

POSICIONAMIENTO  
SEFAP EN LA GESTIÓN  
FARMACOTERAPÉUTICA  
INTEGRADA



**Ángel Mataix Sanjuan**

**Presidente SEFAP**

Alcalá de Henares, 9 de junio de 2016

aula **FAP** 2016

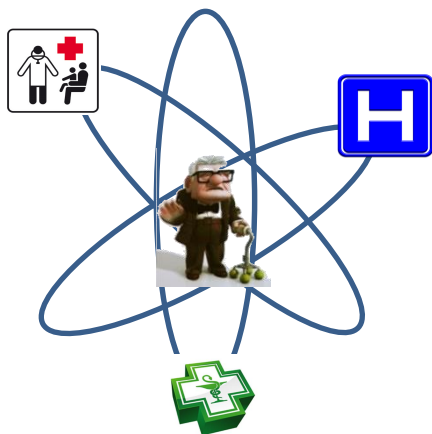
- ✓ 3 ámbitos asistenciales
- ✓ Multitud de acciones para mejorar la atención farmacoterapéutica del paciente
- ✓ Escasa o nula coordinación entre ellas:
  - Duplicamos acciones
  - Realizamos acciones contradictorias
  - Dejamos puntos ciegos en la atención
  - Somos ineficientes



Experiencias desarrolladas en nuestro país:

- **Gerencias únicas:** centradas en generar economías de escala unificando servicios de soporte, gerenciales, etc
- **Organizaciones sanitarias integradas:** objetivos dirigidos a la integración clínica y asistencial en un territorio.

Devolver al paciente al centro del sistema:



- Organizar la atención entorno a sus necesidades
- Coordinar las acciones en torno a los pacientes a los que damos esos servicios

Dar respuesta a la pregunta:

**¿cuál es el modelo de servicios farmacéuticos que mejor se adapta a los requerimientos de integración clínica y asistencial?**



**Objetivo:** obtener el mejor resultado posible en la terapéutica farmacológica a nivel individual y poblacional, desde el punto de vista sanitario y económico.

## 1.- La gestión clínicamente integrada (GCI) del medicamento requiere concertar los cuidados entre los diferentes agentes



- Integrar decisiones y cuidados. Todo centrado en el paciente
- Gestión óptima de los recursos farmacológicos:
  - ✓ Acceso al medicamento necesario
  - ✓ Uso eficiente y efectivo a nivel poblacional
  - ✓ Patrón de uso poblacional compatible con la sostenibilidad del SNS

## 2.- El farmacéutico debe actuar como catalizador para la concertación de criterios y actividades entre profesionales y entre profesionales y pacientes



- Definir una política de medicamentos integrada y hacerla operativa
- Homogeneización de las terapéuticas priorizadas entre ámbitos asistenciales
- Criterios de selección de medicamentos en poblaciones especiales
- Garantía de accesibilidad a las terapéuticas
- Desarrollo de elementos facilitadores
- Autogestión (empoderamiento) del paciente

## ¿Cuáles son los elementos clave a desarrollar por los sistemas sanitarios?



- 3.- Definición de un planteamiento estratégico homogéneo entre ámbitos asistenciales que abarque la visión individual y poblacional
- 4.- Asentar la GCI sobre la base de la comunicación y coordinación intra e interniveles
- 5.- No se debe buscar la centralización. Cada ámbito ha de mantener su responsabilidad funcional específica. No se trata de diluir funciones y responsabilidades, sino de compartir y concertar.



## 6.- La preponderancia de la APS como eje central del gobierno clínico en las estructuras integradas es aplicable también a los servicios farmacéuticos y a la gestión integrada del medicamento



- Los modelos basados en la APS son más efectivos y eficientes
- La posición central de la APS permite integrar las visiones individuales y poblacionales
- Permite integrar los enfoques asistenciales curativos y preventivos
- La APS es el único entorno asistencial preparado para ver el “bosque” que constituye la historia clínica del paciente
- Nuestro modelo sanitario incorpora este enfoque: la APS es la puerta de entrada al sistema, concentra 80 % de la demanda y tiene elevada capacidad resolutive

**7.- Los servicios farmacéuticos asistenciales del SNS cubren todos los elementos necesarios a nivel poblacional e individual desde la perspectiva clínica y logística.**

**El gran problema es la fragmentación.**

Servicios de Farmacia Hospitalaria	
Servicios logísticos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pacientes ingresados</li><li>- Pacientes externos (programa PEX)</li></ul>
Servicios clínicos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Selección de medicamentos</li><li>- Apoyo a la normalización clínica</li><li>- Apoyo a toma de decisiones clínicas</li><li>- Atención farmacéutica ingresados</li><li>- Atención farmacéutica PEX</li><li>- Conciliación de medicación al ingreso</li></ul>

Servicios de Farmacia Atención Primaria	
Servicios logísticos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Medicación de aplicación directa en CS</li></ul>
Servicios clínicos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recomendaciones selección medicamentos</li><li>- Normalización clínica en su ámbito y entre niveles</li><li>- Apoyo a la toma de decisiones</li><li>- Atención farmacéutica pacientes ambulatorios</li><li>- Acciones en entornos comunitarios y familiares</li><li>- Desarrollo de programas y políticas de medicamentos</li><li>- Coordinación de la AF entre niveles</li></ul>

Oficinas de Farmacia	
Servicios logísticos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pacientes ambulatorios</li></ul>
Servicios clínicos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Atención farmacéutica pacientes ambulatorios</li><li>- Participación y ejecución programas Salud Pública</li><li>- Servicios específicos contratados (pe metadona)</li></ul>

Aunque las Oficinas de Farmacia forman una amplísima red en el SNS y tienen un contacto “privilegiado” con el paciente, presentan una serie de limitaciones para la gobernanza del sistema:



- El sistema público las concierne fundamentalmente para la dispensación (logística)
- El enfoque asistencial es atomizado y en ocasiones más competitivo que coordinado
- Ninguna OF tiene una población de pacientes necesariamente estable
- El nivel de contacto y relación con los profesionales de la red pública no está estructurado
- El nivel de coordinación interno (entre OF) y externo (con SFH o SFAP) no está estructurado

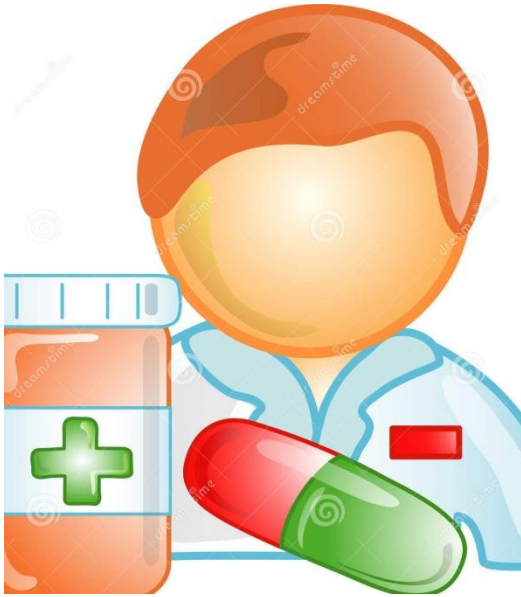
## 8.- Los Servicios de Farmacia de Atención Primaria deben aportar al conjunto sus aspectos diferenciales:



- Responsabilidad poblacional:
  - Selección adecuada de fármacos
  - Desarrollo de políticas de uso y selección
  - Desarrollo de herramientas para identificar, prevenir y/o resolver PRM
- Incorporación del concepto familiar y comunitario
- Coordinación con otros ámbitos asistenciales farmacéuticos o no

## 9.- El FAP debe actuar como farmacéutico de enlace

- Transición entre ámbitos asistenciales: punto crítico de la aplicación de políticas homogéneas de cuidados
- Debemos aportar nuestra función de enlace entre los profesionales
- Debemos aportar nuestra capacidad de trasladar las políticas globales del SNS a los ámbitos de ejecución.



## 10.- ¿Qué aporta la nueva especialidad de FH y AP?

Una única especialidad **NO SUPONE** un mismo modelo de servicios ni iguala las funciones entre ámbitos



- Reconocimiento explícito de la formación necesaria para el desarrollo profesional en AP
- Aportará un profesional formado para trabajar en los dos ámbitos, que conoce sus particularidades. Potencialmente, mejorará la comunicación y la coordinación
- Elemento central del proceso de formación del especialista: objetivos de integración clínica y asistencial

**10.-** ¿Qué aporta la nueva especialidad de FH y AP?

**No sólo deben poder trabajar en ambos ámbitos, deben creer en la importancia de la gestión farmacoterapéutica integrada**

- 1.- Los 3 ámbitos asistenciales tienen un papel clave a la hora de alcanzar la integración de cuidados**
- 2.- Desarrollamos funciones similares, pero adaptadas a nuestro entorno de trabajo**
- 3.- Entre todos cubrimos todos los elementos necesarios para el cuidado farmacoterapéutico del paciente. El problema es la fragmentación**



## 4.- Esta nueva perspectiva nos obliga a coordinarnos



**Nadie sobra, no es necesario  
arrogarse funciones de otros  
ámbitos**



**Nuestro objetivo, como el de FH y  
FC ha de ser tender puentes entre  
nosotros**

CAMBIAR EL MUNDO,  
AMIGO SANCHO,  
QUE NO ES LOCURA  
NI UTOPIÍA,  
SINO JUSTICIA.

