



**Ángel
Mataix
Sanjuán**

Presidente de la
Sociedad Española
de Farmacéuticos de
Atención Primaria
(SEFAP)

“**Los servicios farmacéuticos de atención primaria deben ejercer de cadena de transmisión de las políticas de medicamentos y de farmacéutico de enlace que limite el riesgo en la transición entre niveles asistenciales»**

Gestión farmacoterapéutica integrada: ¿integración de niveles o integración de procesos?

Nuestro Sistema de Salud debe dar respuesta a necesidades emergentes (como la cronicidad) mediante estrategias que maximicen la eficiencia en la utilización de los recursos disponibles. En el marco asistencial, el cambio planteado se enfoca en el desarrollo de modelos organizativos que faciliten la coordinación o integración. Pero, ¿qué entendemos por gestión clínicamente integrada del medicamento (GCI)? Es el mecanismo por el cual se conciertan los cuidados farmacoterapéuticos entre los diferentes agentes, de forma que se garantice una atención centrada en el paciente capaz de integrar coherentemente las decisiones y cuidados que se producen en el continuo asistencial. Esta visión debe garantizar el acceso al medicamento necesario, un uso individual eficiente y efectivo y un patrón de uso poblacional compatible con la sostenibilidad del SNS. Asimismo, debe asegurar la responsabilidad de actuación de cada nivel asistencial en la gestión del seguimiento farmacoterapéutico que a cada uno le corresponda.

Desde esta perspectiva, la SEFAP publicará en los próximos días un documento de posicionamiento, del que me gustaría destacar algunos aspectos.

El desarrollo de modelos organizativos integrados debe promover la coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales, pero no debe suponer la pérdida de la responsabilidad funcional específica de cada ámbito. Es decir, no se trata de diluir funciones, sino de compartirlas y concertarlas (sumar esfuerzos para multiplicar resultados).

La GCI debe regirse por los mismos criterios de centralidad y preponderancia de la atención primaria de salud como modelo de gobierno clínico. Los modelos así definidos han demostrado aportar más resolución y continuidad en los cuidados y mayor capacidad de integrar la

visión individual y poblacional y el enfoque tanto curativo como preventivo. Los servicios farmacéuticos de AP deben centralizar y dinamizar las políticas de medicamentos en el ámbito poblacional, desarrollar los elementos necesarios para hacerlas operativas, detectar posibilidades de mejora en el tratamiento de los pacientes, y realizar actuaciones encaminadas a optimizarlo, conseguir la adecuada coordinación entre los diferentes entornos asistenciales y coordinar el desarrollo de los servicios de AP. Así, deben ejercer de cadena de transmisión de las políticas de medicamentos y de farmacéutico de enlace que limite el riesgo en la transición entre niveles asistenciales.

La existencia de servicios farmacéuticos de AP adecuadamente dimensionados para el cumplimiento de sus funciones es un elemento esencial en el desarrollo de los modelos organizativos integrados. Pero estos servicios no están homogéneamente desarrollados en los diferentes entornos gestores de nuestro sistema sanitario, y en ocasiones su presencia se encuentra limitada en cuanto a recursos. Esta limitación es una dificultad relevante a la hora de asumir el liderazgo de una política integrada de medicamentos.

Los objetivos de nuestro sistema sanitario en cuanto a la integración clínica y asistencial deben ser visualizados como un elemento central del proceso de formación de los farmacéuticos, de forma que se garanticen, en cada ámbito de responsabilidad, las capacidades y habilidades necesarias para dar respuesta a los contenidos clínicos individuales y poblacionales que requiere nuestro sistema de salud. La puesta en marcha de la nueva especialidad de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria es una oportunidad única que nos permitirá aunar en un único especialista esta visión integradora que estamos promoviendo. ●