



**José Luis Poveda**

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

poveda\_josand@gva.es @



**Juan F. Peris**

Autor del informe «Prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios. Análisis de situación y propuesta» CRONOS-SEFH

peris\_jua@gva.es @

## Perspectiva desde la farmacia hospitalaria

La atención al paciente crónico es, debido a la evolución demográfica y la cronicidad de las enfermedades, el principal problema de los sistemas de salud en los países desarrollados. Este cambio de modelo exige un enfoque asistencial basado en la evaluación integral de la persona por parte de un equipo interdisciplinario en el que debe quedar integrado el farmacéutico. Ahí está el reto para la farmacia.

En este contexto se encuentran los recursos sociosanitarios, y en concreto las residencias para personas dependientes. Estos centros han sufrido una evolución y, en la actualidad, atienden a una población heterogénea de personas con problemas de salud cada vez más complejos y con necesidad de cuidados múltiples que se sitúan a medio camino entre el hospital y el domicilio.

Hay dos puntos básicos que deben marcar el nivel de atención farmacéutica requerido: las necesidades de los pacientes y la propia institucionalización.

El primero nos obliga a prestar una atención farmacéutica organizada y continua. El paciente institucionalizado muestra un mayor riesgo de episodios adversos relacionados con la farmacoterapia. Esta situación está influida por múltiples factores, como la multimorbilidad o la complejidad del tratamiento, pero también por factores relacionados con el sistema sanitario y social, como la deficiente coordinación entre los distintos niveles asistenciales que conlleva, por ejemplo, duplicidades médicas y/o farmacéuticas.

El segundo, la institucionalización, condiciona de forma determinante el nivel de prescripción y atención farmacéutica. El paciente en régimen de internamiento se encuentra dentro de una organización (equipo interdisciplinario, procedimientos de trabajo, etc.) que le procura unos cuidados sociales y sanitarios con un objetivo adaptado a la situación individual de cada persona.

Por tanto, la principal recomendación para el cuidado de estos pacientes es tratar en la propia residencia siempre que sea posible, para minimizar los riesgos inherentes a la transición entre niveles asistenciales y de la propia hospitalización.

En este tipo de centros la necesidad cada vez mayor de medicamentos de uso hospitalario es una realidad (por ejemplo para el tratamiento de la neumonía adquirida en un centro sanitario), y también lo es la complejidad del cuidado del paciente, como el que presenta morbilidades asociadas a la enfermedad de Alzheimer, o la creciente demanda asistencial, como la cada vez más necesaria implantación de programas de cuidados paliativos en estos centros.

La integración de la farmacia hospitalaria en este ámbito asistencial, en las distintas experiencias que tenemos en España, ha demostrado que puede cubrir de forma sostenible todas las necesidades del paciente.

Entendemos que éste es el espíritu de la legislación actual (Real Decreto 16/2012), y desde luego es el de la propuesta que desde la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), de la mano del grupo de trabajo CRONOS, se hace para el desarrollo de la atención farmacéutica en el ámbito de los centros sociosanitarios para pacientes institucionalizados (disponible en: [http://grupodetrabajo.sefh.es/cronos/images/documentos/20130805\\_cronos.pdf](http://grupodetrabajo.sefh.es/cronos/images/documentos/20130805_cronos.pdf)).

El problema, por tanto, no debe ser el suministro de los medicamentos a las residencias, sino su dispensación, con todo lo que ésta implica. Tampoco basta con establecer un mero suministro desde los servicios hospitalarios. El desarrollo de un sistema de guía farmacoterapéutica y la integración del farmacéutico en el equipo interdisciplinario deben ser las dos vías principales para proveer una atención farmacéutica de calidad en este ámbito asistencial. ●

## Personas, no enfermos hospitalizados

¿Qué diferencia hay entre un ciudadano que vive en su domicilio y uno que vive en una residencia? ¿Qué papel deben desempeñar los farmacéuticos comunitarios y los de hospital en las residencias de ancianos? ¿Qué aporta cada uno de ellos a los ciudadanos que deciden vivir en una residencia?

Estas tres preguntas se las hago a todos aquellos que desconocen el mundo de las residencias de personas mayores, incluyendo a muchos consejeros de salud. La mayoría de ciudadanos que viven en residencias no tienen ninguna patología ni toman medicamentos diferentes de los que toman quienes viven en sus domicilios.

Lo que sí los diferencia es no desenvolverse con normalidad cuando están solos. Por ello la residencia les ofrece un nivel de cuidados a la medida de sus necesidades y según su capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Sin embargo, muchos consejeros y profesionales se han lanzado a la tarea de tratar como enfermo hospitalizado a todo ser humano que viva en una residencia. Y todo ello con el objetivo de eliminar el número de recetas de ese porcentaje de la población. Todo lo recetable, como pañales, tiras reactivas y medicamentos, se intenta suministrar (no confundir con dispensar, que es cosa de la botica) desde un hospital. El consejero de turno ve cómo la factura farmacéutica baja.

Observamos cómo la factura farmacéutica de la botica es pública y está en continuo descenso, mientras que las facturas de los hospitales se esconden en los cajones y sólo sabemos que no paran de crecer. De un plumazo, los servicios de farmacia de los hospitales, empresas de transporte y otros miembros de la cadena se transforman en ONG que no cuestan nada a los ciudadanos.

Como contrapartida, el ciudadano que vive en una residencia podría decirle al con-

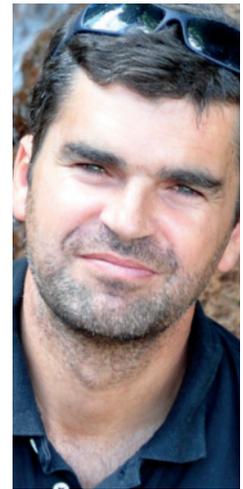
sejero de turno que, a cambio de negarle su derecho a tener una botica como tienen todos los españoles, ponga a su disposición todos los medios propios (incluyendo médicos especialistas para cada una de sus patologías) de un hospital, sin tener que salir de la residencia montado en una ambulancia. Y que si uno está ingresado en un hospital, que sea con todos sus recursos, que no haya pacientes de segunda categoría.

Lejos de esto, la Administración decide, por ejemplo, a cuántos pañales de incontinencia tiene derecho esa persona y cuál ha de ser la calidad de los mismos. Lo de «calidad» es por decir algo.

Una vez dicho esto, ¿qué necesita una residencia de la farmacia de hospital? Necesita a sus excelentes farmacéuticos haciendo de farmacéuticos, colaborando con la farmacia comunitaria en la conciliación de la medicación cuando nuestros residentes reciben el alta hospitalaria. Esto brilla por su ausencia, desgraciadamente. Y aquí sí que necesitamos a los farmacéuticos de hospital, aquí sí que hay ahorro. Los residentes toman medicamentos no financiados y otros productos, como cualquier otro paciente no institucionalizado, y esto sólo lo puede conseguir de su farmacia.

Por último, da vergüenza leer opiniones como que el farmacéutico hospitalario revisa la medicación mejor que el comunitario, o bien que el suministro de medicamentos desde el hospital crea puestos de trabajo. Hay que estar muy desinformado para decir algo así.

La residencia es el domicilio de una persona. Tratar a ésta como a un enfermo hospitalizado es maltrato. Tienen derecho a que se les dispensen correctamente sus medicamentos desde la botica. ●



**José Luis Calle**

Farmacéutico comunitario de Toledo

@ josecalle@hotmail.com

**La residencia es el domicilio de una persona. Tratar a ésta como a un enfermo hospitalizado es maltrato**



ENTRA EN LA WEB Y COMÉNTALO

# **suministroresidencias**