

● Atención farmacéutica

Flor Álvarez de Toledo

Ex presidenta de la Fundación
Pharmaceutical Care España

“**El aumento de la cronicidad en la población ha provocado que estén en revisión las estructuras sanitarias que hasta ahora se consideraban válidas»**

La cronicidad, ¿reto o estímulo para la atención farmacéutica?

En el último medio siglo el aumento de pacientes con enfermedades de dimensión temporal indefinida, o incluso sin fin, ha supuesto un grave problema para la gestión de la asistencia sanitaria en nuestras sociedades occidentales. El aumento de la cronicidad en la población ha provocado que estén en revisión las estructuras sanitarias que hasta ahora se consideraban válidas. Sin embargo, la atención farmacéutica (AF) nace precisamente cuando surge la necesidad de mejorar el resultado de tratamientos farmacológicos crónicos.

El control de resultados intermedios de salud, mediante la medición de parámetros biológicos asequibles para los farmacéuticos, como fueron las medidas de oximetría en los tratamientos del asma, las cifras de TA en los tratamientos antihipertensivos o las medidas del metabolismo glucídico en los tratamientos con antidiabéticos, dan lugar a las primeras publicaciones sobre resultados de servicios de AF en EE.UU., Europa y España.



©Dragonimages/Stock/Thinkstock

Hepler y Strand, impulsores de este cambio profesional, basaron sus propuestas no sólo en la capacidad de medir parámetros biológicos en relación con los resultados de la farmacoterapia, sino en la idoneidad de los farmacéuticos para «cuidar» a esos pacientes, entendiendo por cuidado farmacéutico o «pharmaceutical care» la asunción de responsabilidad sobre esos resultados. Responsabilidad que incluía de forma imprescindible la educación individual al paciente sobre los objetivos de sus medicamentos, y la comunicación fluida con los demás responsables de la farmacoterapia de cada individuo.

Se pretendía, por tanto:

- La incorporación de los farmacéuticos a la práctica asistencial (integración de profesionales).
- La educación sanitaria sobre enfermedad y tratamiento, como parte esencial de esa práctica (prevención mediante empoderamiento de los pacientes).
- La coordinación con los demás profesionales de los equipos de salud (utilización de TIC disponibles para esa coordinación).

Estas tres características de la naciente AF de 1990 son ahora objeto de implantación en muchos programas de integración asistencial como forma de resolver los problemas de la cronicidad.

La carga de la cronicidad

En nuestro sistema de salud se ha producido una mayor demanda de visitas repetidas a médicos de familia, muchas veces con tratamientos derivados de la atención especializada, aumento de reingresos en hospital por fallos en la conciliación de la atención post-alta hospitalaria y, sin duda, el aumento del consumo de unidades de medicamentos, paliado en nuestra farmacia comunitaria por la prescripción cuasi obligatoria de medicamentos genéricos, el copago y el disparado crecimiento de la dispensación externa hospitalaria.

La valoración cuantitativa de esta carga para España, según el Boston Consulting Group en su informe CRONOS de abril de 2014, es la siguiente:

- En 2011 la atención sanitaria a los enfermos crónicos costó 50.720 millones de euros, correspondiente al 75% del gasto sanitario público.
- El 84% del gasto en hospitalizaciones también fue ocasionado por la atención a crónicos.
- El 60% del gasto en consultas y el 75% del gasto en medicamentos también es consumido por los pacientes con enfermedades crónicas.

Su predicción para el 2020, si no se hacen cambios en la gestión sanitaria actual de la atención a los crónicos, es de un aumento posible del 45%, situándose en la cifra de los 100.000 millones de euros. El informe valora la falta de adherencia a los tratamientos prescritos para pacientes crónicos en un 40%.

Tabla 1. Patologías con mayor incidencia en la gestión asistencial

- Enfermedades cardiovasculares
- Diabetes
- Sida
- Enfermedades mentales, como depresión y esquizofrenia
- Cáncer
- Enfermedades osteoarticulares

Análisis del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace un análisis extenso del fenómeno de la cronicidad en un informe global de 2002, titulado «Innovative Care for Chronic Conditions» (ICCC) y, a su juicio, el problema no sólo afecta a las sociedades desarrolladas. En dicho informe, además de analizar las dimensiones y causas del problema, señala modelos innovadores de gestión, guías prácticas para la implementación de los cambios y evidencias probadas de cambios ya ensayados.

El documento enumera varios grupos de patologías como responsables del desajuste causado en la gestión asistencial, válida hasta el momento presente, de los diversos SNS (tabla 1). Recomienda que muchas de estas patologías, asignadas para su tratamiento a niveles de atención especializada y compartimentada, deben ser afrontadas ahora desde una perspectiva asistencial compartida e integrada que permita a los pacientes y a la comunidad en la que viven conocer los recursos disponibles para su mejor control y resultado.

Elementos esenciales

Los 8 elementos esenciales de los cambios necesarios para atender la creciente población de pacientes crónicos en los sistemas de salud son:

- Que los dirigentes de la sanidad entiendan el cambio de paradigma, es decir, que la organización asistencial adecuada para unas necesidades, mayoritariamente causadas por procesos agudos, resulta absolutamente ineficiente cuando las necesidades de la población cambian, demandando una continuidad asistencial.
- Que los dirigentes políticos sean informados y compartan el cambio de paradigma en cuanto a la toma de decisiones políticas.
- Que se analice la fragmentación asistencial del sistema y se acometa la integración entre niveles asistenciales y entre los diversos proveedores de la asistencia.
- Que se coordinen todas las líneas de actuación sanitaria: preventiva y asistencial.
- Que se aprovechen todas las competencias posibles de cada profesional sanitario que presta asistencia para la

- educación a los pacientes que debe surgir por igual desde cada ámbito asistencial.
6. Que se extienda la atención sanitaria más allá de las puertas de las consultas, los hospitales o las farmacias; la atención sanitaria debe transfundirse a la comunidad y a las familias.
 7. Las comunidades deben jugar un papel crucial en los servicios de salud, señalando necesidades y deficiencias.
 8. Las estrategias de prevención de enfermedades crónicas deben ser un componente constante y común en cualquier nivel asistencial.

El anexo final aporta los resultados de programas innovadores para la gestión de asistencia a enfermos crónicos en asma, fallo cardíaco, HTA o diabetes.

“**Integración asistencial o atención integrada es el término y concepto que abarca la mayor parte de las propuestas de innovación en las reformas de la gestión sanitaria para solucionar los problemas de la cronicidad»**

España

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó en 2012 el documento titulado «Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud». En éste se recogen las diferencias registradas hasta ese momento en las iniciativas de los diferentes territorios, destacando la estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, y acciones similares en Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana.

El objetivo 19 de este documento consiste en:

«Promover la innovación en servicios y modelos organizativos que facilite los cambios en el modelo de prestación de servicios en salud y sociales relacionados con la cronicidad.»

Y para conseguir ese objetivo hace las siguientes recomendaciones:

94. Favorecer entornos de integración funcional de base territorial entre los distintos ámbitos asistenciales.
95. Facilitar la transformación en la visión organizativa interna de los equipos asistenciales de todos los niveles, facilitando su orientación hacia un abordaje integral e integrado de la cronicidad.
96. Impulsar la capacidad creativa y el liderazgo de los profesionales, permitiendo el desarrollo de proyectos in-

novadores que respondan a iniciativas de los propios profesionales.»

Para solucionar la situación nacen nuevos conceptos y términos de gestión como son: integración asistencial, continuidad de la asistencia, conciliación de la medicación, gestión de enfermedades, coordinación entre niveles, atención sin barreras, etc., que dan lugar a un sinfín de publicaciones en los últimos 15 años.

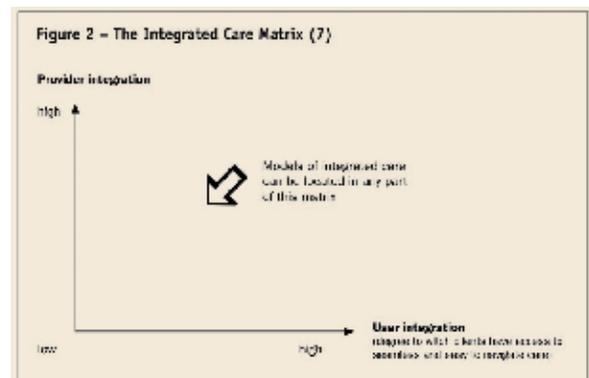
Integración asistencial o atención integrada es el término y concepto que abarca la mayor parte de las propuestas de innovación en las reformas de la gestión sanitaria para solucionar los problemas de la cronicidad.

Integración

La OMS publicó en 2008 un informe técnico abreviado sobre CÓMO y POR QUÉ es necesaria la integración de los servicios sanitarios para abordar el problema de la cronicidad.

Se define *integración* diciendo que es «la gestión y prestación de los servicios de salud para que los usuarios reciban una continuidad de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a través del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud».

Se observan diferentes interpretaciones del término, según quien lo usa, concluyendo que las correspondientes «a usuarios y a proveedores» de los servicios de salud son las que definen las coordenadas de cualquier modelo de atención integrada (figura 2, tomada de la pág. 5 del informe técnico citado).



Nuño Solinís, también en 2008, hace una revisión sobre atención integrada y aporta otra *definición de integración asistencial*, que dice: «Es un conjunto coherente de métodos y modelos a nivel de financiación, administración, organización, prestación de servicios y aspectos clínicos, diseñado para crear conectividad, alineación y colaboración dentro y entre los sectores curativos y de cuidado», siendo la atención integrada el resultado de la combinación de estos procesos para la prestación de unos servicios mejor



coordinados y la obtención de mejores resultados para los usuarios finales.

En una reflexión final, Nuño afirma que «en el Sistema Nacional de Salud español, orientado a garantizar más la accesibilidad a los servicios que la maximización de la salud poblacional, la integración no deja de ser una cuestión de segundo orden» y más adelante añade: «Los profesionales que son los principales sufridores del modelo actual, en especial en AP, no dan señales de liderar una transformación de éste con un mínimo de masa crítica, cruzando las fronteras entre estamentos y especialidades».

La atención farmacéutica cumple los requisitos de los modelos innovadores de gestión para hacer frente a la cronicidad

Debe llamar la atención que los resultados obtenidos en muchas de las publicaciones citadas por la OMS como ejemplo de innovación en la atención a la cronicidad no son mejores que los obtenidos con diferentes servicios de AF desde los años 90 para esas enfermedades responsables de la carga de la cronicidad en los sistemas de salud.

La AF a pacientes asmáticos en Dinamarca en 1997 o a pacientes con fallo cardíaco en Durham (Carolina del Norte, EE.UU.) en 1999 fueron ejemplos pioneros del nuevo compromiso de los farmacéuticos con la atención a enfermos crónicos.

En España, el seguimiento fármaco-terapéutico (SFT), evaluado por José Antonio Fornos en el año 2005 a 60 diabéticos de Pontevedra, consigue mejoras evidentes en las cifras de parámetros clínicos y en el conocimiento de la enfermedad; Julio Andrés en 2003 obtiene mejoría documentada en la calidad de vida y en los signos de control del asma para los 70 pacientes asmáticos del grupo en SFT, y Amparo Torres Antiñolo demuestra en 2008 que el SFT en el proceso asistencial de fractura de cadera en el anciano disminuye la mortalidad a los 6 meses, los reingresos a los

3 meses y la aparición de complicaciones hospitalarias. También se aportan mejores resultados en cifras de tensión arterial con un servicio restringido a una sola intervención farmacéutica («Recomendaciones sobre modificación del estilo de vida» en casi 800 pacientes de 43 farmacias de España, coordinado por Sebastián Rodríguez Fernández en 2008).

Los servicios de prevención y cribado para cáncer y sida en Cataluña y País Vasco aportan otras evidencias de la utilidad de los servicios profesionales farmacéuticos en la prevención de enfermedades que engrosan la cronicidad.

Son experiencias concretas, a nivel micro, pero podían haber alertado a los responsables del nivel meso de la gestión sanitaria de que la incorporación de esos procedimientos por esos profesionales con competencias específicas en cuanto a conocimientos y una posición de proveedor de asistencia con mayor accesibilidad pueden ayudar a distribuir mejor el exceso de carga asistencial por cronicidad.

“**Si los servicios de atención farmacéutica no se han incorporado aún en las reformas sanitarias de atención a la cronicidad es probablemente porque ha faltado liderazgo y decisión en el propio sector y en los gestores sanitarios»**

Por último, el programa conSIGUE, cuyos primeros resultados son publicados en 2014, avala los logros de la AF con una experiencia más extensa de los datos de SFT a 1.403 pacientes seguidos durante 6 meses.

En el prefacio de la publicación se resumen así los resultados: «En concreto, el servicio de SFT permite mejorar significativamente la calidad de vida percibida y disminuir un 56% los problemas de salud no controlados, un 49% los pacientes que refirieron haber acudido a urgencias y un 55% los que manifestaron haber sido ingresados.

»Todo ello, siendo un servicio coste-efectivo, ya que genera beneficios altos con costes muy bajos, como ha confirmado el análisis farmacoeconómico. Además, conSIGUE ha puesto de manifiesto que la práctica colaborativa entre profesionales sanitarios, como preconizan instituciones de la talla de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP), favorece la integración del farmacéutico en el equipo».

Por tanto, no ha existido fallo en la demostración de la efectividad de los servicios de AF a pacientes crónicos; si



©4774344Sean/iStock/Thinkstock

“ **Los farmacéuticos son testigos de excepción de la fragmentación asistencial en nuestro sistema de salud, y con simples mejoras en el acceso a la información clínica y en comunicación interprofesional pueden solucionar en muchas ocasiones las consecuencias de esa fragmentación»**

estos servicios no se han incorporado aún en las reformas sanitarias de atención a la cronicidad es probablemente porque ha faltado liderazgo y decisión en el propio sector y en los gestores sanitarios.

Los servicios de AF incorporan la prevención a la resolución de problemas, integran recursos asistenciales ocasionados por diversos profesionales y en diferentes niveles asistenciales. Los farmacéuticos son testigos de excepción de la fragmentación asistencial en nuestro sistema de salud, y con simples mejoras en el acceso a la información clínica y en comunicación interprofesional pueden solucionar en muchas ocasiones las consecuencias de esa fragmentación.

Los farmacéuticos de muchos territorios han sufrido graves recortes económicos en los últimos años. Es preciso que, de acuerdo con Rafael Bengoa, empiece ahora un tiempo en el que *para mejorar la sanidad no sea necesario*

recortar sino transformar. La transformación en nuestro caso consiste en la integración de los servicios de AF en los sistemas de salud de nuestro país, lo que, sin duda, proporcionará al paciente crónico una percepción de la seguridad y efectividad de sus tratamientos dentro de una atención global y continua a su salud.

Conclusiones

Los servicios de atención farmacéutica, tal como han sido definidos y protocolizados en nuestro país, son un ejemplo claro de cómo integrar diversos niveles y profesionales en la asistencia a los pacientes crónicos que tienen necesidades de farmacoterapia.

Los resultados actuales de conSIGUE, y los más antiguos de SFT a pacientes con asma, enfermedad coronaria, diabetes, hipertensión o ancianos con fractura de cadera han demostrado efectividad de las intervenciones e incluso eficiencia en los últimos estudios. Del Congreso de Toledo debe salir el liderazgo necesario para conseguir su integración en el sistema sanitario ●

Bibliografía

- Andrés Jácome J, Iñesta García A. Estudio prospectivo sobre el impacto de un servicio de atención farmacéutica comunitaria en personas asmáticas. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2003; 77: 393-403.
- Bengoa Rentería R. El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que racionar. *Gac. Sanit*. 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.05.002>
- Fornos Pérez JA. Evaluación de un Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico de pacientes diabéticos tipo 2, en oficina de farmacia [Tesis doctoral]. Vigo: Universidad de Vigo, 2005. Disponible en: http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/820/tesis_jose_fornos.pdf
- Informe CRONOS: hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos. Disponible en: <http://www.thebostonconsultinggroup.es/documents/file165265.pdf>
- Martínez Pérez SR. Efectos de la Intervención Farmacéutica en pacientes con presión arterial elevada sin tratamiento farmacológico para la hipertensión [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, 2008. Disponible en: http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/828/tesis_sebastian_martinez.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Junio 2012. Disponible en: www.msssi.gob.es
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012. Disponible en: www.msssi.gob.es
- Nuño Solinís R. Un breve recorrido por la Atención Integrada. *RISAI*. 2008; vol. 1 n.º 2.
- Torres Antiñolo A. Seguimiento farmacoterapéutico en el proceso asistencial de fractura de cadera en el anciano [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, 2008. Disponible en: http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/825/tesis_amparo_torres.pdf
- WHO/MNC/CCH/02.01-Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report 2002.
- WHO. Technical brief n.º 1 2008. Integrated Health services- What and Why?