

2



Tres modelos de atención farmacéutica: centro de salud, oficina comunitaria y domiciliaria

Introducción. M^a Isabel Martín Herranz

Atención farmacéutica a pacientes externos, marco normativo y evolución

Irene Zarra Ferro, Goretti Durán Piñeiro, Beatriz Bernárdez Ferrán

Atención farmacéutica a pacientes externos. Modelo de coordinación con la oficina de farmacia comunitaria

Jana Vidal Otero, Maria-Queralt Gorgas Torner

Atención farmacéutica a pacientes externos. Modelos de coordinación con atención primaria

Luis Margusino-Framiñán

M^a Isabel Martín Herranz

Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Irene Zarra Ferro, Goretti Durán Piñeiro, Beatriz Bernárdez Ferrán

Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela.
Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza.

Jana Vidal Otero¹, María-Queralt Gorgas Torner²

¹Coordinadora de la Unidad de Dispensación Ambulatoria.

²Directora de Servicio de Farmacia.
Hospital Vall de Hebron. Barcelona.

Luis Margusino-Framiñán

Jefe de Sección de Atención Farmacéutica.
Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Índice

Introducción

Atención farmacéutica a pacientes externos, marco normativo y evolución

1. Introducción
2. Marco normativo
3. Evolución de la atención farmacéutica
4. MAPEX
5. Modelo CMO
6. Telefarmacia
7. Conclusiones
8. Bibliografía

Atención farmacéutica a pacientes externos. Modelo de coordinación con la oficina de farmacia comunitaria

1. Introducción
2. Marco normativo
3. Justificación de la necesidad del modelo, reflexión de pros y contras
4. Experiencias conocidas y resultados en el modelo
5. Perspectiva y necesidades futuras del modelo
6. Conclusiones
7. Bibliografía

Atención farmacéutica a pacientes externos. Modelos de coordinación con atención primaria

1. Introducción
2. Marco legal
3. Experiencias de modelos de coordinación FH-FAP
4. Perspectivas futuras. Telefarmacia
5. Conclusiones
6. Bibliografía

Introducción

M^a Isabel Martín Herranz

**Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.**

Este capítulo revisa la Atención Farmacéutica a pacientes externos desde su inicio en el año 1991 hasta ahora. Esta actividad no ha dejado de evolucionar tanto cuanti como cualitativamente hasta convertirse en este momento en una de las funciones más importantes dentro de la Farmacia Hospitalaria, ocupando una parte muy importante de los recursos farmacoterapéuticos y de la asignación de

recursos humanos en nuestros servicios. La pandemia de la COVID-19 ha marcado un cambio crucial en el desarrollo de esta actividad en la que ya se vislumbraba la necesidad de un cambio en el modelo. Los tres artículos que componen este capítulo abordan desde una perspectiva general estos cambios y lo que podemos esperar para un futuro próximo.

Atención farmacéutica a pacientes externos, marco normativo y evolución

Irene Zarra Ferro, Goretti Durán Piñeiro, Beatriz Bernárdez Ferrán

Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela.
Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza.

1. Introducción

En estos momentos, aproximadamente entre el 70-75% del gasto en medicamentos en un hospital corresponde al área de pacientes externos y ambulatorios. Además, este porcentaje ha ido incrementándose de manera significativa con el paso de los años. Esta situación se explica por varias razones, una de ellas es que una parte importante del número de medicamentos nuevos que se comercializan cada año son clasificados como medicamentos de uso hospitalario o de diagnóstico hospitalario sin cupón precinto y, por lo tanto, exigen que su dispensación sea realizada en un hospital por parte de farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria.

La mayoría de estos medicamentos nuevos son innovadores en determinadas patologías

(virus de la hepatitis C, dermatitis atópica, cirrosis biliar primaria, migraña, etc.), para las cuales su abordaje farmacológico era muy limitado y, con los nuevos medicamentos, se han abierto nuevas oportunidades terapéuticas. Por último, otra razón es la mayor esperanza de vida de la población, junto con la mayor supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas. Esta última razón es justamente el fin que persiguen los sistemas de salud, mejorar la salud de la población.

Con todo esto, se pone de manifiesto el enorme impacto en salud que supone el buen uso de estos medicamentos de dispensación hospitalaria junto con su importante repercusión económica. Se trabaja con un elevado número de pacientes y con medicamentos de alto coste.

La atención farmacéutica a estos pacientes externos también ha evolucionado de manera paralela desde su nacimiento, a finales de la década de los 90, hasta la actualidad, pero ha sufrido una obligada y acelerada transformación por la pandemia causada por la enfermedad por coronavirus del 2019 (COVID-19).

En este capítulo, se muestra la evolución de la atención farmacéutica al paciente externo tanto desde el punto de vista legislativo como funcional, haciendo especial hincapié

en las últimas normativas y modelos de atención.

La atención farmacéutica, como se ha dicho, es un factor clave que va a determinar e influir en el resultado en salud obtenido por el sistema sanitario. La superespecialización y la integración del farmacéutico hospitalario en los equipos asistenciales serán las principales bases para lograr un salto cualitativo en la atención farmacéutica.

2. Marco normativo

La Circular 12/91, de 17 de abril, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (PROSEREME, programa selectivo de seguimiento de medicamentos) fue la primera normativa publicada que regulaba la dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios por los servicios de farmacia hospitalaria¹. La entrada en vigor de la fase 5 del PROSEREME comunica el cambio de ámbito de prescripción y dispensación de distintas especialidades farmacéuticas, y define la condición de los medicamentos de uso hospitalario cuya dispensación quedaba reservada exclusivamente a los servicios de farmacia de los hospitales.

Otras disposiciones posteriores del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) fueron complementando al PROSEREME (Figura 1), concretamente la Circular 8/91, de 23 de abril de 1991, del Instituto Nacional de la Salud para la dispensación de medicamentos en enfermos hemofílicos, con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) positivos y afectados de fibrosis quística²; y la Circular 4/92, de 9 de junio de 1992, que regula las condiciones de dispensación por parte de los servicios de

farmacia hospitalaria para la dispensación de medicamentos de uso hospitalario a pacientes no ingresados³.

Con la publicación de esta normativa, se crean las primeras unidades de consultas externas de farmacia en los hospitales. El farmacéutico de hospital desarrolla una nueva competencia clínica con atención directa a pacientes externos.

En 2001, la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana publica en su Diario Oficial la Orden de 31 de julio de 2001, la creación de unidades específicas de atención farmacéutica para pacientes externos dentro de los servicios de farmacia hospitalaria. Hasta el momento, no se habían regulado las funciones a desarrollar por los farmacéuticos hospitalarios, la dotación de la plantilla, las condiciones de la ubicación, el procedimiento de dispensación, el informe farmacéutico y la evaluación de la prestación farmacéutica⁴.

La normativa del Real Decreto 1718/2010 de 17 de diciembre, sobre la receta médica y órdenes de dispensación, en el apartado

b) de la Orden de dispensación hospitalaria, publicada en el BOE del 20 de enero 2011, establece que *la orden de dispensación hospitalaria para pacientes no ingresados es el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio para la prescripción por los médicos, odontólogos y podólogos de los servicios hospitalarios, de los medicamentos que exijan una particular vigilancia, supervisión y control, que deban ser dispensados por los servicios de farmacia hospitalaria a dichos pacientes*⁵.

Por otra parte, el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios⁶ (Ley 26/2006 de 26 de julio) establece que *la dispensación de medicamentos para su utilización en hospitales o los medicamentos que exijan una particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinar de atención a la salud, de conformidad con la calificación otorgada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para tales medicamentos, corresponde a los servicios de farmacia de los hospitales*.

Además, el artículo 3, establece en el punto 6 c) que *en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, además de los medicamentos especificados en el párrafo b), corresponderá a los servicios de farmacia de los hospitales la custodia, conservación y dispensación de los medicamentos de uso humano en los que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad acuerde establecer reservas singulares, limitando su dispensación sin necesidad de visado a los pacientes no hospitalizados*⁷.

Ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, el Ministerio de Sanidad publica la Orden SND/293/2020, de 25 de marzo, por la que *se establecen condiciones a la dispensación y administración de medicamentos en el*

ámbito del Sistema Nacional de Salud. En esta Orden⁸, destaca lo siguiente:

- *Los servicios de farmacia hospitalaria no podrán dispensar medicamentos de dispensación hospitalaria para más de dos meses para garantizar la disponibilidad de medicamentos en España.*
- *De forma excepcional, las comunidades autónomas podrán establecer las medidas oportunas para:*
 - *Garantizar la dispensación de los medicamentos de dispensación hospitalaria sin que deban ser dispensados en las dependencias del hospital.*
 - *Que los pacientes que participen en un ensayo clínico reciban la medicación en su domicilio.*
 - *Administrar medicamentos de uso hospitalario fuera del centro hospitalario, siempre que las condiciones del paciente, de la enfermedad, del medicamento o de la situación epidemiológica así lo aconsejen.*

En este sentido, varias comunidades adoptaron medidas relacionadas con la dispensación a domicilio de medicamentos por los servicios de farmacia hospitalaria durante la pandemia, aunque varias autonomías ya contemplaban estas medidas dentro de su ley de ordenación farmacéutica, como la de Galicia, la Ley 3/2019, de 2 de julio, de ordenación farmacéutica de Galicia, en el artículo 7, sobre *supuestos especiales de entrega de medicamentos y productos sanitarios*⁹. Complementariamente también están trabajando en el desarrollo legislativo de la telefarmacia. Los modelos que se plantean por las distintas comunidades autónomas son diferentes, pero todos ellos exigen una adecuada coordinación de todos los ámbitos asistenciales implicados.



Figura 1.

Evolución del marco normativo de la dispensación de medicamentos desde los servicios de Farmacia de Hospital.

COVID-19: enfermedad por coronavirus del 2019; PROSEREME: programa selectivo de seguimiento de medicamentos.

3. Evolución de la atención farmacéutica

La atención farmacéutica se puede entender desde cualquier ámbito desde el que se ejerce (comunitaria, primaria o especializada), como el conjunto de acciones que, según su formación, habilidad, competencia y experiencia, un farmacéutico pone a disposición de las necesidades farmacoterapéuticas de un paciente¹⁰.

Partiendo de que toda la atención farmacéutica ha sufrido un cambio desde una orientación hacia el medicamento hasta centrarse en el paciente¹¹, el objetivo de esta reflexión es analizar la evolución en la atención farmacéutica ejercida desde los servicios de farmacia hospitalaria.

Posiblemente, los hechos que más claramente definen esta evolución son la excelencia en la formación por áreas y la integración en equipos multidisciplinares.

En 1971, la Cámara de Delegados de la Asociación Americana de Farmacéuticos (APhA, *American Pharmacists Association*) adoptó una declaración política que contenía en par-

te la siguiente disposición: *que se establezca un mecanismo organizativo con la estructura de la asociación para el reconocimiento de especialidades y la certificación de especialistas*. Tras la adopción de esta declaración, el Consejo de Administración de la APhA creó en 1973 el Grupo de Trabajo sobre Especialidades en Farmacia.

Así nace el *Board of Pharmacy Specialties* (BPS)[®] que fue establecida como una división autónoma de la APhA. Se establece la primera certificación en farmacia nuclear en 1978.

Ya en el año 1988, un grupo de profesionales sanitarios indios, que se encargaron de definir el papel de los farmacéuticos en el sistema sanitario para la Organización Mundial de la Salud (OMS), destacaban el lugar privilegiado de los farmacéuticos de hospital para especializarse por áreas terapéuticas¹².

Hoy la BPS, agrupa 14 certificaciones definidas en distintas áreas, como oncología, cardiología, farmacoterapia, nutrición, farmacia pediátrica...

Actualmente en casi todos los hospitales de tercer nivel, los farmacéuticos hospitalarios se integran en equipos asistenciales, existen farmacéuticos hospitalarios integrados en oncología, hematología, unidades de cuidados intensivos, digestivo, cardiología, urgencias, etc. Es esa integración, junto con su compromiso con la formación, la que permite desarrollar nuevas y más complejas competencias.

Así se llega a definiciones de la atención farmacéutica, como la de Barbate¹³: *La actividad profesional por la cual el farmacéutico se vincula con el paciente (y/o cuidador) y el resto de profesionales sanitarios, para atender a este en función de sus necesidades, planteando las estrategias para alinear y alcanzar los objetivos a corto y medio/largo plazo en relación a la farmacoterapia e incorporando las nuevas tecnologías y medios disponibles para llevar a cabo una interacción continuada con el mismo, con el fin de mejorar los resultados en salud.*

Este desarrollo de la atención farmacéutica ha sido posible gracias al trabajo individual de los farmacéuticos hospitalarios y a una dirección común promovida desde la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

El Mapa estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo (MAPEX) de la SEFH¹⁴, a través de sus modelos de estratificación por patología, que recomiendan niveles de atención farmacéutica en base a las distintas necesidades de cada paciente¹⁵ y el modelo de capacidad, motivación y oportunidad (CMO)¹⁶, son un ejemplo de esa dirección común de la farmacia hospitalaria.

Es en el modelo CMO donde la telefarmacia se propone como un medio para conseguir esa atención farmacéutica continua y no episódica, no solo para épocas de emergencia sanitaria como la COVID-19, sino para siempre.

4. MAPEX

La inquietud y la permanente necesidad de mejorar la calidad de la atención prestada ha llevado a la proyección y desarrollo del proyecto MAPEX.

El proyecto MAPEX inicia su andadura a finales del año 2014. La SEFH ha querido elaborar un plan estratégico que establece las líneas asistenciales, docentes e investigadoras del farmacéutico de hospital para atender las necesidades presentes y futuras del paciente externo. Es un proyecto colaborativo, donde MAPEX se ha concebido en fases.

En un principio, se elaboró un documento de consenso que define las actuaciones a impulsar y desarrollar por parte de la SEFH en los niveles macro, meso y micro, para establecer un marco que propicie y ponga en valor la contribución de la farmacia hospitalaria a la obtención medible de resultados en salud, particularmente en cuanto a las necesidades derivadas del incremento del número de pa-

cientes externos; y además, que facilite al farmacéutico de hospital el desarrollo de su papel de manera excelente, evolucionando de manera que se anticipe a los retos que suponen las necesidades presentes y futuras de los pacientes externos. Es preciso desarrollar modelos de actuación para patologías específicas, estableciendo indicadores homogéneos y consensuados que permita medir los resultados en salud.

Posteriormente se aterrizó por patologías en concreto. Y así, en estos primeros siete años de desarrollo del MAPEX, se han desarrollado modelos de estratificación asistencial, documentos de integración en los equipos multidisciplinares, guías de práctica clínica adaptada a diferentes patologías, se ha propuesto un nuevo modelo de atención farmacéutica (CMO) y se han sentado las bases para una atención farmacéutica no presencial (telefarmacia).

5. Modelo CMO

Adopta la sigla con las iniciales de las características típicas del modelo tradicional basado en reducción de los costes, el medicamento como eje pivotal de nuestra actuación y la organización (episódica en la asistencia) como enlace con el paciente. Y lo transforma en tres grandes ideas que dan fuerza a este modelo y que son:

- *C: capacidad.* Entendida como la posibilidad de atender a los pacientes y proveer de atención farmacéutica a todos ellos, siempre en función de sus necesidades. Estas irán mucho más allá de las meramente farmacoterapéuticas. Todas ellas se deberán entender y atender para establecer con los pacientes una relación integral y de una manera continuada en el tiempo.
La herramienta fundamental es la estratificación de los riesgos del paciente.
- *M: motivación.* La capacidad que tenemos de alinear objetivos a corto plazo con otros a largo plazo en relación con la farmacoterapia, es el motor fundamen-

tal de nuestra relación con los pacientes. Entendemos que el alineamiento con el resto de profesionales sanitarios que atienden al paciente y la ayuda en la consecución de estos objetivos (planteando, diseñando y llevando a cabo todas aquellas intervenciones sanitarias necesarias para que el paciente logre su situación clínica ideal, acorde con sus circunstancias) son la principal fuerza de trabajo en este nuevo modelo.

Esta nueva relación con los pacientes sobrepasa, con creces, el clásico abordaje de refuerzo y estímulo en la adherencia que clásicamente se había planteado.

Si el paciente y su motivación van a ser el pilar fundamental de actuación en el nuevo modelo, la herramienta básica de trabajo en la interacción con los pacientes ha de ser una que ponga el énfasis claramente en este aspecto. Entendemos que la entrevista clínica se debe sobrepasar para alcanzar el uso de la entrevista motivacional.

- *O: oportunidad.* Se refiere a llevar a cabo la atención farmacéutica más allá de la

presencia física de los pacientes en las consultas externas de los hospitales, o dicho de otra manera, poder tomar decisiones en tiempo real o en tiempo útil que permitan a los pacientes cumplir con sus objetivos farmacoterapéuticos. Esa es la tercera idea de fuerza en este modelo. Dicho replanteamiento conlleva pensar que trabajamos no ya para el hospital, sino desde el hospital. Partimos de la base de que la clásica relación entre el paciente y el profesional sanitario ha dejado de ser paternalista, para pasar a

un modelo en el que el paciente quiere participar en la toma de decisiones sobre su salud. La figura del paciente informado o, yendo más allá, la del paciente empoderado o experto (consecuencia del acceso a la abundante información disponible a través de Internet) son ya conceptos cada vez más frecuentes. La telefarmacia y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y las del aprendizaje y el conocimiento nos van a conectar directamente con los pacientes en este nuevo modelo.

6. Telefarmacia

La utilización de las TIC en el ámbito de la atención farmacéutica es una oportunidad para acercarse al paciente y mejorar su atención. Recientemente, la SEFH aborda la transformación de la atención farmacéutica con el modelo CMO y publicando un marco estratégico en telefarmacia y su posicionamiento institucional como herramienta de referencia complementaria para la atención del paciente externo en los servicios de farmacia hospitalaria¹⁷. En este contexto, la pandemia por la COVID-19 impulsó el uso de la telefarmacia para garantizar una adecuada atención farmacéutica y la provisión de tratamientos para los pacientes externos atendidos por los servicios de farmacia hospitalaria.

Recientemente, se ha analizado la situación de la implantación y desarrollo de la telefarmacia aplicada a la atención farmacéutica a pacientes externos en los servicios de farmacia¹⁸. Antes de la pandemia, solo el 17% de los servicios de farmacia realizaban telefarmacia asociada a dispensación y entrega informada de medicamentos, y durante el estado de alarma, ascendió hasta el 87,6%. Además de

demostrar su utilidad en el seguimiento farmacoterapéutico, en la coordinación asistencial y en la dispensación con entrega informada, esta herramienta alcanzó un alto grado de satisfacción con su implantación^{19,20}.

En Galicia, se ha desarrollado una plataforma de teleasistencia domiciliaria, que se denomina Telea, para el seguimiento de los pacientes crónicos, y emplea las TIC para mantener en contacto a los profesionales sanitarios y a los pacientes en su domicilio, facilitando la motorización del estado de salud de los usuarios sin necesidad de desplazamientos²¹. El objetivo es mejorar la calidad de vida de los enfermos a través de un seguimiento estrecho, encaminado a detectar, con agilidad, descompensaciones en los indicadores de salud. Se necesita disponer de un ordenador, *tablet* o teléfono con conexión a Internet para acceder a la plataforma, que contiene biomedidas, cuestionarios de salud, servicios de videoconsultas y que integra de forma automática la información de los dispositivos clínicos del paciente en su historia clínica electrónica.

Esta herramienta tecnológica usada para pacientes crónicos cobró bastante fuerza para el manejo de los pacientes con la COVID-19, durante la pandemia, convirtiéndose en indispensable para realizar una monitorización proactiva que supuso una reducción de la sobrecarga de los hospitales y una menor tasa de mortalidad^{22,23}.

Se ha incorporado a la plataforma Telea el programa Telea-Farmacia, con el objetivo de monitorizar de manera proactiva la seguridad de los pacientes que están a tratamiento con fármacos de dispensación hospitalaria. Se está pilotando en pacientes oncológicos y en pacientes con VIH.

7. Conclusiones

La evolución legislativa y asistencial que está experimentando la atención farmacéutica a pacientes externos por los servicios de farmacia hospitalaria en los últimos años exige a todos los protagonistas un indudable esfuerzo de adaptación e integración. La especialización en áreas terapéuticas y la integración

en equipos interdisciplinarios por parte del farmacéutico de hospital ha hecho que se cambie el foco de la atención farmacéutica centrándose en el paciente y en sus necesidades reales. Estamos también ante un modelo de decisiones compartidas.

8. Bibliografía

1. Circular 12/91, de 17 de abril, de 1991, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Cambio de ámbito de prescripción y dispensación en distintas especialidades farmacéuticas. Prosereme 5. Madrid: Dirección General de Farmacia y productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad y Bienestar Social; 1991.
2. Circular 8/91, de 23 de abril de 1991, del INSALUD. Dispensación de medicamentos en enfermos hemofílicos VIH positivos y afectados de fibrosis quística por los servicios de farmacia hospitalarios. Madrid: INSALUD; 1991.
3. Circular 4/92 del 9 de junio de 1992, del INSALUD sobre la regulación de la prescripción y dispensación de medicamentos de uso hospitalario a pacientes no ingresados. Madrid: INSALUD; 1992.
4. Orden de 31 de julio de 2001, de la Conselleria de Sanidad, de Creación de Unidades de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos. *DOGV*. 2001;4064.
5. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. *BOE*. 2011;17:6306-29.
6. Jefatura del Estado. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. *BOE*. 2006;178. [Actualizado 25 Jul 2015].
7. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. *BOE*. 2015;177:62935-3030.
8. Orden SND/293/2020, de 25 de marzo, por la que se establecen condiciones a la dispensación y administración de medicamentos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *BOE*. 2020;85:27500-1.
9. Ley 3/2019, de 2 de julio, de ordenación farmacéutica de Galicia. *DOG*. 2019;130:32380-447.
10. Bernárdez B. Nuevos horizontes en la atención farmacéutica al paciente onco-hematológico. En: Martínez Sesmero JM, Pi G. *Perspectivas Innovadoras en Farmacia Onco-hematológica*. Fundación Gaspar Casal; 2018. p. 127-52.
11. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47(3):533-43.
12. Grupo de consulta de la OMS Nueva Delhi, 13-16 diciembre 1988. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud informe. Ginebra: Programa de Acción de Medicamentos Esenciales y Unidad Farmacéutica División de Políticas y Gerencia de Medicamentos Organización Mundial de la Salud; 1990.
13. Morillo-Verdugo R, Calleja-Hernández MA, Robustillo-Cortés MLA, Poveda-Andrés JL. A new definition and refocus of pharmaceutical care: the Barbate Document. *Farm Hosp*. 2020;44(4):158-62.
14. Morillo Verdugo R, Sáez de la Fuente J, Calleja Hernández MA. MAPEX: look deeper, looking away. *Farm Hosp*. 2015;39(4):189-91.
15. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Documentación: MAPEX Mapa estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo. [Internet]. En: Sefh.es. SEFH. [Consultado 13 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/documentacion.php>
16. Calleja MA, Morillo R. El modelo CMO en consultas de farmacia hospitalaria. [Internet]. Euromedice Vivactis; 2016. [Consultado 13 Oct 2021]. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/Libro_CMO.pdf
17. Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñán L, Montebouquet E, Morell-Baladrón A, Barreda-Hernández D, Rey-Piñero XM, et al. Spanish Society of Hospital Pharmacy Position Statement on Telepharmacy: Recommendations for its implementation and development. *Farm Hosp*. 2020;44(4):174-81.
18. Tortajada-Goitia B, Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñán L, Marcos JA, Fernández-Llamazares CM. Survey on the situation of telepharmacy as applied to the outpatient care in hospital pharmacy departments in Spain during the COVID-19 pandemic. *Farm Hosp*. 2020;44(4):135-40.

19. Margusino-Framiñán L, Illarro-Uranga A, Lorenzo-Lorenzo K, Monte-Boquet E, Márquez-Saavedra E, Fernández-Bargiela N, *et al.* Pharmaceutical care to hospital outpatients during the COVID-19 pandemic. *Telepharmacy. Farm Hosp.* 2020;44(7):61-5.
20. Álvarez Criado J, García-Trevijano Cabetas M, Jiménez Nácher I, Moreno Ramos F, González Fernández MA, Herrero Ambrosio A. Evaluación del servicio de entrega de medicación a domicilio desde la Farmacia Hospitalaria durante la pandemia COVID-19. *Rev OFIL-ILAPHAR.* 2020;30(3):193-9.
21. Servizo Galego de Saúde. O Portal Telea. Guía de manexo. [Internet]. En: Sergas.es. SERGAS. [Consultado 7 Oct 2021]. Disponible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/939/TELEA-DU-v.01.17-GR-12-O_portal_TELEA.pdf
22. Rabuñal R, Suárez-Gil R, Golpe R, Martínez-García M, Gómez-Méndez R, Romay-Lema E, *et al.* Usefulness of a Telemedicine Tool TELEA in the Management of the COVID-19 Pandemic. *Telemed J E Health.* 2020;26(11):1332-5.
23. Casariego-Vales E, Blanco-López R, Rosón-Calvo B, Suárez-Gil R, Santos-Guerra F, Dobao-Feijoo MJ, *et al.* Efficacy of Telemedicine and Telemonitoring in At-Home Monitoring of Patients with COVID-19. *J Clin Med.* 2021;

Atención farmacéutica a pacientes externos. Modelo de coordinación con la oficina de farmacia comunitaria

Jana Vidal Otero¹, Maria-Queralt Gorgas Torner²

¹Coordinadora de la Unidad de Dispensación Ambulatoria. Hospital Vall de Hebron. Barcelona.

²Directora de Servicio de Farmacia. Hospital Vall de Hebron. Barcelona.

1. Introducción

La telefarmacia es la práctica farmacéutica a distancia a través del uso de las tecnologías de la información y la comunicación. Las aplicaciones de la telefarmacia incluyen, entre otros, el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes y la dispensación a distancia¹.

Se define la dispensación de proximidad como el proceso de entrega de la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA) a un paciente concreto en un entorno más próximo a su domicilio o bien en el propio domicilio, bajo la responsabilidad del servicio de farmacia (SF) que lo dispensa. Esta se debe realizar mediante un intermediario autorizado y siempre garantizando la

conservación, seguridad y trazabilidad de los medicamentos hasta el punto de recogida o la entrega del medicamento.

En la actualidad, existen dos vías de entrega de medicación de proximidad: mediante un intermediario de proximidad (farmacia comunitaria, otro hospital o un centro de atención primaria) y directamente en el domicilio del paciente².

El proceso de envío de medicación a un centro de proximidad debe ir precedido en todos los casos del acto profesional de atención farmacéutica (AF) mediante un procedimiento de telefarmacia.

En el modelo de coordinación con la oficina de farmacia (OF), los farmacéuticos comunitarios (FC) colaboradores reciben en la farmacia, a través de los distribuidores farmacéuticos autorizados, la medicación de cada paciente debidamente identificada. El FC asume la responsabilidad de la entrega al paciente, y lo comunica al SF del hospital de referencia, tanto si el paciente ha recogido debidamente la medicación como en el caso de que no lo haya hecho.

El circuito requiere que los pacientes atendidos sean previamente seleccionados, contactados e informados desde el SF correspondiente. Previamente, el farmacéutico hospitalario (FH) realiza la AF telemática necesaria, se explica el circuito y se obtiene el consentimiento verbal del paciente para la dispensación de proximidad que debe quedar registrado en su historia clínica. El SF consulta al paciente en qué OF quiere recoger la medicación y contacta con esta para activar el circuito. El tiempo estimado de llegada de la medicación a la OF debe ser habitualmente de 24-48 horas, como máximo 72 horas, desde la entrega de la medicación al distribuidor farmacéutico por parte del SF.

Se ha de establecer un sistema de trazabilidad, idealmente mediante una aplicación informática, a fin de: registrar la actividad y

que los SF puedan consultar los datos, asignar la OF de entrega elegida por el paciente y preparar el envío de la medicación, que el sistema de transporte reciba una notificación de los hospitales donde debe recoger medicación y la lista de OF a las que tiene que entregar los medicamentos, desde la que se envíe un mensaje de texto al paciente para informarle de que ya tiene su medicación disponible en la OF, y finalmente, en la que los FC puedan registrar electrónicamente la confirmación de la recepción de la medicación y su entrega al paciente.

Se debe establecer un circuito para el manejo de los tratamientos no recogidos por el paciente, por ejemplo, estableciendo un límite de días, a partir del cual, si el paciente no ha recogido la medicación, el FC contactará con él para recordar la disponibilidad de la medicación y confirmar si el paciente irá a recogerla o no. En caso de que el paciente no quiera o no pueda recoger la medicación, el FC informará telefónicamente al SF y este será quien, después de realizar las consultas correspondientes con el paciente y la historia clínica, informará al FC si es necesario que guarde la medicación más tiempo o si es preciso que el distribuidor farmacéutico la recoja para devolverla al hospital, en cuyo caso se hará constar en la aplicación informática³.

2. Marco normativo

En el marco de la estrategia de respuesta a la epidemia del síndrome respiratorio agudo severo causado por coronavirus de tipo 2 (SARS-CoV-2), en Cataluña, conforme a la Resolución del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), de 17 de marzo de 2020, se establecieron medidas extraordinarias de acceso de determinados colectivos a los medicamentos hospitalarios, con el fin de garantizar la seguridad y la salud de los pacientes que reciben tratamiento con MHDA.

Posteriormente, el Real Decreto Ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la enfermedad por coronavirus del 2019 (COVID-19), estableció, en la disposición adicional sexta, medidas excepcionales de la gestión de la prestación farmacéutica, y permitió que las diferentes comunidades autónomas establecieran las medidas oportunas para la dispensación de medicamentos en modalidad no presencial.

Se considera que los procedimientos de las comunidades autónomas no deben limitar en

ningún caso lo que se establecía en la Orden SND/293/2020 de 25 de marzo, y posteriormente era ratificado por el Real Decreto-ley 21/2020 de 9 de junio, que contempla que la dispensación no presencial se pueda realizar en centros sanitarios o en establecimientos sanitarios autorizados para la dispensación de medicamentos próximos al domicilio del paciente, o en su propio domicilio.

Como respuesta, el Servicio Catalán de la Salud, dictó medidas de tipo organizativo específicas para la dispensación de la MHDA en la modalidad no presencial en una resolución del director de CatSalut, que entró en vigor el 22 de junio de 2020, en el que se definía la priorización de los pacientes y las modalidades de entrega. Así se habilitaba un circuito extraordinario que permite que la MHDA se dispense en modalidad no presencial para pacientes que, a criterio clínico, lo requirieran por motivos de riesgo, incluyendo compromiso inmunitario, afectación pulmonar grave, fragilidad clínica, dependencia o vulnerabilidad, así como para pacientes cuyo domicilio esté a una distancia del centro hospitalario que lo justifique.

Esta dispensación en modalidad no presencial puede realizarse tanto en centros sanitarios autorizados para la dispensación de medicamentos (centros de atención primaria con SF), en OF cercanas al domicilio del paciente o, solo excepcionalmente, en el domicilio del paciente si su estado clínico lo justifica. Cabe destacar que, en este último propósito, específica que la entrega a domicilio solo debe considerarse en casos excepcionales⁴.

La dispensación de proximidad, así como el seguimiento farmacoterapéutico del paciente será responsabilidad del SF dispensador. Y sea cual sea el sistema de entrega, los procedimientos deben incorporar y establecer explícitamente los aspectos profesionales de

AF, combinando la actividad telemática con la asistencia presencial de los pacientes a los centros hospitalarios cuando estos se desplacen al mismo por cualquier otro proceso asistencial.

En la actualidad, existen limitaciones en el desarrollo y la aplicación de la telefarmacia, debido a la falta de un marco regulatorio consistente a nivel nacional sobre la dispensación y entrega informada de medicamentos a distancia. Se considera necesario que las autoridades sanitarias competentes establezcan un marco legislativo común y claro que incluya las directrices necesarias para la correcta y equitativa implementación de este nuevo modelo⁵.

3. Justificación de la necesidad del modelo, reflexión de pros y contras

La dispensación de MHDA en el entorno ambulatorio tiene como objetivo acercar la medicación al paciente externo y ofrecerle flexibilidad en la entrega de la medicación. La dispensación a distancia permite mantener el seguimiento y la comunicación con el paciente más allá del contacto directo a través de la consulta farmacéutica presencial asociada a la dispensación. Además, permite a los pacientes reducir el número de desplazamientos al hospital, lo que supone una menor interferencia del tratamiento con las actividades de la vida diaria, ahorro económico, reducción de las existencias del medicamento en el domicilio, mayor comodidad para el paciente y menor dependencia de los cuidadores.

Por otro lado, para los FH, puede suponer una oportunidad para optimizar la carga de trabajo (tareas programadas y preparación o dispensación en momentos de menor presión asistencial), mejorar el seguimiento farmacoterapéutico del paciente (disponer de más tiempo para estas labores y reforzar el seguimiento continuado), reducir las existencias de medicamentos en el SF o mejorar la trazabilidad completa del proceso de dispensación⁶. En contrapartida, requiere mayor espacio de almacenamiento

para paquetería preparada con antelación, que puede ser voluminosa según el perfil de los pacientes seleccionados (incluyendo espacio para los medicamentos termolábiles) y mayor tiempo de dispensación, ya que la entrega presencial es más ágil que la preparación de los paquetes correctamente acondicionados más su etiquetado, siguiendo la normativa legal vigente.

Uno de los temas clave en cuanto a aspectos operativos y logísticos es cómo planificar y organizar la dispensación y entrega informada de medicamentos a distancia en el entorno ambulatorio. Comparando las distintas alternativas en la entrega de medicamentos, la elección de un modelo u otro dependerá de la normativa legal vigente, la preferencia de los pacientes, el modelo de financiación, la preferencia del SF por un modelo u otro (la coexistencia de distintos modelos en un mismo SF puede ser complicado a nivel logístico, sobre todo en los que tienen un gran número de pacientes), etc.

El modelo de coordinación con OF presenta diferentes ventajas e inconvenientes desde la perspectiva de los pacientes y de los propios SF (Tabla 1).



Tabla 1.

Ventajas e inconvenientes del modelo de coordinación con Oficina de Farmacia.

	VENTAJAS	INCONVENIENTES
Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar traslados innecesarios al hospital • Flexibilidad horaria • Ahorro de tiempo y económico • Mayor accesibilidad a los profesionales sanitarios. AF virtual garantizada • Aumento de la proactividad y el empoderamiento del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Reticencias del paciente en ciertas enfermedades • Necesidad de alternar visitas presenciales con virtuales
SF	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo profesional: potenciar actividades de valor añadido para el paciente • Fomento del trabajo multidisciplinar • Descongestión de las consultas de AF • Planificación de la dispensación • Almacenamiento, trazabilidad y entregas garantizadas • Gestión de devoluciones • Disponibilidad de un FC, que equivale a la continuidad asistencial • Seguimiento mediante las TIC 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos tecnológicos compartidos con la OF para garantizar la trazabilidad. Necesidad de integración de sistemas • Transporte autorizado • Circuito de devoluciones • Espacio en el SF para la preparación y el almacenamiento • Tiempo de preparación de la dispensación superior • Coste económico

AF: atención farmacéutica; FC: farmacéutico comunitario; OF: oficina de farmacia; SF: servicio de farmacia; TIC: tecnologías de la información y la comunicación.

4. Experiencias conocidas y resultados en el modelo

A continuación, se exponen los resultados de un estudio cuyo objetivo principal fue evaluar y comparar tres programas de entrega de medicamentos requeridos por los pacientes atendidos en las consultas externas del SF: en centros de salud, a domicilio (con una empresa de mensajería externa) y en la OF. Concluyeron que la entrega mediante OF tiene el menor índice de probabilidad de riesgo, debido en gran parte al papel del farmacéutico en la custodia y conservación del medicamento.

Como objetivo secundario, se pretendía analizar el coste económico desde la perspectiva del sistema público de salud, y sus resultados también confirmaron que la dispensación mediante OF obtuvo el menor coste, pero con una importante limitación: fue asignado un coste cero relativo a la empresa distribuidora y a la entrega del medicamento en las OF por la colaboración altruista durante la pandemia. Si el coste fuese distinto de cero, serán necesarios nuevos estudios para evaluar el impacto económico en el sistema público de salud.

Los resultados obtenidos en relación a algunos de los puntos críticos analizados en el estudio concluyeron que el modelo de coordinación con la OF es más favorable que el resto de modelos, por la razón de que el profesional sanitario que atiende al paciente es un farmacéutico licenciado y, por tanto, personal cualificado y con competencias para: detectar errores en la preparación de los medicamentos enviados, cambios en la dosis o posología de los medicamentos, monitorizar la temperatura de almacenaje de forma diaria, ya que se dispone de equipos de refrigeración y monitorización continua de esta en la mayoría de OF, así como realizar correctamente la devolución de medicamentos termolábiles.

En resumen, fueron considerados clave el papel del farmacéutico de OF en cuanto a la entrega informada, la custodia y la conservación del medicamento. Uno de los puntos débiles del modelo estaba relacionado con el flujo de información acerca de la recogida en el SF, ya que es más probable que sea más eficaz y se detecten mejor las posibles incidencias en un

centro de atención primaria que en una OF o en una empresa de mensajería externa, debido a que el centro de atención primaria y el SF pueden colaborar mediante la historia clínica informatizada. Esto se soluciona mediante la implantación de herramientas tecnológicas comunes para facilitar el flujo de información, lo que probablemente incrementa el coste económico y tiene la limitación de la integración con los distintos sistemas de historia clínica electrónica de los hospitales⁷.

Por otro lado, los resultados de una encuesta realizada en octubre de 2020 por el Servicio Catalán de la Salud sobre la entrega de MHDA en los hospitales de Cataluña, con el objetivo de conocer los recursos y procedimientos de dispensación y entrega de MHDA, mostraron los siguientes resultados⁸:

- La dispensación en el hospital es la más frecuente, seguido de la entrega en el domicilio del paciente y en la OF, y en última instancia, la entrega en los centros de atención primaria.
- Los hospitales tienden a disponer de más de un sistema de dispensación de proximidad.
- En relación al modelo de dispensación en coordinación con la OF, de 55 hospi-

tales que participaron en la encuesta, 17 utilizaron el protocolo de dispensación de MHDA por esta vía. Desde el inicio del procedimiento, se incluyeron 11.619 pacientes y participaron 1.901 OF.

- El modelo de dispensación vía mensajería directa a domicilio presentó los siguientes inconvenientes: el coste no es asumible por parte del hospital y no todos los pacientes pueden hacerse cargo económicamente; la distribución de los medicamentos es compleja, ya que hay que organizar rutas de transporte y se deben garantizar las condiciones de conservación durante este proceso, el depósito en almacenes intermedios si la entrega no es directa (si el paciente no se encuentra en el domicilio) y las devoluciones, siempre manteniendo la cadena de frío y disponiendo de trazabilidad completa en todo el circuito.

Hay que puntualizar que dichos resultados reflejan la situación pocos meses después del inicio de la pandemia del SARS-CoV-2. Habría que revisar los datos en la actualidad para ver los cambios de tendencia en los modelos de dispensación de proximidad, cómo se han ido ordenando los circuitos en los distintos SF y se han ido adecuando al marco legal vigente.

5. Perspectiva y necesidades futuras del modelo

Los nuevos modelos de AF a pacientes externos que implican una coordinación con otros profesionales sanitarios de distintos niveles asistenciales son un impulso a modelos de asistencia centrados en el paciente, promoviendo así la humanización de la atención sanitaria. De la misma manera, también se potencia la visibilidad del FH y los SF.

Los retos que se plantean tienen que ver con distintas perspectivas. La telefarmacia implica un cambio cultural a todos los niveles del sistema sanitario, con la posible resistencia al cambio que puede generar. Es fundamental que la tecnología sea accesible para el paciente, tanto a nivel económico como por su facilidad de uso, y se debe garantizar la protección de datos.

Además, hay que tener en cuenta la posible exclusión de determinados grupos de pacientes en los que la brecha digital o la socioeconómica pueden representar limitaciones

para su inclusión en dichos programas de AF telemática.

Otro riesgo potencial es que actualmente la información recogida en las diferentes soluciones tecnológicas en los distintos niveles asistenciales puede quedar aislada, sin poder ser compartida con otras herramientas tecnológicas en los centros ni con la historia clínica del paciente.

Existe la necesidad de asegurar la integración e interoperabilidad entre las diferentes tecnologías. Para el sistema sanitario, a nivel económico, una limitación es la inversión inicial necesaria para la puesta en marcha y el mantenimiento del soporte tecnológico, así como de recursos humanos⁹⁻¹⁴. Además, actualmente existe una falta de consenso a nivel nacional o entre las distintas comunidades autónomas sobre los modelos de financiación para el desarrollo de la telefarmacia.

6. Conclusiones

El modelo de AF a pacientes externos en coordinación con la OF:

- Es una práctica farmacéutica a distancia, dentro de lo que conocemos como telefarmacia, orientada a la humanización de la atención de los pacientes a través del uso de las tecnologías de la información y la comunicación, para mejorar la atención al paciente externo de forma complementaria a la atención presencial. Debe incluir: seguimiento farmacoterapéutico, formación/información y coordinación con el equipo asistencial.
- Permite la dispensación y entrega informada de medicamentos a distancia en el ámbito ambulatorio, siempre bajo la dirección del FH, acercando los medicamentos al ámbito más próximo al domicilio del paciente en su OF y ofreciendo así flexibilidad en la entrega de la medicación.
- El mejor perfil del paciente candidato a recibir este tipo de AF puede no coincidir

con el que más lo necesita. Los pacientes más dependientes del sistema sanitario por criterios de riesgo o fragilidad, para los que la dispensación de proximidad mediante la OF y el seguimiento farmacoterapéutico por vía telemática son de gran utilidad, no suelen ser pacientes con un tratamiento crónico estable, sin cambios en la prescripción ni en la posología habituales. La dispensación a distancia conlleva un retraso en la entrega de los medicamentos nuevos para los pacientes, de tal manera que la gestión de los cambios en la prescripción puede ser compleja, incluyendo las devoluciones.

- Puede ser considerado el modelo de dispensación de proximidad más favorable, por la razón de que el profesional sanitario que atiende al paciente es un farmacéutico licenciado. El circuito debe garantizar que el transporte de la medicación y su almacenaje cumplen con la correcta conservación del medicamento, la trazabilidad, la privacidad y la confi-

dencialidad de los datos del paciente y cumple la normativa vigente.

- Requiere un sistema de financiación que permita el desarrollo y la implantación

del modelo como un nuevo servicio sanitario disponible en la cartera de servicios del sistema sanitario.

7. Bibliografía

1. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Consideraciones a la aplicación efectiva de la Telefarmacia y dispensación no presencial de medicamentos hospitalarios. [Internet]. SEFH; 2021. [Consultado 1 Oct 2021]. Disponible en: https://www.sefh.es/fichadjuntos/Comunicado_SEFH_dispensacion_no_presencial_20210325.pdf
2. Servei Català de la Salut. Gerència del medicament: Document de bones pràctiques per al lliurament de proximitat de la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA). [Internet]. SCS; 2021. [Consultado 1 Oct 2021]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5940/document_bones_practiques_lliuament_proximitat_medicacio_hospitalaria_dispensacio_ambulatoria_MHDA_2021.pdf?sequence=4&isAllowed=y
3. Gerència del Medicament, Servei Català de la Salut, SF Hospital del Mar, COFB, Fedefarma. Lliurament de medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA) a la farmàcia comunitària en el context de la COVID-19. Protocol d'actuació farmacèutica. V. 8. SCS; 2020.
4. Servei Català de la Salut. Resolució per la qual, amb motiu de la situació de la crisi sanitària ocasionada per la COVID-19, s'estableixen mesures per a la dispensació de la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria en la modalitat no presencial. [Internet]. SCS; 2020. [Consultado 2 Oct 2021]. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/2021/resolucio-dispensacio-MHDA-no-presencial.pdf
5. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. El proyecto: MAPEX Mapa estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo. [Internet]. En: Sefh.es. Madrid: SEFH; 2020. [Consultado 2 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>
6. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. El modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria. [Internet]. Madrid: SEFH; 2016 [Consultado 2 Oct 2021]. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/Libro_CMO.pdf
7. Caballero-Romero Á, Fernández S, Morillo AB, Zaragoza-Rascón M, Jaramillo-Pérez C, Del Pozo-Rubio R. Healthcare failure mode and effects analysis and cost minimization analysis of three pharmaceutical services. *Farm Hosp*. 2021;45(2):66-72.
8. Servei Català de la Salut. Enquesta Lliurament de MHDA als Hospitals de Catalunya. SCS; 2020.
9. Esteban-Cartelle H, Veiga Gutiérrez R, Fernández-Ferreiro A. Technology and Telemedicine in Hospital Pharmacy, It has Come to Stay. [Internet]. En: Smgebooks.com. SMGroup; 17 Oct 2017. pp. 18. [Consultado 3 Oct 2021]. Disponible en: <http://www.smgebooks.com/telemedicine/chapters/TELMED-17-09.pdf>
10. Alexander E, Butler CD, Darr A, Jenkins M, Long R, Shipman C, *et al*. ASHP Statement on Telepharmacy. *Am J Heal Pharm*. 2017;74(9):236-41.
11. Le T, Toscani M, Colaizzi J. Telepharmacy: A New Paradigm for Our Profession. *J Pharm Pract*. 2020;33(2):176-82.
12. Poudel A, Nissen LM. Telepharmacy: a pharmacist's perspective on the clinical benefits and challenges. *Integr Pharm Res Pract*. 2016;5:75-82.
13. Canadian Society of Hospital Pharmacists. Telepharmacy: Guidelines. [Internet] Ottawa (ON): CSHP; 2018. [Consultado 3 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.telemedecine-360.com/wp-content/uploads/2019/03/2018-CSHP-Telepharmacy-Guidelines.pdf>
14. Stratton T. Review of Research in Telepharmacy. [Internet]. En: Smgebooks.com. SMGroup; 20 May 2016. pp. 14. [Consultado 03/10/2021] Disponible en: <http://www.smgebooks.com/telemedicine/chapters/TELMED-16-03.pdf>

Atención farmacéutica a pacientes externos. Modelos de coordinación con atención primaria

Luis Margusino-Framiñán

**Jefe de Sección de Atención Farmacéutica. Servicio de Farmacia.
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña**

1. Introducción

En España, el modelo de organización sanitaria se encuentra actualmente bajo la responsabilidad de las comunidades autónomas tras las transferencias en este ámbito realizadas a finales del siglo XX, que han mantenido el modelo de dos niveles asistenciales, atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH)¹. Este modelo ha ido mostrando deficiencias significativas que se traducen en una pérdida de eficiencia del sistema motivada por la falta de coordinación entre los niveles asistenciales, recelos entre los profesionales e insatisfacción de los pacientes. Por ello, un nuevo modelo de gestión, la gestión sanitaria integrada, ha buscado una atención de calidad, coordinada y continua, con el paciente como eje y centro del sistema, y los dispositivos asistenciales coordinados para resol-

ver sus problemas y necesidades de salud². Otros factores, como el empoderamiento del paciente y su participando proactiva en su proceso asistencial, el envejecimiento poblacional, la digitalización y la irrupción de las tecnologías de la información y la comunicación en la atención sanitaria, la telemedicina o la humanización de la asistencia sanitaria, están acelerando la necesidad de un modelo integrado AH-AP que favorezca la continuidad asistencial y la gestión de la cronicidad.

Como consecuencia, la organización de la atención farmacéutica también se encuentra estructurada a nivel de los sistemas autonómicos de salud, en estos dos niveles asistenciales. Inicialmente, en los años 60 del siglo pasado, se crearon los servicios de farmacia

hospitalaria, y la especialidad de farmacéutico de hospital (FH). Décadas después, alrededor de los años 90 del siglo pasado, los servicios autonómicos de salud, han empezado a crear la figura del farmacéutico de atención primaria (FAP). Ambos profesionales tienen el objetivo común de mejorar los resultados en salud mediante la provisión de una AF individualizada y que requiere de un modelo de integración que garantice la continuidad asistencial con el fin indicado.

En este capítulo, se revisará el marco legal y la normativa existente en relación a los modelos de integración entre Farmacia de AH y de AP, experiencias de éxito basadas en iniciativas nacionales de coordinación entre farmacéuticos de ambos niveles y, finalmente, perspectivas futuras en su desarrollo.

2. Marco legal

La Ley General de Sanidad 14/1986 establece que el Sistema Nacional de Salud se estructura en dos niveles asistenciales, la atención primaria y la hospitalaria, pero delimitando una demarcación territorial, el área de salud³. Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, cuyo objeto general es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud, propone distintos niveles de integración, que se extienden también a la atención socio-sanitaria, sanidad privada y salud mental, por ejemplo⁴.

Además de esta legislación nacional, hay que tener en cuenta las iniciativas regulatorias y normativas que cada comunidad autónoma ha llevado a cabo para incentivar modelos de coordinación e integración entre AP y AH. A modo de ejemplo, el Artículo 67 del Capítulo VII de la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia, sobre Ordenación territorial del Sistema Público de Salud de Galicia, incide en que el sistema público de salud de Galicia se ordena territorialmente en áreas sanitarias, equivalentes a las áreas de salud previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad y les corresponde la gestión integrada de los recursos sanitarios asistenciales públicos existentes en su ámbito territorial, así como de las prestaciones y programas que se desarrollen en el mismo ámbito, más allá de la integración de AH y AP⁵. Estos modelos de gestión integrada, deben trasladarse también al ámbito de la atención farmacéutica.

3. Experiencias de modelos de coordinación FH-FAP

A pesar de estos intentos regulatorios sobre la necesidad de una coordinación e integración entre Farmacéuticos de Hospital y Farmacéuticos de Atención Primaria, muy poco se ha avanzado a nivel nacional o internacional, lo que condiciona la eficiencia de la atención farmacéutica de ambos colectivos sobre los resultados de salud y satisfacción de los pacientes⁶⁻⁹. Dicho nivel de coordinación, es especialmente importante, por razones principalmente de seguridad y continuidad asistencial, en el conocido como “paciente externo”, denominación aceptada a nivel de Farmacia Hospitalaria para denominar a los pacientes no ingresados. Sin embargo, existen algunas experiencias asistenciales basadas en iniciativas promovidas por farmacéuticos de hospital que intentan superar estas barreras de coordinación y continuidad asistencial, promover la accesibilidad de los pacientes a su tratamiento y maximizar los resultados en salud, mediante programas de atención farmacéutica integrales. A continuación, se describen algunos de ellos, en función del tipo de intervención.

Interconsultas entre farmacéuticos de AP y de AH

Dos experiencias destacan en este tipo de intervención. Sanmartin-Ucha llevó a cabo un estudio sobre un modelo de teleconsulta de farmacia en historia electrónica, para coordinar la transición asistencial de los pacientes entre AH y AP, con el objetivo de resolver problemas relacionados con medicamentos en pacientes polimedicados. Durante el período analizado, se registraron más de 470 consultas que se resolvieron en el 90% de los casos, concluyendo que la teleconsulta permitió la coordinación de la atención farmacéutica entre niveles, de forma rápida y sencilla, el incremento de la visibilidad y el acceso de los profesionales y la resolución de problemas sin desplazamientos ni retrasos para los pacientes¹⁰. Otra experiencia interesante fue la desarrollada por García-Queiruga, cuyo objetivo fue analizar las consultas realizadas entre FH y FAP mediante un sistema de plataforma electrónica (e-Interconsultation); durante el período de estudio, del total de 1.152 interconsultas (del ámbito de la vali-

dación y seguimiento farmacéutico principalmente), se han resuelto el 90,6%, por lo que los autores concluyen que este modelo bidireccional de teleconsulta ayuda a brindar una atención farmacéutica integrada de mejor calidad a los pacientes externos¹¹.

Dispensación delegada

Con el objetivo de superar barreras de coordinación AH-AP, promover la accesibilidad de los pacientes a su tratamiento y maximizar los resultados en salud, se ha propuesto la denominada dispensación delegada, entendida en este contexto como la dispensación de medicamentos de dispensación hospitalaria por parte de farmacéuticos de atención primaria en servicios de farmacia o unidades de farmacia de los centros de salud. Dicha dispensación delegada no debe disgregarse de las actuaciones profesionales inherentes a la atención farmacéutica, en un ejercicio de corresponsabilidad entre farmacéuticos de atención primaria y farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria. La pandemia COVID-19, ha supuesto un entorno que ha favorecido el desarrollo de la dispensación delegada en nuestro país, con el objetivo de minimizar los riesgos de contagio de pacientes y profesionales, principalmente durante los estados de alarma. Una experiencia representativa de este modelo fue la llevada a

cabo por Morillo-Verdugo y colaboradores del Hospital de Valme y los FAP de su área sanitaria en Sevilla, con el objetivo de mantener una continuidad en la AF y prolongar la persistencia de los tratamientos. La metodología incluyó la priorización de la gestión en base a la cita previa, localidad de residencia del paciente y rutas preestablecidas, la teleconsulta con oferta del servicio, comunicación anticipada a las FAP, distribución y entrega informada¹².

Farmacoterapia integrada

La coordinación de la farmacoterapia es un pilar fundamental en la atención farmacéutica en general y en los modelos de integración entre AP y AH en particular. Sarmiento-Kosta K, llevó a cabo un estudio descriptivo de 12 casos de servicios farmacéuticos hospitalarios y de AP y que ha incorporado también oficinas de farmacia comunitarias¹³. Se han identificado avances que relacionan la percepción, formalización y la coordinación asistencial y clínica de los servicios farmacéuticos, pero también debilidades y oportunidades de mejora en cuanto a la coordinación. Se concluyó que las diferentes herramientas e instrumentos implantados, parece facilitar una mayor posibilidad de integración entre servicios farmacéuticos y de éstos con la red de salud para contribuir con una farmacoterapia integrada.

4. Perspectivas futuras. Telefarmacia

El futuro de los modelos de coordinación entre farmacéuticos de AH y de AP, pasa indefectiblemente por el desarrollo de la Telefarmacia en nuestro país. La Telefarmacia ha sido definida en el Posicionamiento de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria como es la práctica farmacéutica a distancia a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación¹⁴. Los cuatro procedimientos principales definidos en dicho posicionamiento (seguimiento farmacoterapéutico, dispensación y entrega informada a distancia, formación/información a pacientes y profesionales y coordinación con el equipo asistencial), pueden también ser implementados mediante un modelo de coordinación con atención primaria para determinadas aplicaciones de la telefarmacia. Para ello es necesario que dicho modelo contemple, al menos los siguientes aspectos:

- Grupo de trabajo multidisciplinar AH-AP.
- Procedimiento normalizado de trabajo con criterios de inclusión y exclusión comunes a todos los pacientes y medicamentos, y con el consentimiento expreso del paciente o cuidador.
- Sistemas de información integrados, entre el servicio de farmacia del hospital y atención primaria, destacando la interoperabilidad y con la historia clínica electrónica como sistema principal de información.
- Evaluación de las necesidades formativas que demanden para el desarrollo de esta actividad asistencial de coordinación.
- Protocolización de las actuaciones farmacéuticas y la documentación de la Atención Farmacéutica.
- Evaluación continua de mejora de calidad, mediante el seguimiento de indicadores de actividad y calidad.

5. Conclusiones

El desarrollo de un modelo de coordinación entre Farmacia de AH y AP, a pesar de las barreras para su implantación y las limitaciones ya comentadas, puede proporcionar importantes beneficios a varios niveles. A nivel del sistema sanitario, la propia coordinación e integración asistencial entre niveles asistenciales, comunicación entre profesionales, incorporación del modelo de gestión de la

cronicidad, eficiencia terapéutica, visibilidad social u optimización recursos económicos. A nivel de paciente o cuidador puede permitir una mejor accesibilidad al tratamiento farmacológico y a la atención farmacéutica, promoción de la adherencia al plan terapéutico, accesibilidad al farmacéutico, optimización recursos económicos, y, finalmente favorecer la conciliación de la vida laboral y familiar.

6. Bibliografía

1. Cantero C. El traspaso de competencias sanitarias en España. *Rev Adm Sanit.* 2003;1(1):65-79.
2. Muñoz R. La integración de la gestión de la Atención Primaria de Salud y la Atención Hospitalaria. *Rev Clin Med Fam.* 2010;3(1):1.
3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *BOE*. núm. 102, de 29/04/1986.
4. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *BOE*. núm. 128, de 29/05/2003.
5. Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. *DOG* núm. 143, de 24/07/2008. *BOE*. núm. 202, de 21/08/2008.
6. Ensing HT, Koster ES, van Berkel PI, van Dooren AA, Bouvy ML. Problems with continuity of care identified by community pharmacists post-discharge. *J Clin Pharm Ther.* abril de 2017;42(2):170-7.
7. Gorgas Torner MQ, Pàez Vives F, Camós Ramió J, de Puig Cabrera E, Jolonch Santasusagna P, Homs Peipoch E, *et al.* [Integrated pharmaceutical care programme in patients with chronic diseases]. *Farm Hosp.* agosto de 2012;36(4):229-39.
8. Hazen ACM, de Bont AA, Leendertse AJ, Zwart DLM, de Wit NJ, de Gier JJ, *et al.* How Clinical Integration of Pharmacists in General Practice has Impact on Medication Therapy Management: A Theory-oriented Evaluation. *Int J Integr Care.* 2019;19(1):1.
9. Lefeber GJ, Drenth-van Maanen AC, Wilting I, Jansen PAF, van Marum RJ, Egberts TCG. Effect of a transitional pharmaceutical care intervention at hospital discharge on registration of changes in medication regimens in primary care. *J Am Geriatr Soc.* marzo de 2014;62(3):565-7.
10. Samartín-Ucha M. Model of teleconsultation pharmaceutical integrated in the electronic clinical history of the patient. *Farm Hosp.* 2019;43(1):1-5.
11. Garcia-Queiruga M. e-Interconsultations between a hospital pharmacy service and primary care pharmacy units in Spain. *Eur J Hosp Pharm.* 2021 Jul;28(4):202-206.
12. Margusino-Framiñán L. Pharmaceutical care to hospital outpatients during the COVID-19 pandemic. Telepharmacy. *Farm Hosp.* 2020;44(7):61-65.
13. Costa KS, Goldbaum M, Guayta-Escobies R, Modamio P, Mariño EL, Tolsá JLS. Coordinación entre servicios farmacéuticos para una farmacoterapia integrada: el caso de Cataluña. *Cien Saude Colet.* 2017;22(8):2595-2608.
14. Morillo-Verdugo R., Spanish Society of Hospital Pharmacy Position Statement on Telepharmacy: Recommendations for its implementation and development. *Farm Hosp.* 2020;44(4)