración organizativa que de la integración clínica. La experiencia de los usuarios se ve más influenciada por la naturaleza del trabajo en equipo y el uso de guías y políticas compartidas que por la naturaleza de los acuerdos organizativos. Por tanto, una integración organizativa no garantiza por sí misma mejores resultados y los esfuerzos han de centrarse en la integración clínica⁷.

En los proyectos de integración debe tenerse en cuenta el papel nuclear de la atención primaria y la promoción de la salud. El dueño del proceso asistencial debe ser el médico de atención primaria.

Los elementos operativos más relevantes de la atención integrada son⁵:

- Población definida.
- Técnicas de la información y de la comunicación (TIC) que soportan la atención integrada.
- Guías de práctica clínica.
- Rendición de cuentas conjunta.
- Alianza de la clínica y la gestión.
- Liderazgo efectivo.
- Cultura colaborativa.
- Grupos multiespecialidad.
- Implicación del paciente.

2. Tipos de organizaciones integradas

Los criterios y las formas de clasificación son variados y, en función del criterio elegido, lo son también las clasificaciones que se han realizado. Por tanto, existen varios modelos y clasificaciones de gestión integrada, dependiendo de si las integraciones son horizontales o verticales, o bien reales o virtuales:

- **Integración horizontal:** se produce cuando dos o más organizaciones prestan servicios conjuntamente en un nivel de atención similar.
- **Integración vertical:** ocurre cuando dos o más organizaciones prestan servicios conjuntamente entre niveles de atención distintos.

Tanto las integraciones verticales como las horizontales pueden ser *integraciones reales* (cuando hay fusión de las organizaciones) o *integraciones virtuales* (mediante procesos contractuales)⁸.

Asimismo, existe otra clasificación, de Curry y Ham, en tres niveles de gestión que en general son integraciones virtuales⁹:

- **Macronivel:** en el nivel macro los proveedores, ya sea juntos o con otros concertados, tratan de ofrecer una atención integral a las poblaciones a las que sirven. El ejemplo más representativo es la aseguradora Kaiser Permanente (Tabla 2). Esta organización de los Estados Unidos, sin ánimo de lucro, tiene asalariados en exclusiva a los médicos de familia y una implantación de más de seis millones de usuarios, principalmente en California. Está muy enfocado a la asistencia de las enfermedades crónicas. Su filosofía puede traducirse en que las admisiones al hospital no planificadas son un signo de que el sistema falla. Así, el uso de camas en los hospitales de Kaiser Permanente en comparación con el *National Health Service* (NHS) es mucho más bajo. De las 11 causas de hospitalización más frecuentes, que van de ictus a fractura de cadera, estandarizadas sus tasas, estas son tres veces y media más bajas. Y ello lo consiguen mediante la gestión activa de los pacientes, con procedimientos clínicos que no los retienen ni los derivan inadecuadamente¹⁰.



T02

Tabla 2.

Algunos modelos típicos de organizaciones sanitarias integradas.

Organización	Kaiser Permanente	Social Hmo	Prisma (Modelos Sipa, Pace, etc.)
Modelos organizativos	Alianza entre una organización aseguradora sin ánimo de lucro Kaiser Foundation, y un grupo profesional (<i>Permanente Medical Group</i>).	Modelo financiado a principios de los 90 en Estados Unidos. Organizaciones no lucrativas regidas por un sistema de pago capitativo incluyendo los servicios sanitarios y sociosanitarios de media estancia.	Programa de integración de la atención al anciano frágil promovido desde el gobierno de Quebec. Organización no lucrativa que se financia capitativamente.
Cobertura poblacional	Población asegurada voluntariamente por el programa de Kaiser Foundation.	Mayores de 65 años.	Población que se adscribe al programa voluntariamente a través de sus profesionales.
Prácticas de integración organizativa	Exclusividad en la relación entre Kaiser y Permanente mediante acuerdos.	Tendencia a la exclusividad en la relación entre los profesionales y la organización.	Profesionales y organizaciones independientes coordinados.
Elementos de integración de niveles	Centros de salud dotados de métodos diagnósticos, especialistas y tecnología. Gestión de casos extensiva.	Gestión de casos por el médico de familia.	Coordinación institucional a nivel macro.
Elementos de integración clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Guías clínicas, procesos normalizados. • Gestión de casos intensiva en función de la enfermedad. • Sistema de información (<i>Health Connect</i>) de gran ambición. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de casos • Historia clínica compartida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interdisciplinariedad. • Gestión de casos. • Vías clínicas. Historia clínica compartida. • Plan de cuidados.

Fuente: Organizaciones sanitarias integradas: modelos organizativos y alianzas estratégicas con el entorno. Barcelona: Antares Consulting; 2013. (Consultado el 2 de enero de 2015). Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/73b5cd2b6bc5148c117f68db4d7eff2a4f03f68f.pdf>

- **Mesonivel:** en el nivel meso los proveedores, ya sea juntos o con los concertados, tratarán de ofrecer atención integral a un grupo de atención especial o poblaciones con la misma enfermedad o condiciones, a través del rediseño de las vías de atención clínica. Los ejemplos más característicos de este nivel de integración son el *Programme for All inclusive Care for the Elderly (the US PACE)*, el *System of Integrated Services for Aged Persons (SIPA)* en los Estados Unidos, el *PRISMA Programmes* en Quebec (Tabla 2) y, ya en Europa, el *Rovereto* y el *Vittorio Veneto* en Italia y el *Torbay Care Trust*¹¹ para pacientes geriátricos frágiles en Inglaterra.
- **Micronivel:** coordinación de la atención individualizada de pacientes y cuidadores, por ejemplo la gestión de casos (*case management*)¹².

3. El hospitalocentrismo como peligro para las organizaciones sanitarias integradas

Se define como **hospitalocentrismo** aquel sistema sanitario desarrollado en torno a los hospitales y los especialistas. Hoy en día, la focalización desproporcionada en los hospitales y la superespecialización son una causa importante de ineficiencia y desigualdad, y esa situación ha demostrado ser muy difícil de cambiar. Evidentemente, el buen funcionamiento de la atención terciaria responde a una demanda real, pero la experiencia en los países industrializados ha demostrado que la focalización desproporcionada en la atención terciaria no resulta rentable. El hospitalocentrismo entraña un costo elevado en cuanto a medicalización innecesaria e iatrogenia, y compromete las dimensiones humana y social de la salud. La presión ejercida por la demanda de los consumidores, los profesionales médicos y el complejo médico-industrial es tan grande que los recursos sanitarios privados y públicos se encauzan de manera desproporcionada hacia la atención

hospitalaria especializada, en detrimento de las inversiones en atención primaria. Sirvan como ejemplo sistemas sanitarios como el de los Estados Unidos o Japón, que tienen de cinco a ocho veces más unidades de resonancia magnética por millón de habitantes que Canadá o los Países Bajos sin que ello mejore un ápice la salud de sus respectivas poblaciones¹³.

Una integración capitaneada por los hospitales puede retardar la innovación y la reasignación de recursos entre niveles asistenciales (que los cambios demográficos y tecnológicos y en morbilidad reclaman), por lo que debería prestarse atención a orientar el sistema sanitario hacia la atención primaria de salud. La integración de niveles mitiga la actual falta de continuidad entre la atención primaria y la atención especializada. Lo importante es no retener casos ni derivarlos innecesariamente¹⁴.

La tecnología sanitaria y la superespecialización fascinan a la población, a los medios de comunicación y sobre todo a los políticos. Y el discurso profesional de nuestros sanitarios no escapa con cierta frecuencia a esta tendencia. Esta forma de percepción de la atención primaria exclusivamente como puerta de entrada del sistema sanitario ha calado en gran parte de la población y de muchos de nuestros profesionales. La creación de OSI sin un cambio de rumbo en la dirección y la gestión de los recursos (Figura 1), llevará indefectiblemente al empobrecimiento científico y de gestión del primer nivel.

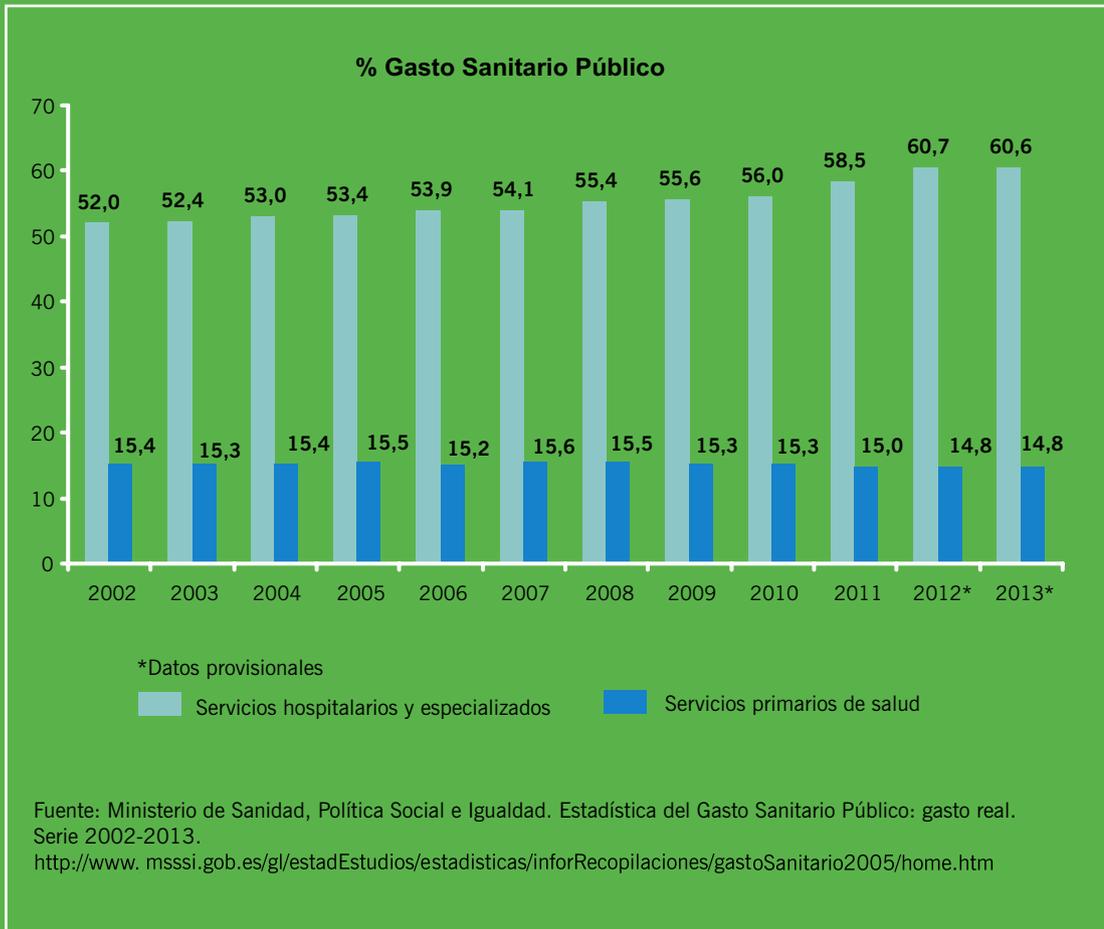
En el nuevo contexto de la estrategia de cronicidad, la atención primaria es, sin duda, el nivel de atención que está en mejores condiciones de comprender y acometer la atención de la comorbilidad y las enfermedades crónicas, los cuidados ambulatorios en entornos heterogéneos, el trabajo en equipos multidisciplinarios con responsabilidades compartidas, la promoción de la salud, el trabajo en la familia y la comunidad, y la coordinación intersectorial¹⁵.

La reorientación de la organización hospitalaria es esencial para la atención de los procesos crónicos. La mayoría de los hospitales fueron diseñados para la atención de patología aguda, y sin embargo en la actualidad gran parte de su volumen de actividad está originado por los procesos crónicos. Puede haber resistencias a estos cambios, pero parte de estos hospitales deben reorientarse para la atención de pacientes crónicos y desarrollar alternativas al ingreso hospitalario, como hospital de día o unidades de corta estancia, y asumiendo un papel imprescindible de apoyo al primer nivel asistencial, bien mediante interconsultas en el propio centro de salud ("especialista consultor"), bien mediante interconsultas telefónicas o electrónicas. Por otra parte, en atención primaria es necesaria una mayor capacidad de resolución para evitar derivaciones injustificadas al nivel hospitalario que disminuyan la incertidumbre en el primer nivel, y potenciar la enfermería con un papel relevante en el seguimiento del proceso crónico, en la coordinación con los servicios sociales y en el apoyo al autocuidado, con el fin de que el paciente pueda ser atendido en su medio habitual⁵.



F01

Figura 1. Porcentaje del gasto sanitario público (2002-2013) en atención primaria y atención hospitalaria.



4. El reto de la cronicidad

El aumento de la esperanza de vida (Figura 2) y los nuevos estilos de vida han condicionado un profundo cambio en el patrón epidemiológico que en la actualidad está cada día más dominado por las enfermedades crónicas. Este hecho preocupa a los expertos, pues condiciona un incremento incesante de la demanda y unas necesidades cada vez más diversificadas. Estas enfermedades ya suponen el 70% de las consultas de atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios, con estancias medias más prolongadas y con mayor utilización de los servicios de consulta médica, urgencias, hospitalización de día y consumo de medicamentos, lo que representa el 70% del gasto sanitario. Además, sus efectos trascienden al propio sistema¹⁶.

El impacto de las enfermedades crónicas es enorme, ya que afectan a la calidad de vida y condicionan una importante pérdida de autonomía personal. La discapacidad y la dependencia repercuten de manera notable en el ámbito familiar, afectando en particular a las personas cuidadoras, por lo general mujeres y con frecuencia también de avanzada edad.

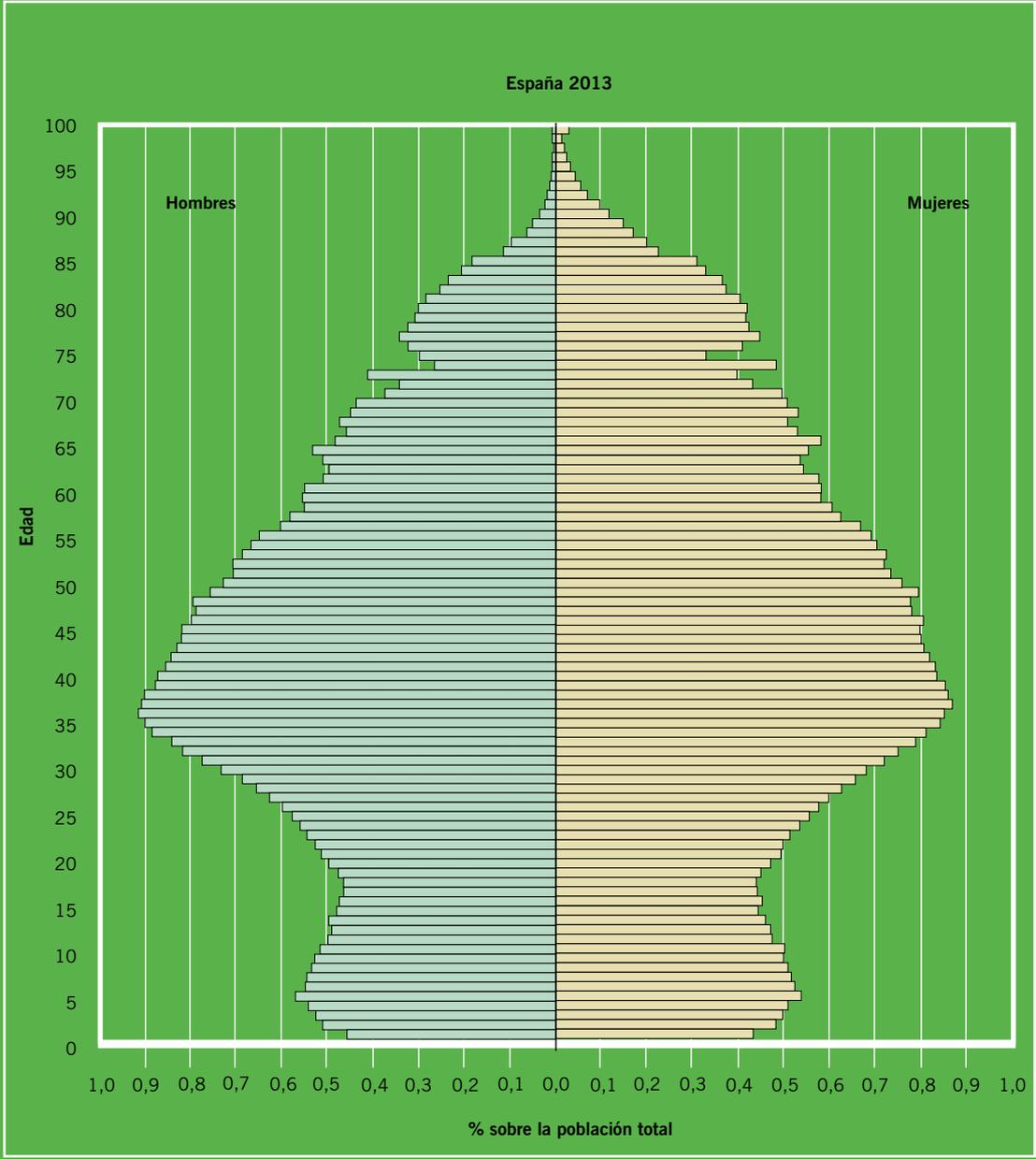
La repercusión económica es aún si cabe más notable y afecta a la propia sostenibilidad de todo el sistema público de provisión social.

En los últimos años, el sistema sanitario ha venido realizando un importante esfuerzo para tratar de dar respuesta a estos profundos cambios demográficos y epidemiológicos, realizando cada día más actividad sin que con ello se hayan logrado los resultados deseados. La respuesta no es cuantitativa, sino que se requieren profundos cambios cualitativos. El actual sistema fue diseñado para una sociedad con unos valores y unas necesidades sanitarias bien distintas. Se diseñó para atender problemas agudos y salvar vidas. Su éxito en este campo es incuestionable¹⁶.

Sin embargo, ese modelo de atención individual centrado en los procesos agudos de enfermedad es prestado de manera reactiva y fragmentada, desde un enfoque casi exclusivamente biomédico y superespecializado que no es adecuado para las necesidades de los pacientes crónicos. No resulta sanitaria-

F02

Figura 2.
Pirámide de edad española (2013).



Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. Elaborado por J. Delgado. Disponible en: <http://familia.alzfae.org/wp-content/uploads/2014/01/piramide-de-espana-2013.jpg>

mente idóneo ni socialmente eficiente, y menos aún para los pacientes pluripatológicos.

Necesitamos un modelo adicional de atención que permita garantizar la continuidad y la integralidad requeridas en la atención a los enfermos crónicos. Y así lo ha entendido la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha instado a los sistemas sanitarios de todo el mundo a adaptar sus modelos de atención a los principios del modelo de crónicos¹³.

Los objetivos generales de una estrategia de crónicos deben ser:

- Mejorar los resultados en salud y la calidad técnica de la atención.
- Mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida de pacientes y cuidadores.
- Promover la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes por la atención recibida.
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema asistencial.
- Promover una cultura de mejora continua de los procesos orientados al paciente.

Para obtener estos objetivos deberá incidirse en unas líneas estratégicas de actuación que pasarán por:

- **Estratificación o segmentación del paciente:** la segmentación es una técnica que ayuda a identificar colectivos homogéneos de pacientes y los patrones característicos de necesidad y comportamiento de cada grupo (Tabla 3).

- **Modelo de atención:** el nuevo modelo de atención a crónicos pretende redefinir la actual práctica asistencial rompiendo con la visión exclusivamente clínica y la fragmentación del sistema para construir un nuevo escenario sanitario que suponga un abordaje multidimensional del paciente, y que garantice una atención continuada e integrada (Figura 3).

1. Atención a crónicos leves: la función principal del sistema es dar soporte al autocuidado; el rol principal de los cuidados recae sobre el propio paciente. El paciente asume un papel responsable del cuidado de su salud, adquiriendo hábitos de vida saludable o aprendiendo habilidades, motivación y confianza para manejar los síntomas de la enfermedad, de tal manera que consiga una mejor calidad de vida, en colaboración con el profesional sanitario, y motivación. El objetivo es conseguir que el paciente sea una parte activa de su proceso asistencial (paciente experto, escuela de pacientes)⁸.

2. Atención a crónicos moderados: adquiere más relevancia la atención por el profesional y se habla de gestión del proceso. Se caracteriza por una corresponsabilidad equilibrada entre el sistema sanitario y el propio paciente.

3. Atención a crónicos graves: aquí hablamos de gestión de casos proactiva. El sistema asistencial asume la responsabilidad principal de los cuidados y presta un modelo de intervención proactiva que implica una intervención intensiva y programada orientada a prevenir de manera activa las descompensaciones y la pérdida de capacidad funcional.

T03

	Leve	Moderado	Severo	Total	
Asma	22.836	7.197	1.801	31.834	
Insuficiencia renal	5.014	1.507	588	7.109	
Ictus Ac. cerebrovascular	4.722	1.717	845	7.284	
Cardiopatía isquémica	6.083	1.780	673	8.536	
Insuficiencia cardíaca	1.532	607	486	2.625	
Diabetes	18.235	4.652	1.515	24.402	
EPOC con o sin Asma	5.229	1.433	896	7.558	
Dos enferm. crónicas	2 cardiocerebrovasc.	2.435	1.207	959	4.601
	1 respir + diabetes	1.794	671	375	2.840
	1 cardiocerebrvasc + diabetes	5.434	2.115	1.289	8.838
	1 cardiocerebrvasc + 1 respir	2.422	1.060	685	4.187
Tres o más de las enfermedades crónicas seleccionadas	1.552	881	1.064	3.497	
Demencia sola o acompañada de otras enfermedades crónicas	4.748	1.672	1.073	7.493	
Total	82.036	26.499	12.249	120.784	

Tabla 3.

Distribución del número de pacientes crónicos según su gravedad. Navarra, 2012.

Tomada de: Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/

F03

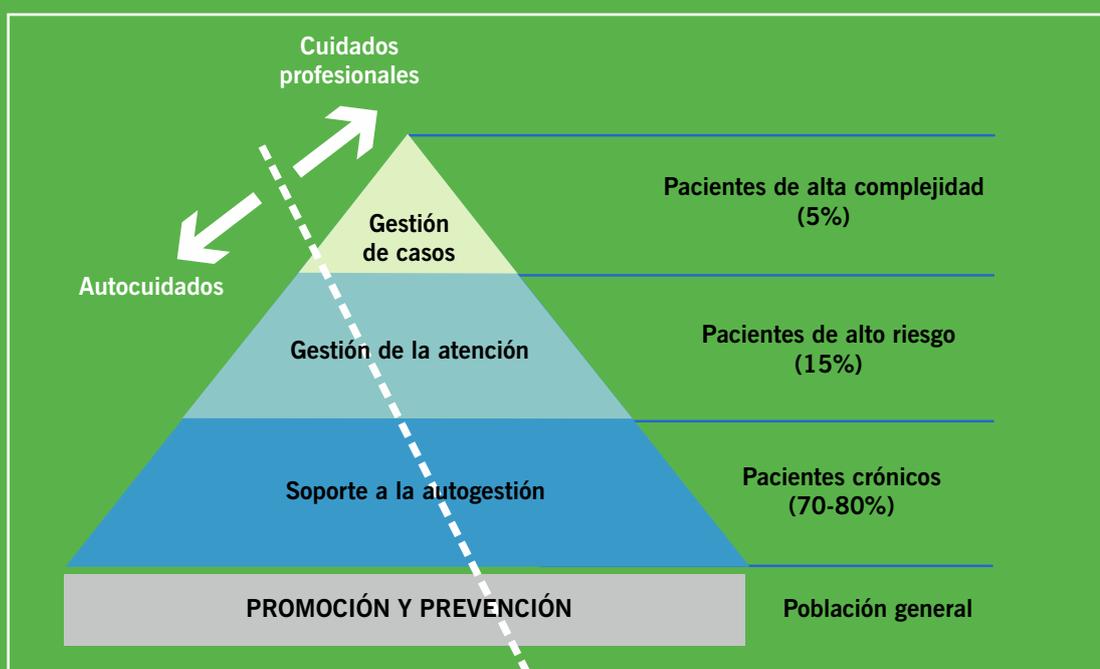


Figura 3.

Modalidades de atención de los cuidados según la pirámide de Kaiser.

Fuente: Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/

4.1. Nuevos perfiles profesionales y responsabilidades

Corresponde al médico de familia estratificar la gravedad y realizar la asignación al paciente del plan integral de atención y su personalización, así como determinar el nivel de intervención de los especialistas hospitalarios en función de la complejidad del paciente y de su situación evolutiva.

La enfermera de atención primaria desempeña una función clave y asume el papel central en el diseño, la adecuación, el seguimiento y la actualización de los planes de cuidados personalizados. Aparece un nuevo perfil, que es el de la enfermera gestora de casos, que garantiza la continuidad de la atención por todo el sistema sanitario. La enfermera de enlace hospitalaria puede aparecer en aquellas áreas clínicas o servicios con competencias avanzadas, y su labor será gestionar los casos de alta complejidad mientras permanezcan en el ámbito hospitalario y garantizar la continuidad de la atención en la transición entre niveles, en coordinación con la enfermera de atención primaria o el resto del sistema sociosanitario.

El médico especialista aparece fundamentalmente en dos niveles de atención: el especialista consultor que actúa puntualmente en una interconsulta (presencial o no) y el especialista de referencia que será un profesional con nombre y apellidos que garantizará una atención personalizada en el ámbito ambulatorio y supervisará los episodios de hospitalización (generalmente será un especialista en medicina interna o geriatría).

El trabajador social es uno de los elementos más importantes para que la atención del paciente pueda realizarse en su entorno familiar y pueda darse respuesta a sus necesidades sociosanitarias. Es la garantía de una adecuada coordinación con los servicios sociales. Experiencias como la de Torbay¹¹ han demostrado que esta coordinación ha sido relevante para los buenos resultados en la reducción de las urgencias hospitalarias y la disminución de los días de estancia hospitalaria, lo que ha conllevado una reducción del gasto sanitario.

4.2. Tecnologías de la información y la comunicación

En todas las experiencias de integración asistencial, los sistemas de información y comunicación han sido elementos esenciales. La implantación de la historia clínica electrónica, facilitando el acceso a todos los profesionales de ambos niveles que intervienen en el proceso asistencial para garantizar la calidad de la atención, evitar duplicidades de pruebas diagnósticas, minimizar la iatrogenia y, consecuentemente, mejorar la eficiencia, es imprescindible.

Los avances en las tecnologías de la comunicación están siendo una herramienta de gran utilidad por su agilidad de contacto para los sectores implicados en la integración asistencial: atención primaria, atención hospitalaria, servicios de emergencia y recursos sociales⁸.

5. El farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria y atención primaria en las organizaciones sanitarias integradas

5.1. Gestión integrada del medicamento

Actualmente los pacientes reciben medicamentos de sus médicos de atención primaria, de los del segundo nivel, de los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, y en muchas ocasiones de los profesionales que trabajan en instituciones sociosanitarias. Estas prescripciones están habitualmente compartimentalizadas, de tal forma que existe un desconocimiento, o al menos no un conocimiento exacto, entre los diferentes prescriptores de los medicamentos que toma el paciente. Por tanto, una primera necesidad, desde una perspectiva clínica, es garantizar una atención farmacéutica centrada en el

paciente y capaz de integrar coherentemente las decisiones terapéuticas de los agentes que actúan en las diferentes fases asistenciales.

El medicamento es un *input* de la atención transversal a los compartimentos asistenciales. El paciente arrastra los medicamentos por todo el sistema, y aquí se plantea un aspecto fundamental de la gestión integral del medicamento en el paciente: ¿quién asume la responsabilidad transversal e integrada del medicamento y su resultado en el paciente?

Los diversos modelos de integración asistencial que empieza a haber en las diferentes comunidades autónomas han llevado en al-

gunos casos a que los farmacéuticos de atención primaria y los farmacéuticos de hospital trabajen bajo una misma gerencia u organización integrada. Independientemente de cuál sea la organización, las actividades del farmacéutico se enclavarán bien en el ámbito de la atención primaria o bien en el ámbito hospitalario, teniendo en cuenta que se necesitará una coordinación apropiada entre ambos y que deben tener como eje de trabajo la atención al paciente.

Más allá del control y la supervisión de la medicación en las transiciones asistenciales, que como hemos visto es de especial trascendencia e importancia, nos encontramos en la actualidad con una realidad cada vez más preocupante, como es la **polimedicación** crónica. El uso de más medicamentos de los clínicamente indicados, o de **fármacos inadecuados** tanto en términos cualitativos como cuantitativos, es un problema de salud pública de primer orden. Conceptos como el establecimiento de la carga farmacológica tolerada y la “**desprescripción**” deben empezar a formar parte de las tareas habituales del médico de atención primaria.

La receta electrónica es ya una realidad en gran parte de nuestro Sistema Nacional de Salud, y es de esperar que en un corto periodo de tiempo esté totalmente extendida tanto en atención primaria como en el segundo nivel asistencial. Los módulos de prescripción electrónica integrados en la historia clínica de atención primaria, especializada y hospitalaria muestran en tiempo real la información del plan de medicación del paciente (medicamento, posología y duración del tratamiento). Consiguen, además, una comunicación directa mediante mensajería o alertas entre los médicos prescriptores y la propia oficina de farmacia.

5.2. Principales tareas de la gestión integrada del paciente crónico/polimedcado en el ámbito hospitalario

5.2.1. Conciliación de la medicación al ingreso y al alta

Un importante porcentaje de los errores de medicación se producen en la transición asistencial¹⁷. La pluripatología y la polimedicación de los pacientes, la falta de un registro único de salud, la necesaria adaptación a la guía de hospital y la propia estancia hospitalaria son las principales razones de la necesaria conciliación.

El farmacéutico de hospital debe ser el profesional responsable de la valoración del listado completo y exacto de la medicación previa del paciente con la prescripción médica después de la transición asistencial. Si se encuentran discrepancias, duplicidades o interacciones en los tratamientos crónicos y hospitalarios, deben comentarse con el médico y, si procede, modificar la prescripción médica¹⁸.

En este contexto, el farmacéutico de hospital debe desarrollar las siguientes funciones relacionadas con la cronicidad¹⁶:

- Establecer y aplicar los procedimientos oportunos para garantizar la **conciliación** de la medicación en los pacientes pluripatológicos hospitalizados.
- Establecer y aplicar los procedimientos oportunos para la mejora de la **seguridad**, identificando interacciones, contraindicaciones y **efectos adversos**.
- Desarrollar actividades dirigidas a evaluar y mejorar el **cumplimiento** terapéutico del paciente.

- Colaborar en la educación al paciente crónico grave para el mejor conocimiento de los medicamentos prescritos al alta, que permita mejorar su seguridad y garantizar un mejor cumplimiento terapéutico (qué toma, para qué, cuándo y cómo, durante cuánto tiempo, posibles efectos adversos, etc.).
- Recomendar sistemas personalizados de dosificación (SPD) al alta en aquellos pacientes que lo requieran.
- Participar en la definición de los patrones de tratamiento farmacológico de los perfiles de pacientes priorizados.

5.2.2. Información al paciente

En el momento del alta es clave que los profesionales sanitarios que gestionan al paciente transmitan la información oral y escrita suficiente para que este pueda gestionar adecuadamente su tratamiento. En este sentido, el farmacéutico de hospital debe tener un papel importante en la elaboración de dicha información.

Con los pacientes que necesiten recibir medicamentos dispensados en el hospital, los farmacéuticos de hospital serán los responsables de la información oral y escrita sobre los medicamentos dispensados en su servicio, pero también reforzarán la información sobre el resto de los medicamentos que toma el paciente, ya que la historia única permitirá un conocimiento completo del historial farmacológico del paciente.

5.2.3. El farmacéutico de hospital en el ámbito sociosanitario

Cada vez más comunidades están legislando acerca de la atención farmacéutica en

los centros sociosanitarios¹⁹. De esta forma, se está empezando a dar servicio farmacéutico a centros sociosanitarios desde algunos servicios de hospital. A este respecto, el suministro, la supervisión, el control y la gestión integral del medicamento los realiza el farmacéutico de hospital, incorporándose de alguna forma al equipo asistencial y participando en la valoración integral del paciente en colaboración con el resto de los profesionales del centro sociosanitario.

Sea como sea en el futuro, en este campo, cada vez más centros sociosanitarios dispondrán de atención farmacéutica desde servicios de farmacia propios, mancomunados o desde un servicio de farmacia hospitalario o central, y será el farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria y atención primaria quien gestionará la atención farmacéutica de los residentes en esos centros.

5.3. Principales tareas de la gestión integrada del paciente crónico/polimedicado en el ámbito de atención primaria

5.3.1 Revisión de la medicación²⁰

Diferentes estudios muestran una alta incidencia de problemas relacionados con los medicamentos, sobre todo en población mayor de 65 años, que podrían ser corregidos con una revisión sistemática de la medicación. La revisión de la medicación se fundamenta en la adecuación del tratamiento farmacológico a lo largo del tiempo en el paciente crónico (Tabla 4). En general, la adecuación lleva implícitos una serie de valores y procedimientos que reflejan la calidad de la prescripción farmacológica:

T04

Tabla 4.

Tipo de revisión de la medicación.

Tipo de revisión de la medicación						
Características del tipo de revisión de la medicación						
	Objetivo de la revisión	Presencia del paciente	Acceso información clínica del paciente	Incluye todo el listado de medicamentos	Incluye medicamentos sin receta y fitoterapia	Revisión de medicamentos y/o condición clínica
Tipo 1.	Revisión de la prescripción					
Tipo 2.	Revisión de la prescripción, a concordancia y adherencia terapéutica					
Tipo 3.	Revisión clínica de la medicación					
Tipo 1	Revisa elementos técnicos de la prescripción: anormalidades, cambios y coste efectividad.	NO	Posiblemente	Posiblemente	NO	Sólo medicamentos
Tipo 2	Revisar los aspectos relacionados con el comportamiento del paciente en el manejo de la medicación.	SÍ	Posiblemente	SÍ	SÍ	Utilización de los medicamentos
Tipo 3	Revisar los aspectos relacionados con el uso de medicamentos del paciente en el contexto de su condición clínica.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	Medicamentos, utilización y condiciones clínicas

Fuente: Izko N, Massot M, Palma D. Revisión de la medicación. En: Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: SEFAP; 2012. p. 73-121.

- Tener en cuenta las necesidades reales del paciente en relación con la medicación.
- Considerar la carga farmacológica tolerada por el paciente, así como las preferencias de este.
- Conocer los aspectos técnicos y científicos sobre el uso racional del medicamento y el beneficio general de la medicación para el paciente y sus familiares.

La revisión de la medicación presenta numerosos beneficios para el paciente:

- Mejora su seguridad, reduciendo los problemas relacionados con los medicamentos:
 - Eliminar la medicación que el paciente no necesite.
 - Prescribir un fármaco que necesita y en cambio no figura.
 - Detectar acontecimientos adversos respecto a sus medicamentos.
 - Disminuir los ingresos hospitalarios, las visitas a urgencias y las visitas médicas causadas por reacciones adversas de sus medicamentos.
- Mejora sus resultados en salud y logra un mayor control de sus patologías.
- Aumenta la adherencia terapéutica.
- Mejora la calidad asistencial y de vida del paciente.

En la revisión crítica y estructurada de la medicación de estos pacientes, el farmacéutico realiza la máxima expresión de su potencial como farmacéutico clínico. La presentación al

médico y la enfermera de atención primaria de los informes de revisión de la medicación debe ser un trabajo sistemático en aquellos pacientes seleccionados por su complejidad o polimedición.

Las herramientas más utilizadas para llevar a cabo este trabajo son los criterios de Beers, los *STOPP*, el cuestionario *Hamdy* y la *NO TEARS TOOL*, aunque existen otros que generalmente son de mayor complejidad.

5.3.2. Mejora de la adherencia terapéutica²¹

Un informe publicado por la OMS menciona que la no adherencia en la toma de la medicación en los países desarrollados puede afectar al 50% de los pacientes diagnosticados de patologías crónicas. Las consecuencias de una baja adherencia terapéutica tienen una enorme relevancia sanitaria, pues disminuye la eficacia de las recomendaciones sanitarias, se desaprovechan recursos al financiar fármacos que luego no son tomados y se dificulta la evaluación de los resultados terapéuticos.

El farmacéutico en el ámbito de atención primaria debe contribuir a la formación de los miembros del equipo de atención primaria en todas las dimensiones relacionadas con la medicación. Su rol debe centrarse en promover las estrategias para mejorar las habilidades de los profesionales sanitarios para favorecer la adherencia terapéutica de sus pacientes. Así mismo, debe facilitar la formación sobre efectos adversos e interacciones medicamentosas destinada a los profesionales de atención primaria, dada su relevancia en los problemas relacionados con la adherencia. Por otro lado, la expansión de las tecnologías de la información en atención primaria permite sistematizar la identifica-

ción de los problemas relacionados con la adherencia y adaptar las estrategias de mejora a estos.

Los profesionales de atención primaria pueden contar con algoritmos que valoren la adherencia y así poder sistematizar las intervenciones para mejorarla (Tabla 5).

5.3.3. Información sobre los medicamentos a los pacientes²²

Informar al paciente sobre los medicamentos es un elemento básico que debe considerarse como un eslabón más dentro del proceso farmacoterapéutico del paciente, en el cual

quedan englobados aquellos aspectos necesarios para conseguir el éxito de la terapia farmacológica. Sin embargo, existen datos que evidencian que el aspecto de la asistencia sanitaria en el que los pacientes expresan mayor insatisfacción es en la información proporcionada por los profesionales sanitarios. A este respecto, el papel fundamental del farmacéutico de atención primaria será formar a los profesionales de este ámbito sobre las cuestiones clave en la información acerca de medicamentos dirigida a los pacientes, así como el diseño y la elaboración de la información escrita que se les debe entregar (Tabla 6).

Para todos los tratamientos	
Información	<ul style="list-style-type: none"> - Simplificar la pauta tanto como sea posible. - Proporcionar al paciente instrucciones claras sobre el régimen terapéutico prescrito a ser posible entregarlas también por escrito.
Para tratamientos crónicos	
Recordatorios	<ul style="list-style-type: none"> - Prescribir la medicación adaptada a las actividades cotidianas del paciente. - Recordar la importancia del cumplimiento en cada visita. - Ajustar la frecuencia de las visitas a las necesidades del paciente. - Llamar al paciente si no acude a la visita programada.
Premios	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer los esfuerzos que realiza el paciente en cada visita para mejorar la adherencia. - Reducir el número de visitas si la adherencia es adecuada.
Soporte social	<ul style="list-style-type: none"> - Implicar a familia y amigos.

Fuente: Amado E. La adherencia terapéutica. En: Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: SEFAP; 2012. p. 129-54.

Mensajes clave	
• Denominación Común Internacional y nombre comercial del medicamento.	
• Indicación y acción esperada: <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo que ha de transcurrir hasta el inicio de la acción terapéutica. - Descripción de los síntomas que desaparecerán y de aquellos que no lo harán. 	
• Dosis, frecuencia y vía de administración.	
• Duración del tratamiento.	
• Administración del tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas adecuadas de administración. - Administración respecto a los alimentos. - Otras consideraciones especiales. 	
• Precauciones.	
• Reacciones adversas: <ul style="list-style-type: none"> - Cómo reconocerlas. -Cuál puede ser su gravedad. - Cuánto puede durar. - Qué hacer si se presentan. 	
• Medidas frente al olvido de una dosis.	
• Interacciones con otros medicamentos, pero sólo las más frecuentes o que puedan tener relevancia clínica con fármacos que no necesitan prescripción médica y a los que, por tanto, el paciente tenga una mayor facilidad de acceso.	

Fuente: Durán C. Entrevista clínica e información de medicamentos a pacientes. En: Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: SEFAP; 2012. p. 11-33.



Tabla 5.

Estrategias de mejora de la adherencia terapéutica propuestas por Haynes.



Tabla 6.

Mensajes clave en la información escrita sobre medicamentos.

6. Bibliografía

1. Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(Supl):94-101.
2. Foro de Transformación Sanitaria: la implementación de sistemas locales de salud. Deusto Business School Health; 2014.
3. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm.* 1993;38(4):447-66.
4. Kodner D, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care.* 2002;2:e12.
5. Organizaciones sanitarias integradas: modelos organizativos y alianzas estratégicas con el entorno. Barcelona: Antares Consulting; 2013. (Consultado el 2 de enero de 2015.) Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/73b5cd2b6bc5148c117f68db4d7eff2a4f03f68f.pdf>
6. Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hosp Health Serv Adm.* 1993;38(4):467-89.
7. Burns LR, Pauly MV. Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care? *Health Affairs.* 2002;21:128-43.
8. Aguilera M, Prieto A. Gestión clínica en atención primaria. Retos de la gestión integrada. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014. Tema 13.2. (Consultado el 21 de diciembre de 2014). Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500949&dsID=n13.02_Gestion_Clinica_en_atencion_primaria.pdf
9. Curry N, Ham C. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. The King's Fund. 2010. (Consultado en diciembre de 2014.) Disponible en: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/clinical-and-service-integration>
10. Shapiro J, Smith S. Lessons for the NHS from Kaiser Permanente. *BMJ.* 2003;327:1241.
11. Thistlethwaite P. The King's Fund. 2011. (Consultado en diciembre de 2014.) Disponible en: <http://www.kingsfund.org.uk/press/press-releases/kings-fund-and-nhs-confederation-hold-joint-nhs-workforce-conference>
12. Boaden R, Dusheiko M, Gravelle H, Parker S, Pickard S, Roland M, *et al.* Evercare: evaluation of the Evercare approach to case management: final report. National Primary Care Research and Development Centre (NPCRDC). 2006. (Consultado en diciembre de 2014.) Disponible en: <http://www.population-health.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdc-archive/Publications/NOV06%20EVERCARE%20FINAL%20REPORT.pdf>
13. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. (Consultado en enero de 2015.) Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
14. Fundación Gaspar Casal. El blog de Juan del Llano. (Consultado en diciembre de 2014.) Disponible en: <https://fundaciongasparcasal.wordpress.com/2012/09/28/integracion-de-niveles-asistenciales-y-descentralizacion-sanitaria-evaluar-evaluar-y-evaluar/>

15. Osatzen. Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria. Movimiento No sin primaria 2014. (Consultado en diciembre de 2014.) Disponible en: <http://www.osatzen.com/blog-osatzen/2014/09/movimiento-nosinprimaria.html>
16. Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. 2013. (Consultado en diciembre de 2014.) Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos
17. Rozich JD, Resar RK. Medication safety: one organization's approach to the challenge. *J Clin Outcomes Manag.* 2001;8(10):27-34.
18. Roure C, Delgado O, Aznar MT, Villar Y, Fuster L. Grupo coordinador del grupo de trabajo de la SEFH de conciliación de la medicación. Documento de consenso sobre terminología, clasificación y evaluación de los programas de conciliación de la medicación 2009. Barcelona: Mayo; 2009.
19. Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica. *Boletín Oficial de Navarra*, nº 143, de 27 de noviembre de 2000.
20. Izko N, Massot M, Palma D. Revisión de la medicación. En: Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: SEFAP; 2012.p. 73-121.
21. Amado E. La adherencia terapéutica. En: Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: SEFAP; 2012: p. 129-54.
22. Durán C. Entrevista clínica e información de medicamentos a pacientes. En: Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: SEFAP; 2012.p. 11-33.



3

Valoración del tratamiento del paciente crónico polimedicado

Fernando do Pazo Oubiña
Ángel García Álvarez
Jesús Martínez Sotelo
Raquel María Rodríguez Rincón



Fernando do Pazo Oubiña

Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria,
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.



Ángel García Álvarez

Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria,
Hospital Comarcal de Inca, Inca (Mallorca).



Jesús Martínez Sotelo

Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria,
Hospital Comarcal de Inca. Inca (Mallorca).



Raquel María Rodríguez Rincón

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria,
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.

Índice

1. Introducción
2. Adecuación de la prescripción
3. Seguridad del paciente polimedcado
4. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes polimedcados
5. Conclusiones
6. Bibliografía

1. Introducción

1.1. Concepto de polimedicación

El término “polimedicación”, tan de moda en los últimos años, en realidad lleva utilizándose desde hace más de 150 años, cuando ya se reconocía que la prescripción de varios fármacos podía producir daño y debería hacerse con precaución¹. En la actualidad no hay un acuerdo claro para definir la polimedicación. Desde un punto de vista cuantitativo, hace referencia a la toma de un número determinado de fármacos, que varía en función de la bibliografía consultada, pero el más utilizado es la toma de cinco o más fármacos²; sin embargo, la definición del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad³ considera polimeditados a aquellos pacientes con enfermedad crónica que están tomando más de seis medicamentos, de forma continuada, durante un período igual o superior a 6 meses. Desde un punto de vista cualitativo, se considera polimeditado a aquel paciente que toma fármacos clínicamente no indicados o fármacos inadecuados para él⁴. Este punto

de vista cualitativo es el más interesante en la práctica clínica, pero también guarda relación con el criterio cuantitativo, pues a mayor número de fármacos mayor es la probabilidad de que haya alguno no indicado o inadecuado⁵.

Habitualmente se habla de la polimedicación como algo negativo, pero puede ser necesaria en pacientes que requieran varios medicamentos para el control de sus múltiples procesos⁶, y por ello es preciso diferenciar entre polimedicación adecuada e inadecuada. La polimedicación adecuada se dará en los pacientes que toman muchos fármacos, todos ellos indicados y basados en la mejor evidencia, con la intención de prolongar la vida, mejorar la calidad de vida y minimizar los daños relacionados con los medicamentos. El objetivo en este caso será mantener la adecuación del tratamiento. Por el contrario, la polimedicación inadecuada se dará cuando se prescriban fármacos inapropiados, más fármacos de los clínicamente indicados o no se alcancen los beneficios esperados. Puede deberse, entre otros factores, a tratamientos

no basados en la evidencia, a que el riesgo de daños supere los beneficios, a dificultades para la adherencia al tratamiento, a que la combinación de fármacos sea peligrosa debido a las posibles interacciones, o a que se prescriban fármacos para tratar los efectos adversos producidos por otros fármacos. El objetivo en este caso será reducir los fármacos inapropiados^{2,7}.

1.2. Prevalencia de la polimedicación y consumo de fármacos

Tanto la prevalencia de la polimedicación como el consumo de fármacos por paciente ha ido creciendo en las últimas décadas. La prevalencia de pacientes polimedificados se situaba en el 37,8% en 1998 según datos de Asturias, considerando el consumo de cuatro o más fármacos⁸, mientras que publicaciones más recientes en nuestro entorno la sitúan cerca del 50% en población mayor de 65 años no institucionalizada⁹. La prevalencia de polimedicación también se ha incrementado en otros países: en Inglaterra pasó de un 11,9% en 2001 a un 18,3% en 2011, en Escocia se incrementó del 12% al 22% entre 1995 y 2010⁷, y en población italiana mayor de 65 años el consumo de cinco o más fármacos aumentó del 9% al 22% entre 1995 y 1998¹⁰. En los Estados Unidos, la prevalencia de polimedicación se situaba en un 29,4% en el año 2008⁴. En cuanto al consumo de fármacos, en España los mayores de 65 años no institucionalizados tomaban $2,6 \pm 2$ medicamentos en el año 1998¹¹, y según nos muestra el estudio de Molina *et al.*⁹ esta cifra se incrementó hasta 8 en el año 2012.

Diversos factores se asocian a un mayor consumo de fármacos, y entre ellos el principal

es el número de diagnósticos, cosa que parece lógica¹². En este sentido, las guías de práctica clínica no siempre nos sirven de ayuda y, de hecho, pueden ser en parte culpables porque pueden inducir a polimedicar. Las guías de práctica clínica describen la utilización de tratamientos para mejorar la calidad de vida, prevenir enfermedades y prolongar la vida, incluyendo el uso de tratamientos preventivos en pacientes que aún no han presentado síntomas, basándose en resultados de estudios controlados que pueden no reflejar la realidad de la multimorbilidad o la de los pacientes ancianos, y sin tener en cuenta las preferencias de los pacientes. Por tanto, las guías de práctica clínica pueden promover la polimedicación y aumentar el riesgo de eventos adversos. Es necesario considerar lo que es realmente importante para el paciente en función de su calidad de vida y de su esperanza de vida, teniendo en cuenta a la vez el balance beneficio-riesgo del medicamento^{1,6,7}.

La edad es también un factor clave relacionado con el mayor consumo de fármacos. El incremento de la esperanza de vida y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, junto con una mayor frecuentación de los sistemas sanitarios, hacen que sean los pacientes ancianos los que consumen más fármacos. El hecho de que además haya múltiples prescriptores incrementa también el riesgo de polimedicación inadecuada, ya que no siempre se tienen en cuenta las patologías de base del paciente ni los tratamientos previos^{1,12}.

1.3. Consecuencias de la polimedicación

La polimedicación se asocia con consecuencias negativas, tanto para el paciente como

para el sistema sanitario. Se incrementan los riesgos de eventos adversos, interacciones, falta de adherencia, reducción de la capacidad funcional, caídas, síndromes geriátricos, ingresos hospitalarios y muerte^{13,14}. Los pacientes ancianos son especialmente sensibles a la polimedicación; los cambios farmacocinéticos (en la absorción, la distribución, el metabolismo y la excreción) y farmacodinámicos (densidad de receptores, transducción de señales y respuestas intracelulares) que se producen con la edad, junto con las limitaciones cognitivas y funcionales, hacen que presenten mayor riesgo de falta de efi-

cia, mala adherencia, reacciones adversas e interacciones. El manejo y el efecto de los fármacos serán diferentes que en un paciente joven^{15,16}.

Las consecuencias para el sistema sanitario se derivan del coste que implica la polimedicación, tanto por el propio coste directo de los medicamentos como por los costes derivados del incremento de la morbilidad/mortalidad, de las consultas externas y de los ingresos por episodios adversos producidos por fármacos^{12,13,17}.

2. Adecuación de la prescripción

2.1. Concepto e importancia de la adecuación de la prescripción

La prescripción adecuada de medicamentos se relaciona estrechamente con el concepto de “uso racional de los medicamentos”¹⁸, que fue definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985 como aquel en el que *“los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado; y al menor coste posible para ellos y para la comunidad”*¹⁹.

Diferentes autores consideran “prescripción adecuada” cuando existe una evidencia clara que apoya su uso en una determinada indicación, es bien tolerada y presenta un perfil de coste-efectividad favorable²⁰, y “prescripción potencialmente inapropiada” (PPI) cuando los riesgos asociados a la prescripción de un

fármaco superan los posibles beneficios en un paciente concreto, por ejemplo para una indicación no claramente basada en la evidencia, en dosis mayores o durante períodos más largos de lo necesario, en combinación con otros fármacos de la misma clase, en combinación con otros fármacos que pueden dar lugar a interacciones fármaco-fármaco o fármaco-enfermedad, o en pacientes susceptibles de sufrir ciertas reacciones adversas. Así mismo, también pueden considerarse PPI aquellos medicamentos que presentan alternativas más coste-efectivas, o la falta de medicamentos necesarios para el tratamiento de una determinada enfermedad o condición²¹.

La PPI de medicamentos en el paciente crónico se considera un importante problema de salud pública²², y está íntimamente relacionada con el aumento de la morbilidad, de la mortalidad y del consumo de recursos sani-

tarios. Según diferentes estudios publicados, se considera que las reacciones adversas a medicamentos son causa de entre el 6% y el 16% de los ingresos hospitalarios de pacientes mayores, y un elevado porcentaje de ellas (32-69%) son potencialmente prevenibles²³.

2.2. Evaluación de la adecuación

Para identificar PPI se han desarrollado diversos métodos en los últimos años. Una primera gran clasificación de ellos distingue entre criterios explícitos e implícitos. Los métodos implícitos se basan en juicios clínicos que evalúan cada medicamento considerando las características del paciente y la indicación de la prescripción, mientras que los métodos explícitos se fundamentan en criterios predefinidos basados en la evidencia y en el consenso de expertos. Los métodos implícitos son muy fiables, pero presentan la desventaja de ser extremadamente laboriosos, consumir mucho tiempo y que los resultados dependen en gran medida de la formación del profesional que los aplique. Los métodos explícitos son más sencillos y reproducibles, y consumen menos recursos que los implícitos, pero presentan la desventaja de requerir constantes actualizaciones²⁴.

Entre los métodos implícitos más utilizados internacionalmente destaca el *Medication Appropriateness Index* (MAI), que consiste en un cuestionario de 10 preguntas sobre la adecuación de la prescripción valoradas con una escala Likert de 3 puntos²⁵. El cuestionario MAI cuenta, desde 2012, con una versión traducida al español y adaptada al ámbito de la atención primaria²⁶. En España, el método implícito más utilizado es el de detección de resultados negativos asociados a la medica-

ción (RNM)²⁷, definidos en el Tercer Consenso de Granada como “*resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos*”²⁸; por ejemplo, mediante el método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico, que emplea la información correspondiente a los problemas de salud y medicamentos del paciente para identificar los RNM y realizar las intervenciones necesarias para resolverlos, tras las cuales se evalúan los resultados obtenidos²⁹. Este método, inicialmente desarrollado para el entorno de la farmacia comunitaria, cuenta en la actualidad con adaptaciones para el ámbito hospitalario y de atención primaria^{30,31}.

Existen numerosas listas de criterios explícitos descritas en la bibliografía, si bien en muchos casos su utilidad está cuestionada, bien por una restricción geográfica como en el caso de los criterios IPET (*Improved Prescribing in the Elderly Tool*)³², NORGEP (*NORwegian GEneral Practice for assessing potentially inappropriate prescription to elderly patients*)³³ o CRIME (*CRiteria to assess appropriate Medication use among elderly complex patients*)³⁴, desarrollados en Canadá, Noruega e Italia, respectivamente, o bien por su cuestionable utilidad en el contexto de la mejora de la adecuación del tratamiento farmacológico, debido a que se trata de una pequeña proporción de indicadores en el seno de una estrategia de valoración integral del cuidado del paciente mayor y no se centran exclusivamente en la adecuación del tratamiento, como es el caso de los criterios ACOVE (*Assessing Care Of Vulnerable Elders*)³⁵.

Los criterios explícitos más ampliamente utilizados en la literatura son los de Beers. Desarrollados inicialmente en los Estados Unidos en 1991, y actualizados por última vez en

2012, comprenden una lista de 35 medicamentos o clases de medicamentos potencialmente inapropiados en pacientes mayores, divididos en tres categorías: 1) medicamentos y clases de medicamentos a evitar en todos los pacientes; 2) medicamentos y clases de medicamentos a evitar en pacientes con ciertas enfermedades o síndromes que estos medicamentos puedan empeorar; y 3) medicamentos que deben utilizarse con precaución³⁶. Pese a su amplia difusión internacional, la aplicación en Europa de los criterios de Beers se ha visto limitada por varias razones: muchos de los fármacos incluidos no están presentes en los formularios de la mayoría de los países europeos, y en muchos otros casos dichos fármacos no están contraindicados. Además, los criterios de Beers no reflejan otros motivos de PPI, como por ejemplo interacciones de fármacos, duplicidades o la omisión de medicamentos necesarios³⁷.

Debido a estas limitaciones de uso de los criterios de Beers en Europa, un grupo de geriatras irlandeses publicaron en 2008 los criterios STOPP-START (*Screening Tool of Older Person's Prescriptions y Screening Tool to Alert doctors to the Right i.e. appropriated, indicated Treatment*)³⁸. Se trataba de un consenso de expertos mediante el método Delphi que comprendía, inicialmente, 65 criterios de PPI en pacientes de edad igual o superior a 65 años, agrupados por sistemas fisiológicos y acompañado cada uno de ellos de una breve justificación de por qué dicha prescripción es potencialmente inapropiada (lista STOPP), y 22 indicadores de prescripción basados en la evidencia sobre medicamentos que deberían ser considerados en pacientes de edad igual o superior a 65 años con ciertas enfermedades propias de la edad avanzada, siempre y cuando no existan contraindicaciones para su uso (lista START).

Recientemente se ha publicado una actualización de los criterios STOPP-START que presenta una serie de modificaciones con respecto a la versión original: incremento de un 31% en el número de criterios con respecto a la versión 1 (la versión actualizada consta de 114 criterios: 80 STOPP y 34 START) y creación de nuevas categorías de PPI, como por ejemplo fármacos anticoagulantes/antiagregantes, fármacos que afectan o se ven afectados por la función renal y fármacos que incrementan la carga anticolinérgica dentro de los nuevos criterios STOPP, y fármacos del sistema urogenital, analgésicos y vacunas dentro de los nuevos criterios START. Esta nueva versión de los criterios STOPP-START se acompaña de dos apéndices en los que se aporta la evidencia que apoya cada uno de los nuevos criterios³⁹. Los criterios STOPP-START cuentan con una versión traducida al español, tanto de la edición original como de la versión actualizada^{24,37}.

En el año 2010 se publicó, en Alemania, una lista de 83 medicamentos correspondientes a 18 clases considerados como potencialmente inapropiados por un consenso de expertos mediante el método Delphi. Estos criterios, denominados PRISCUS, presentan una serie de ventajas frente a los otros criterios, como por ejemplo propuestas de alternativas terapéuticas y recomendaciones para la práctica clínica (por ejemplo, monitorización del tratamiento) en aquellos casos en que la administración de la medicación potencialmente inapropiada sea necesaria desde el punto de vista clínico. La principal desventaja de estos criterios es su restricción geográfica, ideados y desarrollados según el mercado farmacéutico alemán⁴⁰.

Seguramente no existe un método ideal de evaluación del tratamiento farmacológico

para pacientes pluripatológicos o polimedificados. Algunos autores consideran el empleo combinado de criterios implícitos (cuestionario resultante de la modificación del MAI tras el análisis de cada uno de sus ítems por separado) junto con criterios explícitos (STOPP-START) como la herramienta más adecuada para evaluar la adecuación del tratamiento en estos pacientes⁴¹. Empleando esta metodología, Galván-Banqueri *et al.*²⁰ identificaron un total de 840 inadecuaciones en 244 pacientes pluripatológicos.

2.3. Resultados de adecuación de la prescripción

Existen distintos estudios publicados sobre la prevalencia de PPI según los criterios STOPP-START; por ejemplo, la revisión sistemática publicada por Lam y Cheung⁴² describe una tasa de PPI en distintos ámbitos sanitarios que se muestra en la Tabla 1, y demuestra la diferencia, significativa en tres de los seis estudios considerados, de la capacidad de identificación de PPI mediante criterios STOPP/START (entre un 21,4% y un 73% de pacientes con PPI) y criterios de Beers (entre un 18,3% y un 55% de pacientes con PPI).

Como ya hemos comentado, las PPI pueden producir efectos negativos en la salud del paciente. Así lo demuestra el estudio de Dalleur

*et al.*⁴³, en el que las PPI identificadas por los criterios STOPP-START son causa o contribuyen al 27% de los ingresos hospitalarios en un hospital universitario de Bélgica.

Por este motivo, en los últimos años se han planteado intervenciones con el objetivo de mejorar la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes mayores, como las recogidas en una revisión sistemática que concluye que la intervención proactiva del farmacéutico en la revisión de la medicación y en la educación de otros profesionales sanitarios (médicos, enfermeras) tiene un efecto positivo en la adecuación de la farmacoterapia de los pacientes mayores²³.

Sin embargo, los resultados en salud de dichas intervenciones no son del todo concluyentes. Por ejemplo, un estudio realizado en España demuestra una reducción significativa de la morbilidad, pero sin diferencias sobre la mortalidad⁴⁴; resultados que no han podido corroborarse en revisiones sistemáticas internacionales, que consideran poco consistente la evidencia sobre la efectividad de la intervención del farmacéutico en términos de salud, calidad de vida y coste-efectividad²³, o que dicha intervención produce una ligera tendencia, aunque sin diferencias significativas, a la reducción de los ingresos hospitalarios no programados (RR: 0,97; IC95%: 0,88-1,07)⁴⁵.

Ámbito sanitario	PPI-STOPP	PPI-START
Atención primaria	21,4% - 36%	22,7%
Atención secundaria	34,5% - 77%	41,9% - 65%
Sociosanitario	66,1% - 75,6%	

PPI: prescripciones potencialmente inapropiadas.



Tabla 1.
Prevalencia de PPI.
(adaptada de ref. 42).

3. Seguridad del paciente polimedicado

La creciente complejidad de los sistemas sanitarios y del entorno de la práctica clínica han hecho necesaria la puesta en marcha de iniciativas que garanticen la **seguridad** de los pacientes, de manera que ésta se ha convertido en los últimos años en un componente clave de la calidad asistencial⁴⁶. Numerosas instituciones internacionales, nacionales y autonómicas han desarrollado programas para promover la seguridad del paciente como principio fundamental de la asistencia sanitaria. En el año 2004, la OMS creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente bajo el lema *"Primero no hacer daño"*⁴⁷. Pero en el caso concreto de los medicamentos, ¿a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de no causar daño? ¿No son los medicamentos la estrategia terapéutica más utilizada por los sistemas sanitarios? ¿Pueden ser los medicamentos una nueva fuente de morbilidad?

La capacidad de los medicamentos de producir efectos perjudiciales ha sido una de las preocupaciones desde el inicio de la terapéu-

tica. Actualmente disponemos de un gran arsenal de medicamentos, y aunque desempeñan un papel fundamental en el aumento de la calidad y la expectativa de vida de los pacientes, es indiscutible también su capacidad para producir efectos adversos. Los acontecimientos adversos por medicamentos constituyen una patología emergente, con una gran repercusión asistencial, social y económica⁴⁸.

3.1. Efectos adversos de los medicamentos

Cuando a un paciente se le prescribe un medicamento, se espera que obtenga unos beneficios asumiendo ciertos riesgos. Estos riesgos no son únicamente consecuencia de las propiedades del medicamento en sí, sino también de la forma en que se utiliza con y por los pacientes. Por tanto, un **efecto adverso** relacionado con la medicación puede definirse como cualquier daño causado por

el uso terapéutico adecuado o no de un medicamento (incluyendo la falta de uso)⁴⁹.

Podemos clasificar los efectos adversos de los medicamentos en dos tipos⁵⁰:

- No prevenibles: se corresponden con las reacciones adversas a medicamentos (daño sin error), se producen a pesar de un uso adecuado de la medicación y no pueden prevenirse aunque se tomen las medidas adecuadas para evitarlos.
- Prevenibles: son aquellos causados por errores de medicación que pueden producir daño o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos (daño y error).

El número de medicamentos que un paciente toma se asocia con el riesgo de sufrir interacciones y acontecimientos adversos, que se incrementa a medida que aumenta el número de medicamentos. Por tanto, el paciente polimedcado constituye una de las poblaciones más vulnerables a este problema.

3.2. Impacto de los efectos adversos de los medicamentos en la asistencia sanitaria

En los últimos años se han publicado en España dos estudios de ámbito nacional que han investigado la magnitud de los efectos adversos ligados a la asistencia: el estudio ENEAS, realizado en hospitales, y el estudio APEAS, realizado en atención primaria. En el estudio ENEAS⁵¹, el 4% de los pacientes revisados presentaba algún efecto adverso ligado a la medicación, de los cuales aproximadamente un 35% podrían haberse evitado. El estudio

APEAS⁵² reveló que alrededor del 48% de los efectos adversos estaban relacionados con la medicación, y de éstos aproximadamente un 56% eran evitables. Según ambos estudios, la medicación es la primera causa de acontecimientos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en España.

3.3. Cascada de la prescripción

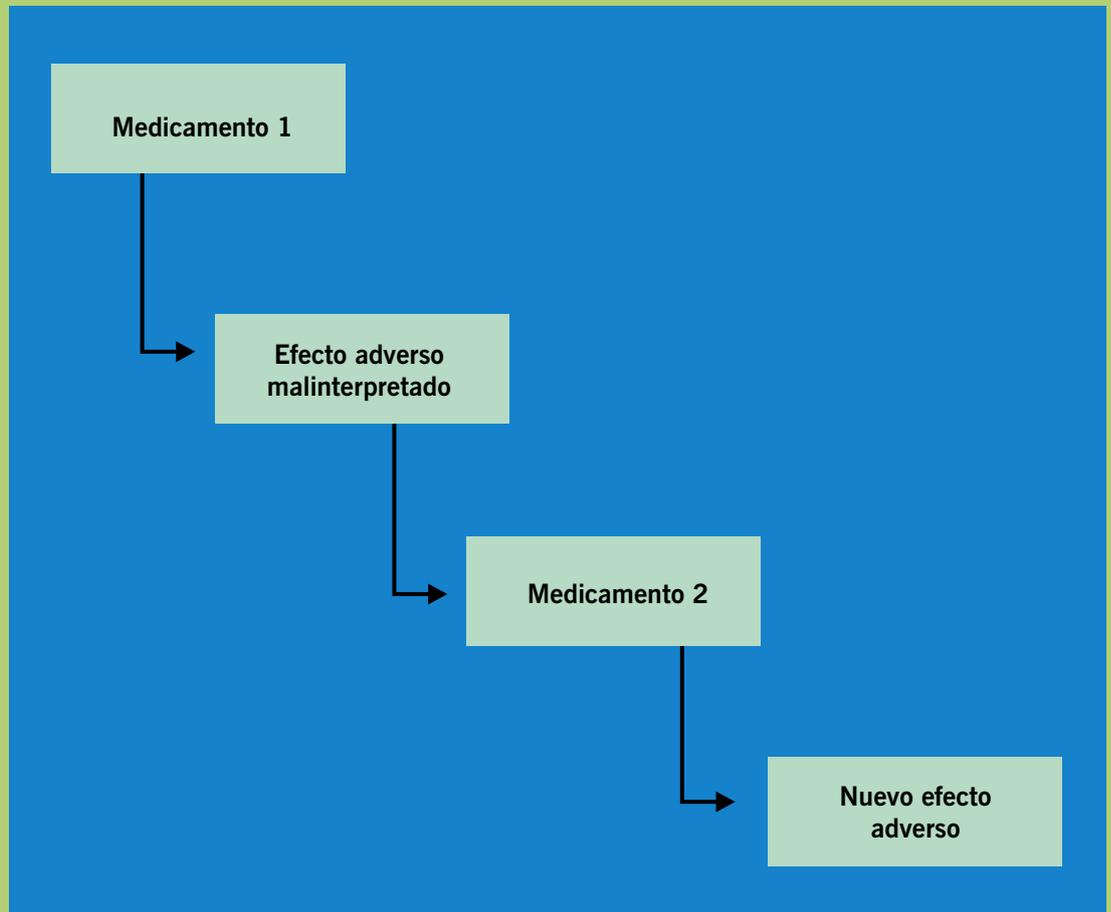
En ocasiones, reconocer un evento adverso relacionado con medicamentos no resulta fácil, pues puede confundirse con un síntoma de un nuevo problema de salud que requiere tratamiento con otro fármaco. Este hecho, además de dificultar el reconocimiento del efecto adverso, aumenta la exposición del paciente a nuevos eventos. Un evento adverso mal interpretado desencadena el inicio de la cascada terapéutica (Figura 1)⁵³.

La prescripción en cascada también puede aparecer cuando nos anticipamos a la aparición de una reacción adversa, como por ejemplo la prescripción de un inhibidor de la bomba de protones para evitar los efectos adversos gastrointestinales asociados al uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE)⁵⁴.

Los ancianos con enfermedades crónicas y múltiples terapias con medicamentos tienen un riesgo particularmente elevado de prescripción en cascada, que tiene la capacidad de ocasionar graves daños a los pacientes. Concienciar a los prescriptores sobre esta secuencia de eventos puede ser un paso importante para minimizar la ocurrencia de acontecimientos adversos por medicamentos prevenibles asociados a prescripciones subóptimas⁵³.

F01

Figura 1.
Cascada terapéutica
(adaptada de ref. 53).



3.4. Prevención de la prescripción en cascada

Entre los principios que pueden aplicarse para prevenir la cascada de prescripción se encuentran⁵⁴:

- La identificación temprana de eventos adversos relacionados con medicamentos, ya que su mala interpretación precipita el inicio de la cascada terapéutica, por lo que éste constituye un principio clave en la prevención.
- Algunos eventos adversos por medicamentos se relacionan directamente con la dosis, por lo que es recomendable comenzar un nuevo tratamiento con dosis bajas y adaptarlas para disminuir los riesgos.
- Los eventos adversos suelen aparecer en los primeros meses de tratamiento, por lo que debe considerarse la posibilidad de que cualquier síntoma nuevo esté causado por una reacción adversa, sobre todo si recientemente se ha iniciado o modificado la dosis de un tratamiento.
- Cuando aparece un efecto adverso por un medicamento es deseable utilizar estrategias no basadas en nuevos tratamientos farmacológicos; por ejemplo, reducir la dosis del fármaco que produce el evento adverso es apropiado cuando éste es dependiente de la dosis, o probar un fármaco diferente con un efecto similar y menor riesgo de producir efectos adversos⁵⁵.
- Reconsiderar la necesidad del medicamento causante del efecto adverso.
- Especial precaución en la utilización de medicamentos de reciente comercialización, ya que la experiencia con ellos es limitada⁵⁵; algunos autores abogan por la regla de los 7 años (esperar 7 años antes de usar el medicamento), con el fundamento de que se tardan aproximadamente entre 5 y 10 años en identificar todos los efectos adversos significativos de un nuevo medicamento⁵⁶.
- Educar a los pacientes sobre los posibles efectos adversos de los medicamentos para asegurar que se identifican tan pronto como sea posible. A menudo los prescriptores temen incentivar la no adherencia a un medicamento al proporcionar información a los pacientes sobre los efectos adversos. Sin embargo, se ha demostrado que estos temores son exagerados y que se producen beneficios en los pacientes mejor informados^{57,58}.
- La prescripción de un medicamento para contrarrestar una reacción adversa de otro medicamento sólo debe hacerse tras una cuidadosa evaluación, y cuando los beneficios de continuar el tratamiento con el primer medicamento superen los riesgos de posibles reacciones adversas adicionales por el segundo medicamento⁵⁹.

3.5. Interacciones

Una interacción farmacológica se produce cuando los efectos de un fármaco son modificados por la presencia de otro fármaco, un preparado fitoterapéutico, un alimento, una sustancia química ambiental o una enfermedad.

3.5.1. Interacciones medicamento-medimento

El incremento de la esperanza de vida, el número de diagnósticos y un mayor número de fármacos prescritos implican un mayor riesgo de interacciones⁶⁰. Cuando un paciente toma entre cinco y nueve medicamentos tiene un riesgo del 50% de sufrir una interacción, mientras que este riesgo se incrementa al 100% cuando toma 20 o más medicamentos⁶¹. En un estudio llevado a cabo en ancianos, casi el 50% de los pacientes presentaban una posible interacción fármaco-fármaco⁶². Por tanto, la polifarmacia es un predictor significativo de interacciones de medicamentos, que son causa frecuente de eventos adversos prevenibles y de ingresos hospitalarios.

Estas interacciones son de dos tipos: farmacocinéticas y farmacodinámicas. Las interacciones farmacocinéticas se producen cuando un medicamento altera la absorción, la distribución, el metabolismo o la excreción de otro, y las interacciones farmacodinámicas se producen cuando el efecto de un medicamento es potenciado o inhibido por otro medicamento. Los fármacos con un estrecho rango terapéutico, como la digoxina, son de especial preocupación por su alta toxicidad. En la Tabla 2 se encuentran las interacciones de medicamentos más frecuentes en los pacientes polimedcados, acompañadas de alternativas terapéuticas y del manejo recomendado de la interacción⁶⁰.

3.5.2. Interacciones medicamento-alimento

La proporción de eventos adversos debidos a interacciones de medicamentos y alimentos no se conoce exactamente, y en muchas ocasiones éstas sólo se detectan cuando se

produce una reacción adversa grave (acenocumarol y alimentos ricos en vitamina K)⁶³.

Su frecuencia puede ser mucho mayor ya que los alimentos son, con gran diferencia, la sustancia que más se asocia con la administración de medicamentos. Por ejemplo, la ingestión de fibra con determinados medicamentos, como las sales de litio, podría reducir su absorción, por lo que se recomienda evitar la administración conjunta y tomar los medicamentos 1 hora antes o 4 horas después de la ingestión de la fibra⁶³.

3.6. Conciliación

Uno de los problemas de seguridad más habituales es la falta de información precisa y completa sobre los medicamentos que toma un paciente en las transiciones entre los distintos niveles asistenciales. Las transiciones colocan al paciente en una situación de riesgo de sufrir errores de medicación, que pueden derivar en efectos adversos e ingresos hospitalarios evitables^{64,65}. Diversos estudios han puesto de manifiesto que hay errores entre la medicación prescrita al ingreso y la medicación domiciliaria hasta en un 67% de las prescripciones realizadas en el momento del ingreso hospitalario, porcentaje que llega hasta el 95% cuando se analiza y considera también la información sobre alergias o reacciones adversas previas⁶⁶. En el alta también se producen discrepancias hasta en un 66% de los informes⁶⁷.

Los errores de **conciliación** constituyen un problema de seguridad y son un asunto prioritario dentro de la estrategia de seguridad del paciente. La conciliación de la medicación es el proceso formal por el que se valora el listado completo y exacto de la medicación

T02

Tabla 2.

Interacciones medicamento-medicamento significativas más frecuentes (adaptada de ref. 60).

Fármacos	Resultado posible	Manejo y alternativas
Antidiabéticos + betabloqueantes	Hipoglucemia (descrita también en pacientes diabéticos con betabloqueantes de administración oftálmica). Enmascara síntomas como el temblor y la taquicardia.	Preferible el empleo de betabloqueantes de tipo cardioselectivo (atenolol, metoprolol). Precaución: evitar el propanolol. Vigilar la glucemia. Otros síntomas, como dolor de cabeza, mareo, somnolencia y sudoración, pueden no verse afectados.
Anticoagulantes orales + AINE	Riesgo de hemorragias, principalmente hemorragia gastrointestinal.	Esta asociación debe evitarse, aunque en ocasiones es necesario usar un antiinflamatorio. En este caso, es preferible usar un inhibidor de la COX 2 durante el menor tiempo y a la menor dosis posible, y acompañarlo de un IBP. Esta estrategia no impide siempre el aumento del INR (observado también con los "coxibs"), por lo que debe ser vigilado.
Betaadrenérgicos + betabloqueantes	Puede reducirse la eficacia de cualquiera de ellos. Especialmente importante en pacientes con asma o EPOC: los betabloqueantes pueden producir broncoespasmo.	Usar dosis lo más bajas posibles de ambos tratamientos. Son preferibles los betabloqueantes cardioselectivos, aunque no se puede ignorar su riesgo potencial, especialmente con dosis altas.
Betabloqueantes + diuréticos tiazídicos	Hiper glucemia. Hipertrigliceridemia.	Evitar el uso concomitante en pacientes con diabetes o hipertrigliceridemia. Si es necesario asociarlos, vigilar la glucemia y los valores de lípidos.
Diuréticos + AINE	Disminución del efecto diurético hipotensor. Riesgo aumentado de insuficiencia renal.	Controlar el efecto vigilando la presión arterial y aumentar la dosis de diurético si es necesario. Vigilar signos de insuficiencia renal (menor diuresis, edemas). Evitar esta asociación en pacientes con insuficiencia cardíaca o renal.
IECA + alopurinol	Posibilidad de reacciones alérgicas y de hipersensibilidad.	Vigilar cualquier signo de hipersensibilidad (por ejemplo, reacciones cutáneas) y el recuento leucocitario (en especial en caso de insuficiencia renal).
IECA o ARA II + suplementos de K o medicamentos que lo aumentan (TMP/SMX o diuréticos ahorradores de K)	Hiperpotasemia.	Determinar el potasio antes de iniciar tratamiento con IECA o ARA II. Vigilar la potasemia y la función renal. Ajustar suplementos.
Digoxina + amiodarona	Riesgo de aumento de las concentraciones de digoxina e intoxicación digitálica (náuseas, vómitos, bradicardia, alteraciones visuales y cambios en el comportamiento).	Si se inicia tratamiento con amiodarona, reducir la dosis de digoxina entre un tercio y la mitad, controlando las concentraciones séricas.
Digoxina + verapamilo/diltiazem	Riesgo de aumento de las concentraciones de digoxina e intoxicación digitálica, en especial con verapamilo (náuseas, vómitos, bradicardia, alteraciones visuales y cambios en el comportamiento).	Reducir la dosis de digoxina entre un tercio y la mitad, controlando las concentraciones séricas y la aparición de signos de intoxicación digitálica (por ejemplo, bradicardia). Mayor riesgo en pacientes con cirrosis hepática.
Litio + diuréticos tiazídicos y de asa, o AINE o IECA-ARA II	Riesgo de aumento de la concentración de litio y su toxicidad (debilidad, temblor, sed excesiva, confusión).	Más frecuente en pacientes ancianos.

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; ARA II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; COX-2: ciclooxigenasa 2; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IBP: inhibidores de la bomba de protones; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; INR: *International Normalized Ratio*; K: potasio; TMP/SMX: trimetoprima-sulfametoxazol.

previa del paciente con la prescripción médica después de la transición asistencial o de un traslado dentro del mismo nivel, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas. Si se encuentran discrepancias, duplicidades o interacciones de los tratamientos crónicos y hospitalarios deben comentarse con el prescriptor y, si procede, modificar la prescripción médica. Los cambios realizados hay que documentarlos y comunicarlos adecuadamente al siguiente responsable sanitario del paciente y al propio paciente⁶⁸.

El objetivo de la conciliación es disminuir los errores de medicación, garantizando que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente con la dosis, vía y frecuencia correctas, y que se adecuan a la situación del paciente y a la nueva prescripción realizada en el hospital⁶⁸.

Los errores de conciliación se definen como toda discrepancia no justificada entre el tratamiento previo y el posterior que es modificado por el médico. Se trata de posibles errores de medicación que pueden provocar efectos adversos. Los distintos tipos de errores de conciliación se recogen en la Tabla 3⁶⁹.

La medicación debe conciliarse en todas las transiciones asistenciales.

3.7. Deprescripción

El término “**deprescripción**” se remonta al año 2003 y consiste en una revisión activa del tratamiento en la cual el médico debe valorar al paciente en todo su contexto, teniendo en cuenta no sólo los medicamentos sino también su calidad de vida, funcionalidad,

comorbilidad, preferencias, ambiente socio-familiar, expectativas y relación médico-paciente, entre otros, con el objetivo de decidir si es necesario suspender determinados fármacos que ya no están indicados, producen efectos adversos, no tienen una eficacia clara o no alcanzan los objetivos del paciente, modificar su posología o su frecuencia de administración, o bien sustituirlos o añadir otros nuevos, sin olvidar que con el tiempo pueden ir cambiando la funcionalidad, la salud y los objetivos del paciente, por lo que sería necesaria una revisión continua^{5,70-72}. La deprescripción no debe implicar únicamente al médico; otros profesionales sanitarios, como las enfermeras hospitalarias, comunitarias o de residencias, desempeñan un papel importante en la adherencia a los tratamientos, y la colaboración de los farmacéuticos también puede resultar de interés para reducir medicaciones inapropiadas y ayudar a la deprescripción⁷².

Como cualquier intervención médica, la deprescripción puede tener consecuencias, tanto beneficiosas como perjudiciales. Es posible que no se aprecien cambios en el estado clínico del paciente, pero mejora su satisfacción y se reducen los costes y el riesgo de reacciones adversas y de interacciones. Puede resolverse algún efecto adverso producido por el fármaco que se ha suspendido, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del paciente, y si se simplifica el tratamiento puede mejorar la adherencia. Por otra parte, también es posible que aparezcan síndromes de rebote o síndromes de retirada, y en este caso deberá tenerse especial precaución con aquellos fármacos que interese suspender pero requieran una reducción gradual de la dosis. Además, pueden desenmascarse interacciones o reaparecer síntomas de la enfermedad⁷³.



Tabla 3. Tipos de errores de conciliación (adaptada de ref. 69).

Omisión de medicamento:	el paciente tomaba un medicamento necesario y no se ha prescrito, sin que exista justificación.
Diferente dosis, vía o frecuencia de administración de un medicamento:	se modifica la dosis, vía o frecuencia de un medicamento que el paciente tomaba, sin que exista justificación.
Prescripción incompleta:	la prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta.
Comisión:	se inicia un tratamiento innecesario, que el paciente no tomaba antes.
Duplicidad:	se vuelve a pautar un fármaco o similar que ya tenía prescrito el paciente.
Interacción:	el paciente presenta una interacción clínicamente relevante entre la medicación crónica y la nueva prescripción.
Mantener medicación contraindicada:	se continúa una medicación crónica contraindicada en la nueva situación clínica del paciente.

La deprescripción no es un proceso sencillo, pues es fácil encontrar dificultades a la hora de intentar suspender un fármaco. Desde el punto de vista del paciente, éste puede ser reacio a dejar un fármaco que lleva tomando durante muchos años; tanto el paciente como sus familiares pueden tener la sensación de que no está siendo bien tratado, y explicarles que el tratamiento ya no es necesario o que puede ser perjudicial a veces constituye todo un reto. En cuanto al médico, puede no sentirse cómodo suspendiendo el

tratamiento por temor a que se deteriore la relación médico-paciente, o en caso de que se trate de una medicación iniciada por otro médico. Basándose en la evidencia que aportan las guías clínicas, es más sencillo iniciar un tratamiento que suspenderlo, puesto que no orientan al médico sobre cómo hacerlo ni están diseñadas para conocer los efectos que tiene la suspensión; hay mucha menos evidencia para guiar al médico en la suspensión de tratamientos, por lo que habitualmente se hace de manera empírica^{73,74}.

4. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes polimedicados

4.1. Introducción

La OMS define la adherencia terapéutica como *“el grado en que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de atención sanitaria”*⁷⁵.

El concepto **“adherencia”** surge de la evolución del término **“cumplimiento”** y pretende que el paciente sea corresponsable y participe de las instrucciones recomendadas por un profesional sanitario⁷⁶⁻⁷⁸. Por último, hablamos del concepto *“persistencia”* para definir el tiempo que transcurre entre la primera y la última toma de medicación (Figura 2).

Habitualmente se considera *“no adherencia”* cuando un paciente toma menos de un 80%

o más de un 120% de las dosis prescritas, y se estima que en los tratamientos crónicos la adherencia media es de un 50%, con un amplio rango que varía del 0% al 100%⁷⁹.

No debemos olvidar que el objetivo final es mejorar los resultados en salud, y estudios previos relacionan la falta de adherencia, incluso a un placebo, con la mortalidad⁸⁰.

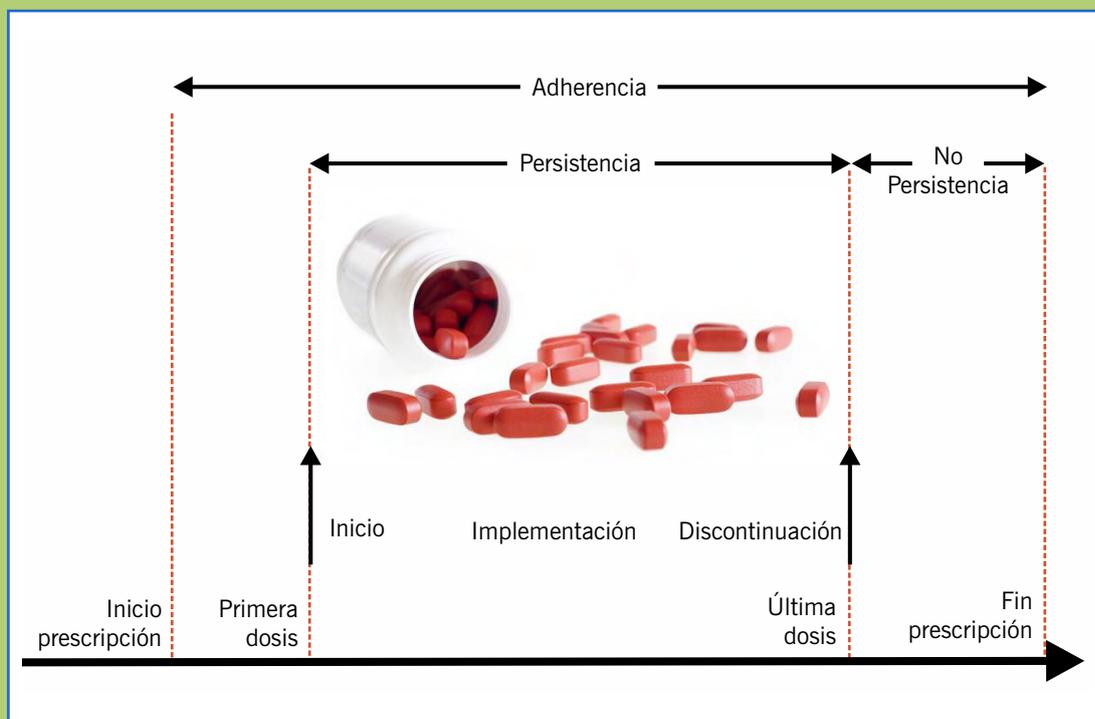
4.2. Factores que influyen en la adherencia

La OMS recoge cinco dimensiones que afectan a la adherencia⁷⁵:

1. Factores relacionados con aspectos sociales y económicos: soporte familiar, soporte social, estigma social de la en-

F02

Figura 2.
Adherencia y persistencia
(adaptada de ref. 78).



F03

Figura 3.
Test Morisky-Green
(adaptada de ref. 86,87).

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos?

Sí No

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

Sí No

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

Sí No

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Sí No

Un paciente se considera cumplidor (adherente) si responde no/sí/no/no

fermedad, coste de los fármacos, cobertura sanitaria, situación socioeconómica y situación laboral.

2. Factores relacionados con el equipo sanitario: dificultad en el acceso a la atención sanitaria, suministro de fármacos, prescripción por un especialista, información sobre el tratamiento, comunicación y relación con los profesionales sanitarios, y seguimiento de los pacientes.
3. Factores relacionados con la enfermedad: síntomas, gravedad, duración de la enfermedad, mejoría clínica y enfermedades mentales.
4. Factores relacionados con el tratamiento: efectos adversos, facilidad del régimen terapéutico, efectividad, duración y organización del tratamiento.
5. Factores relacionados con el paciente: edad, sexo, estado civil, comorbilidad y antecedentes, educación, raza, conocimiento de la enfermedad y del tratamiento, creencias, personalidad y abuso de sustancias.

En el caso de pacientes polimedcados, los factores con mayor interés son el número de fármacos, la posología y la edad. La adherencia disminuye a medida que aumentan el número de fármacos prescritos y el número de tomas⁸¹⁻⁸³. Además, muchos son pacientes de edad avanzada, lo que también afecta de manera negativa a la adherencia⁸³.

4.3. Herramientas de medida de la adherencia

Los métodos disponibles para cuantificar la adherencia se clasifican en dos tipos: directos

e indirectos (Tabla 4). En la práctica se utilizan los métodos indirectos porque resultan más económicos y sencillos de implantar.

Se dispone de diversos cuestionarios que permiten valorar la adherencia de manera indirecta. Rodríguez *et al.*⁸⁴ recopilaron una serie de 16 cuestionarios con enfoque en atención primaria, y posteriormente, en una revisión publicada en el año 2011⁸⁵, se evaluaron cinco escalas validadas para medir la adherencia. A pesar de que no existe una escala de referencia, en ambos artículos destaca el cuestionario desarrollado por Morisky y Green (Figura 3)^{86,87}, ya que resulta el más simple y rápido de realizar, y está validado para un gran número de patologías. Hay que señalar que este cuestionario no permite una estimación cuantitativa de la adherencia, y en un consenso reciente⁴¹ se seleccionó la escala ARMS (*Adherence to Refills and Medication Scale*)⁸⁸ como la herramienta más apropiada para valorar de manera cuantitativa la adherencia en pacientes polimedcados.

Entre los métodos indirectos, los dispositivos electrónicos pueden considerarse el método de referencia. Aunque han demostrado ser coste-efectivos⁸⁹, su uso no se ha extendido por el impacto económico que suponen. Se ha comprobado su utilidad en diferentes enfermedades, pero sobre todo en la hipertensión, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y enfermedades psiquiátricas⁹⁰.

En resumen, si no se dispone de dispositivos electrónicos, además de utilizar un cuestionario es recomendable emplear otro método indirecto, como el control de la dispensación o el recuento de la medicación, para complementar la medida de la adherencia.



Tabla 4.

Métodos para cuantificar la adherencia (adaptada de ref. 76).

Métodos directos	Ventajas	Inconvenientes
Observación directa	Preciso	No útil en uso sistemático
Determinación del fármaco o metabolito en sangre	Objetivo	Caro, invasivo
Determinación de un marcador biológico	Objetivo	Caro, invasivo
Métodos indirectos	Ventajas	Inconvenientes
Cuestionarios (pacientes o cuidadores)	Sencillo, económico, útil en uso sistemático	Subjetivo
Recuento de medicación	Objetivo, sencillo, cuantificable	Fácilmente alterable
Recogida de medicación	Objetivo, sencillo	La recogida no implica que las tomas sean correctas
Respuesta al tratamiento	Sencillo	Pueden influir otros factores
Dispositivos electrónicos	Preciso, cuantificable	Caro
Medir marcadores fisiológicos	Fácil de realizar	Pueden influir otros factores
Diarios de medicación	Útiles en caso de mala memoria	Fácilmente alterable

4.4. Intervenciones para mejorar la adherencia

Recientemente se ha realizado una revisión⁷⁹ con el objetivo de analizar las intervenciones realizadas para mejorar la adherencia y que además aportaban datos sobre resultados en salud. Sólo cinco demostraron mejorar la adherencia y los resultados clínicos. La característica común de la intervención realizada es la complejidad, con el uso de estrategias basadas en programas educativos y de soporte como principales componentes.

En lo que respecta a pacientes ancianos, también se dispone de una revisión⁹¹ que ha analizado las intervenciones realizadas para mejorar el uso apropiado de la medicación en este grupo. El primer paso es mejorar la prescripción, para posteriormente actuar sobre la adherencia. En este caso, los autores recomiendan la atención farmacéutica dentro de un programa multidisciplinario para mejorar la prescripción en dichos pacientes.

Una revisión realizada en los Estados Unidos concluye que la intervención de política sanitaria con mayor evidencia para mejorar la adherencia es reducir el copago de los pacientes⁹². Programas liderados por farmacéuticos en hipertensión e intervenciones basadas en el manejo de casos en depresión han demos-

trado mejorar la adherencia y también los resultados clínicos. Los autores destacan que, a pesar de que existe evidencia en una serie de patologías comunes, en lo que respecta a pacientes con múltiples enfermedades crónicas la evidencia es insuficiente o no se ha demostrado beneficio, por lo que la extrapolación de resultados a pacientes polimedificados debe hacerse con precaución.

Las intervenciones realizadas son en general complejas e incluyen personal sanitario, familiares, cuidadores, programas educativos, visitas telefónicas o presenciales, y un seguimiento de los pacientes. Pueden resumirse en cuatro puntos fundamentales:

- Simplificar el tratamiento de los pacientes intentando reducir el número de medicamentos prescritos y el número de tomas.
- Educar a los pacientes y a los familiares y cuidadores.
- Mejorar la comunicación, tanto entre el personal sanitario y el paciente como entre los diferentes niveles asistenciales.
- Monitorizar la adherencia mediante la combinación de dos métodos indirectos.

5. Conclusiones

El aumento de la esperanza de vida puede relacionarse con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y más consumo de medicamentos. A su vez, un mayor número de fármacos incrementa el riesgo de problemas relacionados con ellos y de reacciones adversas, aumentando la morbimortalidad y los costes sanitarios.

La valoración del tratamiento del paciente polimedicado es un proceso complejo en el que deben tenerse en cuenta distintos aspectos y en el que deben participar diferentes profesionales sanitarios. Las características del paciente polimedicado y del sistema

sanitario hacen de la atención primaria el entorno idóneo para la valoración global del tratamiento, a diferencia de la validación farmacéutica que se realiza en los pacientes ingresados, en quienes la medicación tiene que adaptarse a una situación aguda.

Consideramos que el desarrollo de estrategias sanitarias, la creación de equipos multidisciplinarios y la disponibilidad de sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas y de herramientas para la explotación de información, son los puntos de partida para hacer más eficiente la atención al paciente polimedicado.

6. Bibliografía

1. Duerden M, Payne R. Polypharmacy – what is it and how common is it? *Prescriber*. 2014;25(11):44-7.
2. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Polimedición e inadecuación farmacológica: ¿dos caras de la misma moneda? *Pharm Care Esp*. 2011;13(1):23-9.
3. Programas de mejora en la atención a pacientes crónicos y polimeditados durante el año 2009. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2009;33:28. (Consultado el 20 de marzo de 2015.) Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/inf-Medic/docs/vol33_1progMejoraAtencPacCron.pdf
4. Bushard RL, Massey EB, Simpson TW, Ariail JC, Simpson KN. Polypharmacy: misleading, but manageable. *Clin Interv Aging*. 2008;3:383-9.
5. Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana MC. Ancianos frágiles polimeditados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(4):162-7.
6. Diz-Lois Martínez F, Fernández Álvarez O, Pérez Vázquez C. El paciente polimeditado. *Galicía Clin*. 2012;73(Supl 1):S37-S41.
7. Duerden M, Avery T, Payne R. Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound. The King's Fund 2013. (Consultado el 20 de marzo de 2015.) Disponible en: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/polypharmacy-and-medicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf
8. Arbas E, Garzón R, Suárez A, Buelga C, Pozo M, Comas A. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. *Aten Primaria*. 1998;22:165-70.
9. Molina López T, Caraballo Camacho M, Palma Morgado D, López Rubio S, Domínguez Camacho JC, Morales Serna JC. Prevalencia de polimedición y riesgo vascular en población mayor de 65 años. *Aten Primaria*. 2012;44(4):216-22.
10. Lapi F, Pozzi C, Mazzaglia G, Ungar A, Fumagalli S, Marchionni N, *et al*. Epidemiology of suboptimal prescribing in older, community dwellers: a two-wave, population based survey in Dicomano, Italy. *Drugs Aging*. 2009;26:1029-38.
11. Valderrama Gama E, Rodríguez Artalejo F, Palacios Díaz A, Gabarre Orús P, Pérez del Molino Martín J. Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72:209-19.
12. Blasco Patiño F, Martínez López de Letona J, Villares P, Jiménez AI. El paciente anciano polimeditado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2005;29:152-62.
13. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf*. 2014;13(1):57-65.
14. Scott IA, Anderson K, Freeman CR, Stowasser DA. First do no harm: a real need to deprescribe in older patients. *Med J Aust*. 2014;201(7):390-2.
15. Burrage DR, Lonsdale EV, Lonsdale DO, Baker E. Prescribing for elderly people. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2014;75(8):C119-21.
16. Coll de Tuero G. Revisión de la medicación en ancianos polimeditados. *Aten Primaria*. 2012;44:461-2.
17. Lizano-Díez I, Modamio P, Mariño EL. Impacto económico de la polimedición. *FMC*. 2014;21(6):317-8.

18. Jara-Zozaya A, Miralles-Xamena J, Carandell-Jäger E. Guía de recomendaciones para la atención de los pacientes polimedificados. Palma de Mallorca: Servei de Salut de les Illes Balears; 2011. p. 1-55. (Consultado el 20 de marzo de 2015.) Disponible en: http://www.elcomprimido.com/PROTOCOLOS_SUPRASECTORIALES/pdf/GUIA%20POLIMEDICADOS_cast.pdf
19. World Health Organization. Department of Essential Drugs and Medicines Policy. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. 2002;5:1-6. (Consultado el 20 de marzo de 2015). Disponible en: <http://apps.who.int/medicine-docs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>
20. Galván-Banqueri M, González-Méndez AI, Alfaro-Lara ER, Nieto-Martín MD, Pérez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Evaluation of the appropriateness of pharmacotherapy in patients with high comorbidity. *Aten Primaria*. 2013;45(5):235-43.
21. Hill-Taylor B, Sketris I, Hayden J, Byrne S, O'Sullivan D, Christie R. Application of the STOPP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. *J Clin Pharm Ther*. 2013;38(5):360-72.
22. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *Lancet*. 2007;370(9582):173-84.
23. Spinewine A, Fialová D, Byrne S. The role of the pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging*. 2012;29(6):495-510.
24. Delgado E, Montero B, Muñoz M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano I, Sanchez C, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50(2):86-96.
25. Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol*. 1992;45(10):1045-51.
26. Gavilán E, Villafaina A, Aránguez A, Sánchez G, Suliman S, Jiménez L. Índice de adecuación de los medicamentos: versión española modificada, manual de usuario 2012. Plasencia: Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud; 2012. p. 1-51.
27. Villafaina A, Gavilán E. Pacientes polimedificados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011;35:114-23.
28. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131), Universidad de Granada (España), Grupo de Investigación en Farmacología (CTS-164), Universidad de Granada (España), Fundación Pharmaceutical Care España, Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC). Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm*. 2007;48(1):5-17.
29. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: método Dáder. *Pharm Pract*. 2006;4(1):44-53.
30. Fajardo P, Baena M, Alcaide J, Martínez J, Faus M, Martínez-Martínez F. Adaptación del método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. *Seguim Farm*. 2005;3(3):158-64.
31. Silva M, Calleja M, Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus M. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados: adaptación del método Dáder. *Seguim Farm*. 2003;1(2):73-81.
32. McLeod PJ, Huang AR, Tamblyn RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. *CMAJ*. 1997;156(3):385-91.
33. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Spigset O, Wyller TB, Straand J. The Norwegian General Practice (NOR-GEP) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study. *Scand J Prim Health Care*. 2009;27(3):153-9.
34. Fusco D, Lattanzio F, Tosato M, Corsonello A, Cherubini A, Volpato S, et al. Development of CRITERIA to assess appropriate Medication use among Elderly complex patients (CRIME) project: rationale and methodology. *Drugs & Aging*. 2009;26(Suppl 1):3-13.
35. Jellinek SP, Cohen V, Nelson M, Likourezos A, Goldman W, Paris B. A before and after study of medical students' and house staff members' knowledge of ACOVE quality of pharmacologic care standards on an acute care for elders unit. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2008;6(2):82-90.
36. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(4):616-31.
37. Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher P, Cruz-Jentoft A. Inappropriate prescription in older patients: the STOPP/START criteria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(5):273-9.
38. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2008;46(2):72-83.

39. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. 2015;44(2):213-8.
40. Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(31-32):543-51.
41. Alfaro Lara ER, Vega Coca MD, Galván Banqueri M, Marín Gil R, Nieto Martín MD, Pérez Guerrero C, et al. Selection of tools for reconciliation, compliance and appropriateness of treatment in patients with multiple chronic conditions. *Eur J Intern Med*. 2012;23(6):506-12.
42. Lam MP, Cheung BM. The use of STOPP/START criteria as a screening tool for assessing the appropriateness of medications in the elderly population. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2012;5(2):187-97.
43. Dalleur O, Spinewine A, Henrard S, Losseau C, Speybroeck N, Boland B. Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria. *Drugs Aging*. 2012;29(10):829-37.
44. Díez M. Resultados clínicos de un programa de seguimiento de pacientes polimedcados basado en los criterios STOPP-START. XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Madrid; 2012. (Consultado el 20 de marzo de 2015.) Disponible en: <http://www.slideshare.net/17CongresoSefap/diez-rodriguez-sefap-2012-2003-comunicacion>
45. Thomas R, Huntley AL, Mann M, Huws D, Elwyn G, Paranjothy S, et al. Pharmacist-led interventions to reduce unplanned admissions for older people: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Age Ageing*. 2014;43(2):174-87.
46. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 1):41-7.
47. World Health Organization. International Classification for Patient safety (CISP) v 1.1, 2009. (Consultado el 8 de marzo de 2015.) Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
48. Otero MJ, Domínguez-Gil A. Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente. *Farm Hosp*. 2000;24(4):258-66.
49. Nebeker JR, Barach P, Samore MH. Clarifying adverse drug events: a clinician's guide to terminology, documentation, and reporting. *Ann Intern Med*. 2004;140:795-801.
50. Gandhi TK, Seger DL, Bates DW. Identifying drug safety issues: from research to practice. *Int J Qual Health Care*. 2000;12(1):69-76.
51. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS (2005). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. (Consultado el 20 de marzo de 2015.) Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
52. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. (Consultado el 20 de marzo de 2015.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>
53. Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ*. 1997;315:1096-9.
54. Kalisch LM, Caughey GE, Roughead EE, Gilbert AL. The prescribing cascade. *Austr Prescr*. 2011;34:162-6. (Consultado el 20 de marzo de 2015.) Disponible en: <http://www.australianprescriber.com/magazine/34/6/162/6>
55. Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AE, Koronkowski MJ, Lambert BL. Principles of conservative prescribing. *Arch Intern Med*. 2011;171(16):1433-40.
56. Lasser KE, Allen PD, Woolhandler SJ, Himmelstein DU, Wolfe SM, Bor DH. Timing of new black box warnings and withdrawals for prescription medications. *JAMA*. 2002;287(17):2215-20.
57. Campbell WH, Califf RM. Improving communication of drug risks to prevent patient injury: proceedings of a workshop. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2003;12(3):183-94.
58. Lamb GC, Green SS, Heron J. Can physicians warn patients of potential side effects without fear of causing those side effects? *Arch Intern Med*. 1994;154(23):2753-6.
59. Boletín INFAC. No hay medicamentos para toda la vida. *INFAC*. 2013;21(2):10-7. (Consultado el 20 de marzo de 2015.) Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/INFAC_Vol_21_N_2.pdf
60. Boletín Canario. BOLCAN. Seguridad en la prescripción del paciente crónico polimedcado. (Consultado el 20 de marzo de 2015.) Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/126a8c4f-1dd8-11e2-afb1-b9b294c3b92c/BOLCAN_4_num_3_Seguridad_prescripci%C3%B3n_PCP.pdf

61. Doan J, Zakrewski-Jakubiak H, Roy J, Turgeon J, Tannenbaum C. Prevalence and risk of potential cytochrome p450-mediated drug-drug interactions in older hospitalized patients with polypharmacy. *Ann Pharmacother.* 2013;47:324-32.
62. Bjorkman IK, Fastbom J, Schmidt IK, Bernsten CB; Pharmaceutical Care of the Elderly in Europe Research (PEER) Group. Drug-drug interactions in the elderly. *Ann Pharmacother.* 2002;36:1675-81.
63. San Miguel Samano MT, Sánchez Méndez JL. Interacciones alimento/medicamento. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2011;35:3-12. (Consultado el 20 de marzo de 2015.) Disponible en: http://www.msssi.gob.es/gl/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35_1_Interacciones.pdf
64. Lo L, Kwan J, Fernandes OA, Shojania KG. Medication Reconciliation Supported by Clinical Pharmacists (NEW) AHRQ 2013. Making health care safer ii: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Comparative Effectiveness Review No. 211. Chapter 25. (Prepared by the Southern California-RAND Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10062-1.) AHRQ Publication No. 13-E001- EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2013. (Consultado el 20 de marzo de 2015). Disponible en: www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/pts-afetyuptp.html
65. Fernandes OA, Shojania KG. Medication reconciliation in the hospital. What, why, where, when, who and how? *Healthc Q.* 2012;15(Spec No):42-9.
66. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ.* 2005;173:510-5.
67. Perren A, Previsdomini M, Cerutti B, Soldini D, Dongui D, Marone C. Omitted and unjustified medications in the discharge summary. *Qual Saf Health Care.* 2009;18:205-8.
68. Societat Catalana de Farmàcia Clínica. Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Enero 2009. (Consultado el 20 de marzo de 2015.) Disponible en: http://www.sefap.org/media/upload/arxius/Formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Guia_conciliacion_medica_SCFC.pdf
69. Boletín INFAC. Conciliación de la medicación. INFAC. 2013;21(10):68-74. (Consultado el 20 de marzo de 2015.) Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_10.pdf
70. Woodward MC. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. *J Pharm Pract Res.* 2003;33(4):323-8.
71. Sánchez Castellano C, Cruz Jentoft AJ. Los medicamentos: un arma de dos filos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47(4):141-2.
72. Frank C. Deprescribing: a new word to guide medication review. *CMAJ.* 2014;186(6):407-8.
73. Le Coteur D, Banks E, Gnjidic D, McLachlan A. Deprescribing. *Aust Prescr.* 2011;34:182-5. (Consultado el 20 de marzo de 2015.) Disponible en: <http://www.australianprescriber.com/magazine/34/6/article/1237.pdf>
74. Bain KT, Holmes HM, Beers MH, Maio V, Handler SM, Pauker SG. Discontinuing medications: a novel approach for revising the prescribing stage of the medication-use process. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(10):1946-52.
75. Sabate E. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. (Consultado el 19 de marzo de 2015.) Disponible en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1
76. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353(5):487-97.
77. Ahmed R, Aslani P. What is patient adherence? A terminology overview. *Int J Clin Pharm.* 2014;36(1):4-7.
78. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol.* 2012;73(5):691-705.
79. Nieuwlaet R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;11:CD000011.
80. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ.* 2006;333(7557):15.
81. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* 2001;26(5):331-42.
82. Coleman CI, Limone B, Sobieraj DM, Lee S, Roberts MS, Kaur R, et al. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *J Manag Care Pharm.* 2012;18(7):527-39.
83. Knafelz GJ, Riegel B. What puts heart failure patients at risk for poor medication adherence? *Patient Prefer Adherence.* 2014;8:1007-18.
84. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amarielles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Review of the

- test used for measuring therapeutic compliance in clinical practice. *Aten Primaria*. 2008;40(8):413-8.
85. Lavsa SM, Holzworth A, Ansani NT. Selection of a validated scale for measuring medication adherence. *J Am Pharm Assoc. (2003)*. 2011;51(1):90-4.
86. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
87. Val Jiménez A, Amorós Ballester G, Martínez Visa P, Fernández Ferré ML, León Sanromá M. Descriptive study of patient compliance in pharmacologic anti-hypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test. *Aten Primaria*. 1992;10(5):767-70.
88. Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value Health*. 2009;12(1):118-23.
89. Murray MD, Young J, Hoke S, Tu W, Weiner M, Morrow D, *et al*. Pharmacist intervention to improve medication adherence in heart failure: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2007;146(10):714-25.
90. Checchi KD, Huybrechts KF, Avorn J, Kesselheim AS. Electronic medication packaging devices and medication adherence: a systematic review. *JAMA*. 2014;312(12):1237-47.
91. Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, *et al*. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;10:CD008165.
92. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blacklock SJ, Wines RC, *et al*. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2012;157(11):785-95.



4

Qué aporta el cambio de la denominación de la especialidad al ejercicio de la profesión para el beneficio de la sociedad

Ana Isabel Rigueira García



Ana Isabel Rigueira García

Área sanitaria III, Avilés, Asturias

Índice

1. Breve reseña histórica
2. Funciones del farmacéutico de hospital y del farmacéutico de atención primaria
3. Cambio de denominación de la especialidad: un cambio en el enfoque
4. Contexto del cambio
5. Bibliografía

1. Breve reseña histórica

Los farmacéuticos hemos recorrido un largo camino para adaptarnos en cada momento a la coyuntura del sistema sanitario, integrarnos en él y ofrecer un valor añadido. Teniendo en cuenta la vocación pública del sistema sanitario español, el esfuerzo de adaptación e integración de aquellos profesionales directamente relacionados en la asistencia sanitaria, tales como los -hasta ahora- farmacéuticos especialistas de área (FEA) de **farmacia hospitalaria** y los farmacéuticos de atención primaria (FAP), redundan evidentemente en un beneficio social.

En la década de 1960, el Dr. Joaquín Bonal mostró su desacuerdo con el papel sanitario que se veía relegado a desempeñar como farmacéutico, dado que la industrialización de la fabricación de los medicamentos había mermado su trascendencia profesional considerablemente, tanto en la actividad privada de la oficina de farmacia como en el hospital. En este contexto, en la siguiente década, el Dr. Bonal planteó la reinención del ejercicio profesional del farmacéutico integrado en el sistema sanitario redefiniéndolo como “far-

macéutico clínico”, para integrarse de pleno y trabajar codo a codo con el resto de los facultativos y personal de enfermería¹, asentando con firmeza las bases del ejercicio profesional actual. De este modo, consiguió colocar la figura del farmacéutico como un profesional sanitario de máximo interés social. A comienzos de los años 1990, el Dr. Bonal comenzó a interesarse por la necesidad de una ampliación del horizonte hospitalario, para acercarlo a los usuarios, mediante la oferta de servicios desde las estructuras de atención extrahospitalarias. No podemos olvidar que las fronteras “hospitalario” y “de atención primaria” se establecieron por simple adaptación de los profesionales a los modelos de gestión y la estructura jerárquica establecidos en el sistema, que en aquel momento se concebían como diferenciados, para evitar la fagocitación de las necesidades de prevención a largo plazo por las de atención cortoplacista. A partir de las iniciativas de farmacéuticos y farmacéuticas en Costa de Ponent (Barcelona), Andalucía y Madrid, que habían iniciado su trabajo desde la segunda mitad de los años 1980, se inicia un nuevo ejercicio como

profesional diferenciado, el "Farmacéutico de atención primaria" (FAP), cuya actuación abarca todo el territorio español, aunque con peculiaridades autonómicas que se acentuaron tras completarse las transferencias sanitarias en 2002. La necesidad de regularizar la formación de los FAP, aunque ya han contado con

temario propio en las oposiciones de todos los Servicios de Salud, ha derivado en que se haya optado por una capacitación profesional y un programa formativo conjunto de farmacéuticos del servicio sanitario en 2014². Esto requerirá fusionar conocimientos y funciones, para adaptarse a la realidad sanitaria y social.



2. Funciones del farmacéutico de hospital y del farmacéutico de atención primaria

Tomando como base la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento³ (artículos 81 y 82) podemos hacer una breve reconstrucción de las funciones de una especialidad troncal desarrollada en el ámbito de unidades de **gestión integradas**:

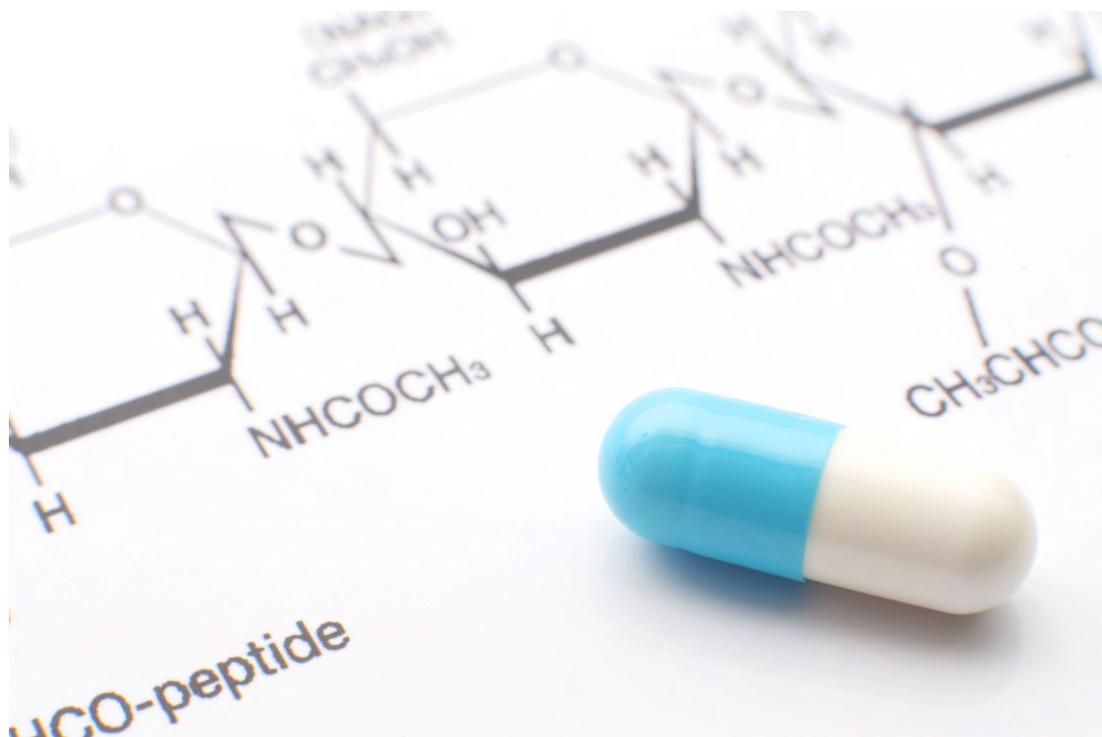
- El beneficio social de la unificación en un servicio único integrado sobre la garantía y la asunción de la responsabilidad técnica de la adquisición, la calidad, la correcta conservación, la cobertura de las necesidades, la custodia y la preparación de fórmulas magistrales o preparados oficinales es evidente, puesto que implica disponer de guías farmacológicas únicas o al menos adaptadas para funcionar de manera coherente en el ámbito intrahospitalario y extrahospitalario, con intención de buscar la máxima eficiencia en la continuidad asistencial. Resulta inexplicable para un médico de familia encontrarse que un paciente, tras un ingreso, demanda (porque se le ha prescrito) el mismo medicamento que estaba recibiendo en el hospital, el cual podría haber sido seleccionado por una oferta específica de compra que sólo beneficia al mismo, sin que hubiera resultado la mejor opción si se hubiera considerado estrictamente el precio de venta al público dentro de un conjunto de equivalentes terapéuticos, que es lo que interesa al usuario por la aportación que le corresponde y al médico de familia sensibilizado en la eficiencia de su trabajo. La gestión en la compra directa debe contemplar de forma ineludible el impacto presupuestario sobre la prescripción de recetas y, como no, directamente sobre el bolsillo del usuario.
- El posible cambio del sistema de distribución y la dispensación de medicamentos o productos sanitarios a pacientes no ingresados posiblemente tendría que merecer especial atención en una



valoración del beneficio social, ya que se amplían considerablemente las estructuras sanitarias que se incluyen en su ámbito directo de actuación. Del mismo modo que se están dispensando los medicamentos extranjeros -con un escandaloso incremento por la frecuencia de desabastecimientos del mercado en los últimos años⁴- y ciertos productos sanitarios (tiras reactivas de glucosa, por ejemplo) a cargo de los servicios de atención primaria, contando con las estructuras sanitarias más próximas al usuario (centros de salud y consultorios) se puede mejorar la accesibilidad de éste a los medicamentos de dispensación o uso hospitalario, enriqueciendo al mismo tiempo el ejercicio profesional y las posibilidades de profundizar en la mejora de la atención farmacéutica y de la adherencia terapéutica, por acercamiento a su medio natural. La especialidad troncal, de hecho, ofrece una oportunidad para perfeccionar los

proyectos *home-delivery*⁵ en sus puntos más débiles, de gestión de la distribución y del mantenimiento de contacto con el paciente.

- La especial vigilancia, la supervisión y el control de los medicamentos que así lo exigen, como los psicotrópicos y los estupefacientes, ganará también con la posibilidad de unificación, optimización de gestión y, tal vez, la incorporación de atención a usuarios que tradicionalmente se han abastecido a partir de oficinas de farmacia, a pesar de residir en entornos susceptibles de acumulación de medicamentos de manera irregular e incluso peligrosa para la seguridad del propio usuario o de su entorno⁶. No hay que olvidar que el abastecimiento de estos medicamentos por medio de receta a través de oficina de farmacia puede generar desechos cuyo control escapa al sistema, y que además el uso de psicotrópicos mediante receta en el



ámbito ambulatorio u hospitalario se viene considerando un grave problema de sobremedicación de difícil control, con graves consecuencias sociales y sanitarias⁷. Cualquier mejora, por pequeña que sea, seguro que será de gran interés.

- La información de medicamentos es posiblemente la función que requiere mayor flexibilización profesional, por la evolución del mercado y la globalización de los tratamientos, la repercusión mutua interniveles y la accesibilidad de los usuarios a la información de diversas procedencias, con frecuencia contaminada por intereses comerciales. Si en el hospital el farmacéutico está acostumbrado a tratar con clínicos altamente especializados y pacientes concienciados por sufrir importantes problemas de salud, el mismo paciente debe de

ser concienciado del valor de las actividades preventivas no farmacológicas y del uso de los medicamentos en la justa medida, siguiendo esquemas terapéuticos apropiados tanto en personas que se consideran sanas como en aquellas partidarias de adoptar la medicalización como modo de vida. Hay que acercarse a asociaciones de pacientes, medios de prensa, jóvenes con sus peculiaridades de comunicación, mayores que funcionan con esquemas del pasado... y como no, a los profesionales sanitarios que constituyen la primera barrera del sistema ante cualquier alarma o presión sanitaria que surja, por lo cual debe facilitarse información ágil, puntual, adaptada, versátil y cercana. La información a los clínicos tiene que realizarse de modo que, sin perder un ápice de rigor y seriedad, se consiga “enganchar” y

fidelizar a un lector con escaso tiempo para autoformación y acosado por un gran volumen de información sanitaria globalizada que fluye con extraordinaria rapidez. Ello se consigue prescindiendo de la exhaustividad para ofrecer formatos atractivos y elaborados pensando en cuestiones prácticas y básicas, y si es posible, adelantándose a las necesidades. Supone todo un arte que precisa su desarrollo y maduración en el entorno de trabajo. La información de cualquier tipo de terapia tiene que adaptarse a todos los niveles clínicos, desde los médicos, pediatras y enfermería de familia, encargados del seguimiento de una amplia gama de medicación con garantías de seguridad, acoplándose en ocasiones a circunstancias que no serían de su incumbencia profesional directa, hasta los especialistas más polarizados en campos de trabajo muy concretos. Véase como ejemplo el comentario vertido por un médico de familia en la repercusión de la presión social por los nuevos tratamientos para la hepatitis C⁸. Mejor información, más clara y más adaptada, que se convierta en el referente ineludible en su ámbito de influencia, sin duda supone una de las grandes aportaciones que pueden ofrecerse.

- Dentro del campo de la evaluación de medicamentos, y ante las históricas carencias del sistema sanitario, el farmacéutico ofrecerá un plus en el análisis de la mejor y más eficiente opción. Para ello será de especial interés la realización de informes del grupo GENESIS de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) que muestren diversas perspectivas de costes: perspectiva de análisis con compra directa y de finan-

ciación de recetas prescritas, y perspectiva del coste al sistema sanitario y al paciente, lo cual parece muy necesario al haberse alcanzado una situación en la cual el paciente ve como barrera a su adherencia la aportación económica directa que tiene que hacer al coste de los tratamientos⁹.

- El acercamiento a otros niveles de asistencia sanitaria, como las oficinas de farmacia, que sin duda tienen su papel en el sistema sanitario¹⁰, por la cercanía y por la confianza que suponen para muchos usuarios, ampliará las miras de las posibilidades de colaboración e investigación en aras de una mejor atención e incluso de la comprensión del funcionamiento general del sistema.
- Hay que destacar la necesidad de profundizar en el desarrollo de herramientas informáticas que proporcionen información de consumo de recursos farmacéuticos rápida, evaluable, versátil, integrada y globalizada, lo cual curiosamente a día de hoy sigue siendo una gran laguna del sistema que requiere una maduración y un desarrollo importantes¹¹.
- Otro reto que se presenta es la prestación de atención farmacéutica y gestión en residencias sociosanitarias o simplemente sociales, no sólo por imperativo legal de cumplimiento del RD 16/2012¹², sino porque el farmacéutico es un profesional clave para colaborar en el diseño y la implantación de estrategias de la gestión y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos, de forma que suponga para nuestros mayores una fuente de bienestar.

3. Cambio de denominación de la especialidad: un cambio en el enfoque

Sería muy superficial plantear el cambio de denominación de especialidad como una simple cuestión estética y de contenido formativo. Se trata de ir más allá, de esforzarse en procurar un cambio de enfoque profesional, de relaciones e incluso de cobijo arquitectónico, que puede que no resulte en la práctica tan sencillo como parece. Tal cambio de enfoque supondrá considerar al paciente como el eje de trabajo, y no verlo como una sucesión de procesos clínicos. Cada proceso tiene que relacionarse, necesariamente, con el antes y el después de un individuo que tiene un recorrido en el seno del sistema sanitario, al cual a su vez hay que contextualizar en su medio: su familia, su vivienda, su entorno medioambiental, su educación y sus recursos biopsicosociales. El farmacéutico tiene que desarrollar estrategias para intervenir aportando beneficios no sólo en el proceso concreto de atención durante un ingreso hospitalario o una visita médica, sino en el antes y el después, tomando también como obje-

tivo la evitación de nuevos ingresos, porque precisamente cada ingreso puede suponer, simplemente, no un inicio de una patología susceptible de diagnóstico y tratamiento, sino un fracaso del sistema sanitario, el cual también se orienta a la prevención (primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria), la detección precoz y la atención temprana, equitativa y sostenible. Si este cambio no se plantea desde el principio, se estará perdiendo un tiempo que habrá que corregir sin duda en un momento dado. No olvidemos que la estadística sanitaria nos muestra que la “descompensación de una enfermedad crónica” es la principal causa de reingreso en los servicios de medicina interna¹³.

El usuario del sistema sanitario, que se convierte en “paciente” dentro del hospital, siempre es el mismo, pero tiene peculiaridades de atención según el ámbito considerado: dentro de un hospital, por las circunstancias condicionantes del ingreso, se muestra más



o menos sumiso y entregado en un entorno de atención altamente tecnológica, fragmentada y paternalista; en el medio extrahospitalario, en general, se muestra más o menos demandante y dueño de la información que maneja, así como de las decisiones que toma, con lo que en este medio se asume que el clínico debe adaptarse y seducir al usuario con su buen hacer, y no a la inversa.

El farmacéutico de atención especializada (hospitalaria y primaria) puede aportar los elementos de atención e información necesarios para garantizar una “continuidad asistencial” dentro de sus competencias profesionales. El impacto beneficioso de la prevención no siempre está debidamente aclarado¹⁴, aunque existen experiencias positivas en otros ámbitos sanitarios en la prevención de la mortalidad y en el beneficio económico

del abordaje adecuado de pacientes crónicos de reciente diagnóstico¹⁵. Starfield demostró que los sistemas sanitarios centrados en la atención primaria son más eficientes y obtienen mejores resultados¹⁶, y que la atención secundaria presenta unos costes más elevados y una mayor yatrogenia sin alcanzar mejores resultados¹⁷. El farmacéutico debe adquirir esa mentalidad de intervención macro e involucrarse no sólo en el proceso intrahospitalario sino también en la mejora global de la salud de la comunidad, por lo que tendrá que conseguir esa dualidad de necesario encaje con la que consiga abordar la globalización y el localismo, ser digital y analógico, centrarse en el paciente y en el proceso, desarrollar la inspección y la prospección, la curación y la prevención, ser intrépido y apático, resolutivo y procrastinador, colaborar en línea y en diferido, etc.

4. Contexto del cambio

A nadie se le escapa que el cambio de especialidad deviene en un momento particularmente sensible de la sanidad y del clima social español. El Real Decreto de troncalidad se publica mientras estamos aún inmersos en una larga crisis económica-política-social¹⁸, de la que la sanidad no ha salido indemne, ya que se han ejecutado diversos ajustes de accesibilidad y colaboración económica de los ciudadanos, y muy especialmente en “farmacia”. El farmacéutico como profesional ha tenido tradicionalmente un papel destacado en la sostenibilidad económica del sistema por su implicación en la eficiencia de éste, e incluso en el análisis y la previsión de gastos, así como en la detección de bolsas de ineficiencia. De hecho, el farmacéutico es utilizado en muchas ocasiones por los órganos de gestión como un agente moderador fundamental de la evolución del consumo farmacéutico pro-

movida por la industria, lo que le ha valido una cierta estigmatización. Se ha instaurado un cierto pesimismo por la deriva de la sanidad pública española tras los cambios sanitarios implantados, por la pérdida que han supuesto para la sociedad además de un gran desgaste profesional, y se solicitan medidas correctoras urgentes¹⁹. Los profesionales de atención primaria parecen especialmente inquietos por los procesos de integración, que consideran una deriva al “**hospitalo-centrismo**”²⁰ y reclaman unas mejoras en la gestión²¹. Como ha ocurrido hasta ahora, es ineludible que el farmacéutico del sistema sanitario participe en lo que se vislumbra que puede ser un cambio de ruta de la sanidad, y que aporte sus conocimientos para colaborar en la oferta del mejor sistema sanitario posible al contribuyente, y ello tendrá que ser con la amplitud de miras que de él se espera.



5. Bibliografía

1. Mangues MA. In memoriam. El legado de Joaquín Bonal. *Farm Hosp*. 2005;29:218-20.
2. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. BOE. 2014;190:63130-7. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/RDtroncalidad.pdf>
3. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE. 2006;178:28122-65. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-13554>
4. Páez Valle R. Desabastecimientos: un problema con tendencia a cronificarse. En: Farmacia de atención primaria [Internet]. 2014. (Consultado el 1/2/2015.) Disponible en: <http://farmaciadeatencionprimaria.com/2014/07/10/desabastecimientos-un-problema-con-tendencia-a-cronificarse/>
5. Martínez Cutillas J. Dispensación a domicilio MHDA: Home Delivery. En: XVIII Jornada de la Societat Catalana de Farmacia Clínica [ponencia]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Institut Català de Salut; 2012. Disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-3574-DOCUMENT/Martinez-55-19Juny22.pdf>
6. Arigax. Anotación de psicotropos en "libro recetario"... ¿por...? ¿para...?. 6 de octubre de 2014. En: e-PANORAMIX [Internet]. Asturias: Rigueira Al. 2008. (Consultado el 2/2/2015.) Disponible en: <https://epanoramix.wordpress.com/?s=psicotropos>
7. CADIME. Benzodiazepinas: riesgos y estrategias para su retirada. *Bol Ter Andal*. 2014;29(2):10-6.
8. Arigax. Blanco y en botella. 13 de enero de 2015. En: e-PANORAMIX [Internet]. Asturias: Rigueira Al. 2008. (Consultado el 2/2/2015.) Disponible en: <https://epanoramix.wordpress.com/2015/01/13/blanco-y-en-botella/>
9. Rodríguez G. Casi el 14% de los mayores tiene problemas para comprar medicamentos. 29 de diciembre de 2014. En: The Huffington Post [Internet]. (Consultado el 2/2/2015.) Disponible en: http://www.huffingtonpost.es/2014/12/29/estudio-tercera-edad_n_6391184.html?utm_hp_ref=tw
10. Puche Herrero M, Arroyo Álvarez de Toledo L, Ramos Morales R, Danet Danet A, March Cerdá JC. Farmacéuticos comunitarios, el eslabón perdido de la atención primaria [carta al director]. *Aten Primaria*. 2011;43(12):682.
11. Gorgas Torner MQ, Pàez Vives F, Camós Ramió J, de Puig Cabrera E, Jolonch Santasu-sagna P, Homs Peipoch E, et al. Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas. *Farm Hosp*. 2012;36(4):229-39. (Consultado el 5/3/2015.) Disponible en: http://www.scfarmclin.org/docs/pafi/PAFI_FH.pdf
12. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE. 2012;98:31278-312. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
13. Etxeberria-Lekuona E, Casas Fernández de Tejerían JM, Méndez López I, Oteiza Olasoa J, Arteaga Ma-

- zuelas M, Jarne Betran V. Multiingreso en el servicio de medicina interna de un hospital terciario. *Rev Clin Esp*. 2015;215(1):9-17.
14. Padilla J. "Prevenir ahorra costes"... ¿en serio?. 20 de noviembre de 2014. En: Médico crítico [Internet]. Sevilla. Antequera A, Fernández A, Píriz E, Padilla J, Barea J, Udaondo J, *et al.* 2008. (Consultado el 2/2/2015.) Disponible en: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2014/11/prevenir-ahorra-costes-en-serio.html>
 15. Wook Shin D, Cho J, Kook Yang H, Hyun Park J, Lee H, Kim H, *et al.* Impact of continuity of care on mortality and health care costs: a nationwide cohort study in Korea. *Ann Fam Med*. 2014;12:534-41.
 16. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002;60:201-18.
 17. Starfield B, Chang HY, Lemke K, Weiner J. Ambulatory specialist use by nonhospitalized patients in US health plans: correlates and consequences. *J Ambul Care Manage*. 2009;32:216-25.
 18. Crisis económica de 2008-2015. Wikipedia [web]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Crisis_econ%C3%B3mica_esp%C3%B1ola_de_2008-2015
 19. Camps V, Cortina A. Salvar la sanidad pública. Renovar el Sistema Nacional de Salud es una exigencia moral apremiante. 23 de enero de 2015. El País - Opinión [Internet]. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2015/01/22/opinion/1421948872_811856.html
 20. Sociedad Vasca de Medicina Familiar y Comunitaria. Movimiento nOSInprimaria. 29 de septiembre de 2014. En: Blog Osatzen [Internet]. (Consultado el 2/2/2015.) Disponible en: <http://www.osatzen.com/blog-osatzen/2014/09/movimiento-nosinprimaria.html>
 21. Ferran Mercadé M. Crisis y atención primaria. Otra gestión es posible. *Aten Primaria*. 2011;43:627-8.



Bayer HealthCare

Science For A Better Life
Bayer Hispania, S.L.

Avda. Baix Llobregat 3-5
08970 Sant Joan Despí
Barcelona, Spain