



**Guillermo Bagaría**

Farmacéutico comunitario. Barcelona

“**Todo servicio profesional que se demuestre eficaz ha de ser sostenible en el tiempo, lo que necesariamente implica garantizar su viabilidad económica**”

## Redefinición de circuitos y funciones

Mucho se ha hablado de las justificaciones racionales en defensa de la atención farmacéutica domiciliaria. Los argumentos más contundentes pivotan sobre el envejecimiento de la población, la cronicidad de las enfermedades, la polimedicación, la baja adherencia a los tratamientos, los errores de medicación, los ingresos hospitalarios, y el coste económico y social de la mala gestión de la medicación. Añádase la oportunidad de intervención de la red de farmacias comunitarias con criterios consensuados y concertados con la Administración pública, y tendremos un hilo argumental irrefutable. También lo es la normativa legal que NO CONTEMPLA la entrega de medicamentos a domicilio. Pero ambos argumentos resultan fríos y distantes respecto al drama humano que se pretende solucionar, porque detrás de estos dilemas existe una realidad plausible en todos los barrios, en todos los pueblos de España: la soledad de parte de la población y la falta de recursos sociales que detectamos en el mostrador de la farmacia. ¿Qué es lo que me gustaría poder hacer como farmacéutico de barrio? Me gustaría percibir una mayor integración con el sistema sanitario. Resulta pavorosa la necesidad de disponer de una mejor comunicación con la atención primaria que nos permita realizar un trabajo colaborativo; estamos incompletos y somos ineficientes si trabajamos aislados. Es cierto que vivimos tiempos de crisis sanitaria por la pandemia de COVID-19, pero es ahora, en momentos de debilidad, cuando hay que apostar por la redefinición de circuitos y funciones. Con esta mayor comunicación sería ideal desplegar una red de vigilancia que detectase fragilidad poblacional de forma temprana (disponemos ya de programas así en Cataluña) y que, en una comunicación bilateral, el prescriptor pudiese clasificarla y ponderarla. Me gustaría que esta identificación temprana, bidireccional y

colaborativa sirviese para detectar necesidades de intervención del farmacéutico, que se podrían concretar en forma de:

1. Conciliación de la medicación entre las prescripciones de los diferentes ámbitos: hospital, atención primaria, medicina privada y automedicación.
2. Revisión con el paciente de su medicación.
3. Seguimiento farmacoterapéutico con o sin elaboración de SPD y que incluyese una atención domiciliaria si fuese necesario.
4. Revisión de botiquines.
5. Emisión de informe posvisita al equipo de atención primaria.

La seguridad del paciente y su autonomía se podrían alargar considerablemente, aunque resulta obvio que la tendencia natural del paciente crónico complejo sea la deriva hacia el empeoramiento. Aquí también el farmacéutico próximo podría ayudar a establecer los límites de este empeoramiento en sus visitas periódicas, límites que permitirían activar otro tipo de recursos de apoyo al paciente. A mi entender, la conveniencia de esta necesidad debería ser determinada por el equipo de atención primaria, prescrita en forma de servicio profesional cuando fuese necesario por medio de la propia receta electrónica y prestada por la farmacia acreditada más cercana al paciente (formación, protocolo, indicadores mediante, por supuesto). Huelga decir que la prescripción del servicio debería ser consensuada, concertada y retribuida por el sistema sanitario, porque todo servicio profesional que se demuestre eficaz ha de ser sostenible en el tiempo, lo que necesariamente implica garantizar su viabilidad económica. Además, es fácil entender que esta intervención aportaría ante todo seguridad al paciente y, por tanto, una reducción de costes al sistema sanitario.

Teniendo esto claro y poniendo al paciente como punto de apoyo, la estaca de la normativa se tumba estirando fuerte. ●

## Un modelo de atención farmacéutica domiciliaria común

**D**urante todos estos meses que llevamos de pandemia, las necesidades de nuestros pacientes han cambiado totalmente, y las farmacias nos hemos tenido que adaptar en tiempo récord y con pocas ayudas para ello. Necesidades que vienen generadas por las noticias que los pacientes ven en los medios, por no tener a su médico tan accesible como antes, por no poder consultar algo de su estado de salud, de su medicación, de medidas de protección, de higiene... Estas nuevas necesidades pasan por respaldar todavía más a los pacientes ante los centros de salud cerrados porque saben que nuestra cruz nunca se apaga.

Los pacientes más vulnerables, sin familias, con miedo a salir, a veces con restricciones de su comunidad... si no pueden venir a la farmacia, necesitan que la farmacia pueda ir a sus casas; nosotros los podemos ayudar con su medicación, prepararles el SPD, les podemos revisar su botiquín, ver si tienen medicamentos caducados o de patologías anteriores; les podemos medir factores de riesgo y llevarles un seguimiento, también ver sus hábitos nutricionales y las medidas higiénicas que siguen, y resolver cualquier duda o cuestión que tengan. Los pacientes, con solo saber que los va a visitar el farmacéutico a su casa, ya tienen esa tranquilidad y seguridad que ahora echan mucho en falta.

La atención farmacéutica domiciliaria nos sirve, además, para cribar al paciente en patologías cardiovasculares como dislipemias, diabetes/prediabetes, HTA, detección de pulso irregular, y si vemos algún problema, derivamos a su médico. Hemos detectado pacientes con alteraciones de algún factor de RCV, pulsos irregulares que derivan en una FA, signos de deshidratación... Y hablamos con su médico, que es quien valora el tratamiento a instaurar, y luego les llevamos el seguimiento.

Agradecemos mucho que el CGCOF autorizara durante el estado de alarma la entrega de medicamentos a domicilio a los pacientes más frágiles y vulnerables, para no dejar a la población más frágil sin acceso a su medicación, haciendo que en toda España se siga el mismo protocolo, pero después ha vuelto la competencia a cada comunidad y seguimos en lo de siempre, cada comunidad por libre, y aquí es donde tendríamos que luchar para ir todos al unísono.

Mi propuesta es que necesitamos un modelo de atención farmacéutica domiciliaria común para todos, para nada un modelo intrusivo con otros profesionales sino llegar a los pacientes a los que la atención primaria no llega, y además colaborar con sus médicos, enfermeras, cuidadores y todos los profesionales sanitarios implicados en ese mismo paciente con un correcto seguimiento, haciendo partícipe al paciente en ello.

Tendríamos que tomar modelos de otros países como Australia, donde se lleva a cabo una *home medicines review* en el domicilio del paciente de forma remunerada (un pastón, por cierto), y adaptarlos a nuestro modelo de farmacia. Hay compañeros que han conseguido que se remunere por parte de ayuntamientos, servicios sociales y demás, pero necesitamos un modelo común y para ello debe intervenir el CGCOF.

Es un servicio profesional con el que conseguimos identificar problemas relacionados con la medicación, duplicidades que el paciente pueda tener en casa, mejoramos la adherencia de su medicación, llevamos un seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular: TA, glucosa, colesterol... Llevamos un control de su botiquín, de las caducidades, resolvemos sus dudas, preguntas... Pero, sobre todo, estamos y lo apoyamos, lo respaldamos porque nuestra cruz nunca se apaga. ●



**Baltasar Pons**

Farmacéutico comunitario.  
Llucmajor (Mallorca)

**«Necesitamos llegar a los pacientes a los que la atención primaria no llega y, además, colaborar con todos los profesionales sanitarios implicados»**



ENTRA EN LA WEB Y COMÉNTALO

#afdomiciliaria