

• **CAPÍTULO 6** •

**DEL ESCEPTICISMO AL
APOSTOLADO**

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

EL PROYECTO PILOTO EN ANDALUCÍA

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

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

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

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

RESULTADOS DEL ESTUDIO CUANTITATIVO

CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

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

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

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

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

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

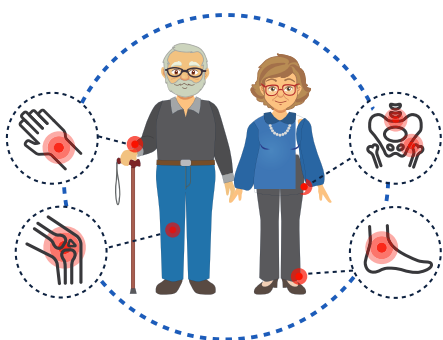
CRIBADO DE FRAGILIDAD Y RIESGO DE CAÍDAS

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



Resultados de los test al inicio del proyecto piloto

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



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

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

Intervención en farmacia comunitaria

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

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

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

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

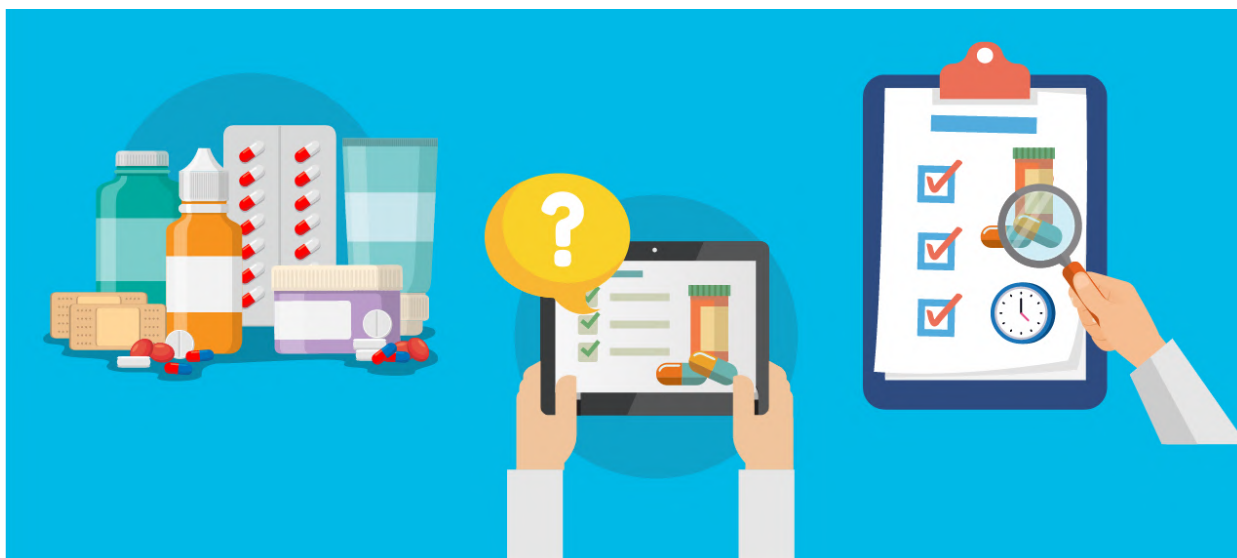
Resultados en salud

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

Satisfacción y utilidad del servicio

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

ASISTENCIA EN NUEVOS MEDICAMENTOS



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

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

Resultados de la intervención

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

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

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

Evaluación económica

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

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

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

TOMA DE CONSTANTES Y REFUERZO TERAPÉUTICO



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

El proyecto piloto demostró:

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

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

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



Sobrepeso

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

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

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

➤ Hipertensión Arterial

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

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

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

➤ Diabetes

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

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

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



Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

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

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

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

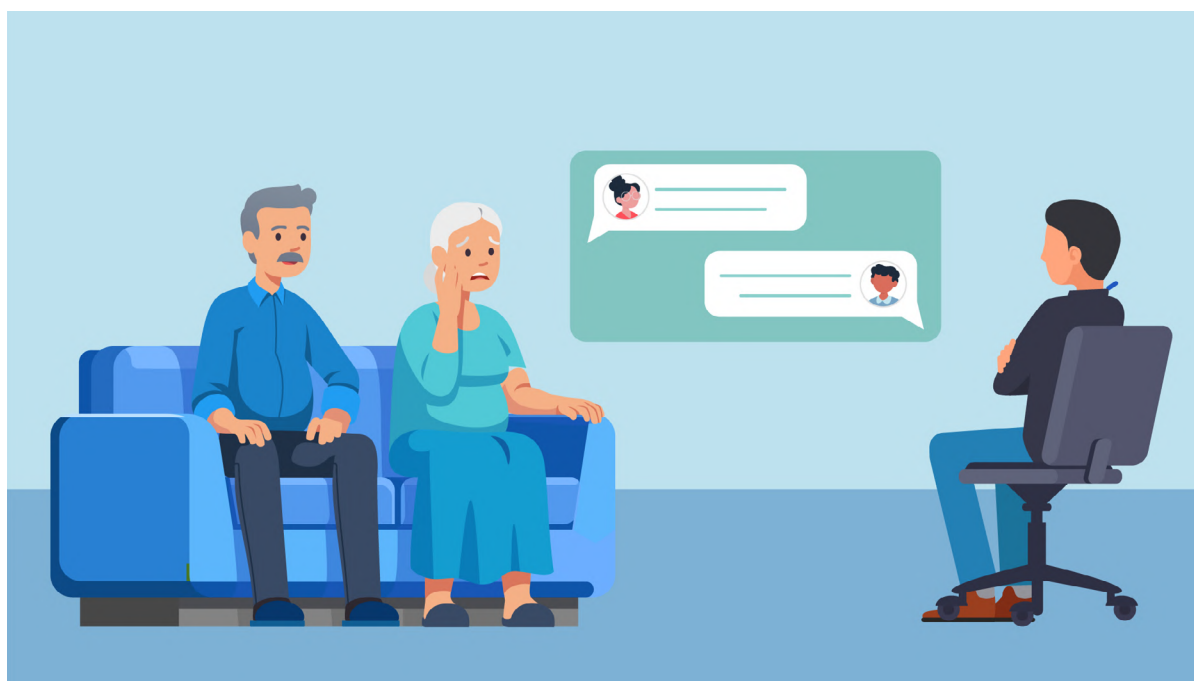


Satisfacción y utilidad del servicio



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

LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO CUALITATIVO



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

Las entrevistas se estructuraron en torno a las siguientes temáticas:

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



En farmacia comunitaria

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



Cambios en los espacios físicos

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

Farmacéutica

Cambios en los sistemas de información y necesidad de formación

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

Farmacéutica



En atención primaria

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



Mejoras en la relación con farmacia comunitaria

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

Contactos directos a través de farmacia de atención primaria

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

ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS

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



Aceptación de la farmacia como otro agente más de salud

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

Satisfacción con la atención de farmacia de atención primaria

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

Farmacéutica AP

BENEFICIOS EN SALUD Y BIENESTAR

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



Mejoras en la seguridad en la prescripción

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

Detección precoz de descompensaciones y agravamiento de la enfermedad

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



Revisión y ajuste de la medicación

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

Mejora de la adherencia al tratamiento

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

Prevención de caídas

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

ALTERNATIVAS A LA FINANCIACIÓN

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



Programas con financiación pública

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

Costes de los nuevos servicios farmacéuticos

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



Demostración del coste-efectividad de los nuevos servicios

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

Aportación de la persona a la financiación de los servicios farmacéuticos

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

Retribución por actos sanitarios con impacto en salud

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

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES



Aspectos éticos

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



Beneficios para las personas

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

Beneficios para la profesión

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



Aspectos legales

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



Legislación sobre protección de datos personales

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

Confidencialidad de la información

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



Propiedad de los datos de la historia clínica

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

Consentimiento informado

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



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