

FARMACIA HOSPITALARIA:

del medicamento al paciente

25
años

(1995-2020)



FARMACIA
HOSPITALARIA:
del medicamento al paciente

25
años

(1995-2020)



*Mi más sincero agradecimiento
a Olga Delgado y M^{re} Jose Dalama
por su confianza total para este proyecto,
a Marisa Ávila por su inestimable ayuda
y su conocimiento de la historia de la SEFH,
a los 21 protagonistas del libro
que me atendieron con cariño y quisieron compartir
su memoria con los lectores,
a Boehringer Ingelheim por su apoyo
y a mi familia que cada día me ayuda a sacar adelante
historias como esta.*

© 2021. SEFH. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA

ISBN: 978-84-09-35365-1

Depósito legal: M-32379-2021



Calle de Serrano, 40 - 2º Dcha

28001 - Madrid. España

Telf: 915 71 44 87

sefh@sefh.es

www.sefh.es

Ninguna parte de esta publicación podrá reproducirse o transmitirse por medio alguno o en forma alguna, bien sea electrónica o mecánicamente, tales como el fotocopiado y la grabación o a través de cualquier sistema de almacenamiento y recuperación de información sin el previo consentimiento escrito de los Autores y/o de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

índice

Introducción	11
Prólogo.....	13
 CAPÍTULO 1. DESARROLLO NORMATIVO	15
Liderazgo, relaciones, resultados.	17
 CAPÍTULO 2. DESARROLLO INSTITUCIONAL.....	25
Bases de datos, internet y equipo	35
Un cambio tranquilo	42
De 42 a más de 1.000.....	47
Una SEFH unida y participativa.....	54
Nunca me sentí sola	60
 CAPÍTULO 3. DESARROLLO CLÍNICO	67
La brújula sigue marcándonos la misma dirección.....	69
Entendamos al paciente.....	72
Un proyecto coral para los pacientes externos.....	77
Formación, conocimiento y oportunidad.....	81
Del medicamento al paciente	86

índice

 CAPÍTULO 4.	
DESARROLLO INTERNACIONAL	91
España, referencia europea en Farmacia Hospitalaria	93
Lo importante no es dónde estamos sino saber en qué dirección nos movemos	98
De pedir permiso a pedir consejo.....	101
Nuestra visión global de todo el circuito del medicamento no tiene comparación a nivel mundial	106
 CAPÍTULO 5.	
EL FH EN LA ADMINISTRACIÓN	109
El conocimiento refinado en el uso de medicamentos solo se adquiere trabajando con una bata blanca	111
Cambiar las cosas desde dentro.....	116
El conocimiento como influencia	122
Generar salud a través del medicamento.....	127
 CAPÍTULO 6.	
PREMIOS HONORÍFICOS.....	131
Con él todo era posible.....	133
La perfección de la informática	136
Leer, aprender y compartir.....	139
ANEXO.....	143

introducción

En marzo de 2020, justo a principios de *'la semana en que la que se paró el mundo'*, Olga Delgado me dijo *"voy a proponerte un proyecto que te va a encantar"*. Con esa frase comenzó la escritura de este libro, que se ha prolongado mucho más de lo esperado debido a la pandemia, pero que por fin podemos presentar a todos aquellos que sois parte de la familia de la Farmacia Hospitalaria española.

Durante un año he recogido en 22 vídeo-entrevistas los testimonios de compañeros de diferentes generaciones, ellos fueron y son protagonistas de estos 25 años que nos han llevado del Siglo XX al XXI, en un momento crucial en el que se ha transformado, de manera radical, el papel del Farmacéutico Hospitalario en el Sistema Nacional de Salud.

Decidimos englobar las opiniones de los entrevistados en cinco grandes capítulos temáticos (Normativo, Institucional, Clínico, Internacional y Administración) junto a uno final en el que honrar a grandes profesionales que han merecido dar nombre a los premios honoríficos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Con ello, pretendemos ofrecer una visión global, explicar este cambio de paradigma desde los años 90 hasta la actualidad en la que grandes hitos como el cuarto año de Residencia y la integración en equipos multidisciplinares han dado lugar a una nueva Farmacia Hospitalaria, sin duda más global y mejor preparada para afrontar los desafíos terapéuticos presentes.

Borja Guitrón

prólogo

Este libro incluye 22 entrevistas que son 22 historias personales, muchas visiones individuales de un todo que nos une a todos. Decidimos apostar por este relato de una profesión que no deja de crecer y de crearse, con un compromiso cada década, cada año y cada día mayor por la salud de los pacientes.

En el discurso profesional se han ido introduciendo palabras como evidencia científica, eficiencia, sostenibilidad, resultados en salud, individualización terapéutica, salud móvil... cada concepto es un paso de gigante como profesión, y pronunciarla es la cristalización de los avances y compromisos adquiridos. Se trata de transmitir cómo el conocimiento da paso a la confianza, a la que sigue la responsabilidad que asumimos como colectivo.

A lo largo de estas páginas, con un estilo diferente a los precedentes libros de historia de la SEFH que recogieron nuestra trayectoria hasta 1995, queremos recordar los inicios de tantos pioneros que fueron abriendo camino en cada uno de los ámbitos que nos han llevado a ser una profesión reconocida como imprescindible en los sistemas sanitarios, sin la cual no es posible abordar un uso adecuado de los medicamentos y lograr una terapéutica eficaz y eficiente. Seguramente podríamos haber optado por otro formato, y los protagonistas somos todos, los que hablan lo hacen con la voz de todo un colectivo, de toda una visión profesional.

Esperamos que disfrutéis de la lectura, que dentro de algún tiempo alguien lo utilice para entender cómo pudo llegar la Farmacia al Hospital y más tarde a los equipos clínicos, a la Administración, a los pacientes externos o las organizaciones internacionales. Confiemos en que estas líneas sirvan para continuar revolucionando la profesión durante otros 25 años más.

Olga Delgado

1

Desarrollo normativo

Todo avance en el reconocimiento de la profesión ha venido precedido de cambios en la legislación, decisiones políticas y reuniones con la Administración Pública.

En este capítulo repasamos la evolución que desde los años setenta hasta la actualidad ha ido transformando la normativa y la formación de Farmacéuticos de Hospital dando cabida a una nueva Especialidad.

LIDERAZGO, RELACIONES, RESULTADOS

Joaquín Giráldez Deiró fue Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (1981 a 1985) y miembro de los Comités Editorial y de Redacción de la Revista Farmacia Hospitalaria. Además, fue



Vocal de la Comisión Nacional de Farmacia Hospitalaria en representación del Ministerio de Educación y Ciencia (1988 a 1993) y Presidente de la Comisión Nacional de Farmacia Hospitalaria (1993 a 2014). Ha recibido la Encomienda de la Orden Civil de Sanidad (2003), el Premio SEFH al Reconocimiento de Méritos (2008) y la Medalla Joaquín Bonal (2011).

Figura clave de la historia de la Farmacia Hospitalaria española, fue sin duda uno de los máximos artífices del avance de la profesión. Desde su visión de farmacéutico especialista, investigador, profesor y miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad nos ofrece un relato global del itinerario que llevó a la Farmacia Hospitalaria desde sus inicios a la privilegiada posición actual.

66 Si tenemos que poner un punto de partida a lo que es la profesión hoy, el primer paso decisivo, fue conseguir la Especialización en Farmacia Hospitalaria (FH). Con ello conseguimos dar un paso de gigante al pasar a formar parte del sistema de formación sanitaria especializada, era el año 1985, justo durante mi último año de presidencia de la SEFH. Gracias a este cambio nos pudimos equiparar, a nivel formativo, en cuanto a estructura, a un sistema como el del MIR y pudimos disfrutar de tener la Especialidad reconocida.

Previamente a esta fecha muchos fueron los que nos ayudaron a lo largo de los años precedentes. Destacaría, sin duda, a Juan Manuel Reol Tejada que fue el Director General de Farmacia que dictó la Orden Ministerial de 1 de febrero de 1977 del Ministerio de la Gobernación, denominada la ‘Carta Magna de la Farmacia Hospitalaria’.

Siguiendo con las reuniones que precedieron a la Especialización, a través de varias comisiones en el Ministerio de Sanidad, quería resaltar cómo

se definió un factor clave, el procedimiento para acceder al título de Especialista. Se plantearon tres vías de acceso: Los farmacéuticos que ya estaban trabajando en hospitales públicos, accedieron directamente; Los que estaban en hospitales privados con la presentación de una memoria; y el resto tras un examen en el que demostraron sus conocimientos.

Me gustaría destacar en este punto la ayuda que nos prestó Luis Dauffí. Unos pocos FH de la época, con Joaquín Bonal al frente, nos reunimos con él y nos aconsejó redactar un manual que se llamó ‘Coloquios de aproximación a la Farmacia Clínica’. Con este libro comenzó el reconocimiento de los nuevos tiempos de la profesión ya que con esta base organizamos una serie de seminarios de formación por las distintas Comunidades Autónomas que nos sirvió como presentación.

Esfuerzo colectivo

A nivel personal, me viene a la memoria el día que, estando en la Universidad de Navarra, en su Facultad de Farmacia en la que empecé a trabajar como docente, en mayo de 1970 recibí un nombramiento del Rector de la citada Universidad para crear ‘la Farmacia’ de la Clínica Universitaria de Navarra y me dijeron: “adelante, reúnete con el director médico que tenemos que crear una farmacia en nuestra Clínica”. Recuerdo que cuando me recibió el director médico me dijo que estaba encantado de recibirme pero que no sabía a qué venía. Le respondí “yo tampoco lo sé”.

En aquellos años poner en marcha esta Farmacia era una batalla. Pero no es que fuera solo mía, los compañeros que accedieron a centros públicos y privados durante aquellos años también tuvieron que luchar para acceder a plazas de adjuntos o jefes de servicio. Ese arranque de la profesión, que se inició en la Primera Mesa Redonda de Farmacia Hospitalaria que se celebró en la entonces Clínica Puerta de Hierro en 1970, fue determinante. La organización sanitaria en España estaba evolucionando rápidamente a una sanidad moderna, poco a poco, universal. Los Servicios de Farmacia (SFH) fuimos acompañando a esta evolución en el tiempo.

Recuerdo también un ejemplo curioso de cómo teníamos que buscar nuestro hueco en el sistema sanitario hospitalario. Era tan precaria nuestra situación que me contó un compañero, Juan Oliver, que para ser reconocido como Farmacéutico del Hospital de San Juan de Dios de Granada, que dependía de la Diputación Provincial, comenzó a realizar una serie de preparaciones galénicas a las que les ponía el nombre del presidente de la Diputación, cosas

artesanales, pero con muy buen criterio, para que con esos detalles se fijaran en ellos desde la Administración. La verdad es que esto es una simple anécdota, pero los pocos farmacéuticos de hospital de aquellos años luchamos un montón para conseguir nuestro reconocimiento y el de nuestra actividad en los hospitales.

El Programa FIR

Tras la aprobación de los primeros títulos de Especialista en Farmacia Hospitalaria, comenzó la preparación del programa FIR (Farmacéuticos Internos Residentes). Una vía formativa totalmente diferente a la precedente, en esta ocasión suplía las carencias del programa anterior que tenía el enfoque de la Facultad de Farmacia, no de una especialización sanitaria. El Ministerio reconocía esta nueva Especialidad a la que se accedía por concurso mediante un examen nacional y a la que se asignaban plazas con una duración inicial de tres años de residencia en Servicios de Farmacia de hospitales acreditados para impartir docencia especializada. Nuestra primera tarea fue preparar el programa de la especialización. Tras un trabajo inicial preparamos un primer programa de formación que fue aprobado por el Ministerio en 1974.

Otra de las tareas importantes en este proceso fue la acreditación de los SFH. Desde la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) elaboramos una norma para acreditar los servicios docentes, con ella analizábamos cuales cumplían los requisitos de acreditación publicados. Este trabajo fue muy exigente tanto para los miembros de la Comisión Nacional como para los servicios que deseaban ser acreditados. Tratábamos de que este documento sirviera como instrumento para conseguir un crecimiento progresivo de la calidad docente de nuestros servicios acreditados. Creo que fue un instrumento eficaz ya que, afortunadamente, iba creciendo el número de servicios de Farmacia (SFH) acreditados. Además, aumentaba el número de FH y por lo tanto nuestro reconocimiento en los hospitales. También aumentaron de forma muy notable el número de farmacéuticos especialistas en Farmacia Hospitalaria. Así de los 686 especialistas de los años 70 y 80 pasaríamos a 1.200 en los 90 y 2.000 en el paso al siglo XXI.

Tras estos avances, llegamos a un momento histórico en el que algunos médicos clínicos se pusieron muy nerviosos por nuestra presencia y por nuestras actividades en los hospitales. En aquellos años, presentamos una dura batalla hasta que quedó demostrado que nosotros éramos una Especialidad

de trabajo diario en el hospital y ellos, que estaban apoyados por el resto de los clínicos, eran una Especialidad 'de lujo'. En esta ocasión fue crucial la defensa de nuestra profesión que hizo el entonces Director General de Farmacia, Félix Lobo, en una reunión que tuvimos en la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo.

La profesión seguía creciendo y demostramos una vez más una capacidad de trabajo y estudio sin igual. En el caso del examen FIR el número de farmacéuticos por plaza ofertada era muy superior al de los médicos. A principios de los años 90 había 8 aspirantes por plaza, mientras que en el examen MIR la ratio era de poco más de un aspirante por cada plaza. Por ello, el examen era difícil y además garantizaba un *status* por su dureza.

Durante muchos años formé parte del equipo que preparaba los exámenes FIR junto a dos compañeros, incluida la corrección, por lo que pude ver en primera persona no solo el proceso desde fuera sino desde dentro del Ministerio. Esta circunstancia me proporcionó una visión global de los procedimientos de selección. Hacíamos estadísticas de las preguntas en función de su dificultad y pudimos observar cómo año tras año eran cada vez más específicas. Nuestras competencias iban mejorando y la Especialidad era más potente como demostraba lo específico de los cuestionarios.

2º Programa formativo

La llegada del segundo programa formativo que reconocía el aumento de Especialidades provocó que nos diéramos cuenta desde la CNE de que hacía falta formar a los tutores. Apostamos por comenzar a celebrar reuniones en Madrid y Barcelona para formarles y que nos sirvieran para poner en marcha una estrategia de relaciones externas. La verdad es que tuvimos bastante éxito, aprovechamos para invitar a estas jornadas a personas relevantes del Ministerio para que vieran qué categoría tenían los FH. Porque éramos un colectivo muy disperso, de unos 70 integrantes de toda España que hoy hemos llegado a 4.000, y necesitábamos de ese apoyo institucional.

Desde la CNE promovimos, a posteriori, un sistema periódico de control de actividades y desarrollo de los servicios acreditados. Con esto podíamos dar mayor número de plazas de FH al servicio que cumplía mayor nivel de exigencia. Había unos protocolos que llevábamos a rajatabla, con el trabajo incansable de profesionales como María Sanjurjo que era Secretaria de la CNE. Esto hizo que creciera tanto el número de plazas como el de actividades.

4º año de la especialidad

Tras este crecimiento nos dimos cuenta de que para mejorar nuestra integración en los equipos sanitarios de nuestros hospitales y para proporcionarles un mejor servicio los farmacéuticos debíamos salir del Servicio de Farmacia. La Especialidad estaba ya madura y, podíamos incluir una nueva parte en la formación integrándonos en los servicios clínicos. Esta nueva actividad formativa se incluyó en el tercer programa de la Especialidad que llegó en 1999. Fue un paso más hacia la Farmacia Clínica. Nuestra formación pasaba de los 30 meses iniciales a 42 meses incluyendo una formación práctica adicional: 3 meses en Radiofarmacia; 3 meses en Unidades clínicas como Cardiología o Pediatría; 3 meses en Unidades quirúrgicas como Trasplantes o Cirugía general; y 3 meses en Unidades especiales como UCI (Unidades de Cuidados Intensivos) o quirófanos.

En esta fase de nuestra historia me gustaría destacar la intervención del doctor Federico Plaza. Recuerdo que cuando decidimos presentar la iniciativa del 4º año nos reunimos con la Subdirectora General de Farmacia. Con ella estaba presente el doctor Plaza, que era su segundo en el Ministerio. La Subdirectora no aprobó nuestra solicitud de ampliación, entonces nos enfadamos mucho porque no fuimos comprendidos en nuestra petición. Afortunadamente el doctor Plaza, al salir me dijo: “Joaquín prepárate un desarrollo farmacoeconómico de esta Especialidad y ya veremos qué pasa”. Yo, al ver una luz de esperanza me vine a Pamplona y poco a poco escribimos este documento. Años más tarde eligieron Director General de Farmacia al doctor Federico Plaza y cuando llegué con el proyecto desarrollado se aprobó. Este episodio fue decisivo para obtener nuestro 4º año.

Fue clave también nuestro mayor reconocimiento en el Ministerio. Dentro de los Programas de formación sanitaria especializada, existían 2 Consejos Nacionales, el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y el Consejo Nacional de Especialidades Farmacéuticas. De estos Consejos formaban parte los presidentes de las diferentes comisiones. En el año 2003, se promulgó la ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y se constituyó un solo Consejo Nacional de Especializaciones Sanitarias, que agrupaba a los representantes de todas las Especialidades sanitarias de todas las profesiones: médicos, farmacéuticos, enfermeras, químicos, biólogos... Por elección, los farmacéuticos especialistas en Farmacia Hospitalaria pudimos trabajar en un órgano aún más selectivo como fue la Comisión Permanente del Con-

sejo. Pasar de que el director médico de mi hospital no supiera qué hacía en el centro a formar parte de ese Consejo Nacional decidiendo sobre los problemas de los médicos, enfermeras o farmacéuticos creo que supuso un reconocimiento especial de nuestra especialidad.

Además, ese contacto estrecho con el resto de las especialidades del Consejo hizo posible que empatizaran con nuestras aspiraciones y siguiéramos creciendo. Los directores de los SFH después de todos estos procesos cada vez fueron más reconocidos en los hospitales participando de pleno derecho en las comisiones, interviniendo con frecuencia y siendo piezas importantes en sus centros.

Nueva denominación o doble Especialidad

Un nuevo frente se abrió en 2008. En una entrevista con el Director General de Farmacia, Félix Lobo, me dijo: “los Farmacéuticos de Atención Primaria quieren ser Farmacéuticos Especialistas en FH, ¿cómo lo ves?”. Le respondí que no podíamos darles el título de Especialista en FH porque su trabajo y su formación era limitada a lo que en aquellos años eran los ambulatorios de la Seguridad Social. Lo debatimos con nuestros compañeros de Atención Primaria, pero no llegamos a ningún acuerdo con ellos.

Pasó el tiempo y se planteó de nuevo justo cuando la Presidenta de la SEFAP, Arancha Catalán, que había sido alumna mía y que era Especialista en Farmacia Hospitalaria, nos comunicó que querían llegar a un arreglo. Desde la CNE les dimos la opción de que hicieran el FIR y que rotaran con la FH durante una parte de su formación, que vinieran al hospital además de ir a Atención Primaria. Eso estaba aprobado por la CNE y el Consejo Nacional de Especialidades, pero un recurso desde Sanidad de Andalucía, que tenían problemas con su FAP, lo evitó. Posteriormente, en 2014, sí que se aprobó esta nueva especialidad de FH y AP dentro del RD de Troncalidad que después se derogó en el 2016 por reclamación de una de las Especialidades involucradas.

Pasado todo este tiempo, sigo pensando que era lógico que propusiéramos esa rotación en FH tras aprobar el FIR para que completaran su formación. Tengo un gran respeto y cariño por mis colegas de Atención Primaria, pero si soy responsable de un programa de FH no puedo admitir una especialización si no tiene las condiciones docentes mínimas requeridas.

Acreditación de especialistas extranjeros

Otro tema importante en el que trabajamos en el seno de la CNE, fue la solicitud de acreditaciones por parte de especialistas extranjeros. Nos llevó mucho trabajo porque con la entrada en vigor de la Unión Europea aumentó sobremanera el volumen de solicitudes de homologación de títulos. En las reuniones del Comité Nacional de Especialidades Sanitarias valorábamos las solicitudes de profesionales sanitarios extracomunitarios para ser reconocidos como Especialistas en España.

Esto nos llevó mucho trabajo y bastantes disgustos. El acceso a través de FIR era muy difícil, conseguir una plaza costaba mucho ya que en España había casi 9 concurrentes por plaza convocada. Esto llevó a que hubiera farmacéuticos que se iban, a Inglaterra estaban unos meses en un hospital y conseguían un certificado de su jefe de servicio y nos pedía convalidar el título en España. Nuestra CNFH estudiaba las solicitudes de acreditación y elaboraba las propuestas de resolución al Ministerio. Debo asegurar que siempre respetaron las valoraciones de la CNFH. 99

2

Desarrollo institucional

Hemos querido ofrecer al lector una visión de la Sociedad desde dentro. Para ello los 6 Presidentes de la SEFH del periodo 1995-2020 analizan los cambios de estructura que llevaron a cabo durante sus mandatos, el trabajo para los socios a través de los Grupos de Trabajo, las relaciones con otras sociedades científicas y la Administración Pública, y su visión de la internacionalización de la farmacia hospitalaria.

De una AEFH sin estructura a la profesionalización de la SEFH

Víctor Napal Lecumberri fue Presidente de la SEFH durante dos mandatos consecutivos (1991 a 1995 y 1995 a 1999), anteriormente formó parte de la Junta de Gobierno como Tesorero (1988 a 1991) du-



rante la presidencia de Manuela Velázquez. En nuestra charla con él repasa los principales hitos de aquellos 11 años en los que pasó de ser 'Tesorero de una caja vacía', como él mismo comenta, a Presidente de una Sociedad consolidada, con estructura y en crecimiento que, además, cambió de denominación pasando de AEFH a SEFH.

66 Quizás mi primer recuerdo, no sea cuando accedí a la presidencia en 1991, sino cuando me presenté a Tesorero años antes, en el Congreso de Córdoba en 1988. Allí competí con Eduardo Echarri, que luego se convertiría en mi mejor amigo y acompañante en la Junta Directiva de la SEFH durante 8 años. Ese año fue decisivo ya que además se produjo el cambio de denominación en el que la Asociación Española de Farmacéuticos de Hospital (AEFH) pasó a llamarse Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). El Congreso de Córdoba fue bastante tenso y todavía recuerdo cuando fui elegido que pensé: “¿Dónde me he metido?”. Porque la verdad es que fui nombrado Tesorero de una ‘caja vacía’ aunque, después, nunca me arrepentí del comienzo de un proyecto que duró 11 años.

Cuando llegué a Presidente las sensaciones fueron muy diferentes porque ya tenía un equipo. En aquellos años no había muchas personas que quisieran formar parte del proyecto, yo accedía por invitación de compañeros de toda España, y la verdad que no me fue necesario hacer ninguna campaña. Fueron años de dormir poco, viajar mucho y dedicar muchos esfuerzos para desarrollar y consolidar el proyecto.

Trabajo en equipo y primeros cambios

El impacto de mi aterrizaje como Presidente fue mucho más amable que el anterior. Cuando llegué a la presidencia ya estaba enrolado en el proyecto y lo mejor que ocurrió es que, previamente a mi nombramiento, ya habíamos creado un equipo en el que queríamos trabajar juntos. En mi candidatura estaban Eduardo Echarri, Paloma Montaner y Esteban Valverde, y nos conocíamos con la mayoría de los vocales que conformaron esta primera Junta. Este trabajo conjunto de la mayoría de los que formamos la directiva se fue manteniendo en el tiempo y cuando terminamos nuestra participación activa decidimos crear un grupo que llamamos 'La Paralela' sin otro objetivo que reunirnos y seguir disfrutando de nuestra amistad y compañía, y que hoy en día se mantiene vivo.

La AEFH y posterior SEFH no tenía estructura. El Secretario se llevaba los papeles a casa, no había sede en propiedad y los viajes se los pagaba cada uno por adelantado y después se presentaban las facturas. Sin embargo, a partir de 1992, con esta Junta se afianza la estructura de la SEFH, con un primer cambio sobre cómo organizarnos y reunirnos, creando un órgano de gobierno nuevo denominado Junta Permanente, constituido por los cuatro miembros elegidos conjuntamente, más dos vocales elegidos de los ocho vocales de zona que iban rotando. A continuación, se crea un sistema de comunicación entre todos los estamentos (Junta Permanente, vocales y socios), y se divide la organización en cuanto a atribuciones y presupuestos en 4 áreas: Económica, Educación, Publicaciones y Relaciones.

Por otra parte, un paso importante en la relación con los socios fue la creación de una base de datos informatizada que nos permitió conocer la situación de cada uno, su puesto de trabajo, categorización, gestión de honorarios, pago de cuotas y recibos. Además, en aquella época tener un e-mail propio no era fácil para todos los socios así que la SEFH proporcionó un e-mail personal a todos los que lo desearan. Además, se contrató a más personal en la Secretaría, antes solo había una secretaria, primero llegó Marisa Ávila y posteriormente se afianzaron nuevas plazas.

Por último, un cambio crucial que ayudaría en nuestras finanzas fue el sistema de organización del Congreso, que paso a ser controlado directamente por la SEFH en cuanto a ingresos y gastos, aunque los presidentes de los comités Científico y Organizador pertenecían a las zonas. Este hecho, permitió

por primera vez tener una fuente de financiación estable, ya que antes se dependía de las cuotas, para abordar acciones que afectarían a la estructura de la SEFH.

Cambio de sede en 1995

Como he comentado anteriormente, el cambio en la estructura de la organización del Congreso, que ya tuvo efecto en el celebrado en Santander presidido por José Ramón Ferrándiz, cumplió con todas las expectativas tanto científicas como económicas y obtuvimos beneficios. Esto nos permitió abordar el cambio de nuestra sede, que venía precedida de un aviso de desahucio por parte del CGCOF, y pasar a tener definitivamente una nueva estructura tanto física como organizativa, con Secretaría, sala de reuniones, y almacén de documentación.

Siempre he pensado que una organización sin una estructura fuerte, no puede ser una buena organización, siempre y cuando esta estructura esté dirigida a la búsqueda de un equilibrio entre estructura y servicios. Por ello, tuvimos en cuenta que los costes de la estructura no superasen el 12% del presupuesto, con ello garantizábamos el apoyo a los socios con el 88% restante.

Aunque ahora es fácil contarlo, en aquel momento no todos los socios estaban de acuerdo y fue controvertido este traslado, decían que el dinero no estaba para comprar inmuebles, pero siempre agradecí el apoyo de la Junta de Gobierno en esta decisión. Sin duda, este cambio de sede nos permitió progresar en otros campos, seguir creciendo.

Creación de la FEFH

Una vez teníamos ya esa estructura inicial decidimos dividir en dos partes la Sociedad. La creación de la fundación tenía como objetivo último separar funciones: que la SEFH se preocupase de la gobernanza y la FEFH se dedicase al desarrollo de la profesión desde el punto de vista técnico y formativo. Además, permitía que personas que tenían experiencia previa en la organización y dirección de la SEFH pudieran seguir aportando valor en los programas formativos.

En el Patronato de la Fundación se incluyó a los miembros de la Junta, tres ex Presidentes de la SEFH y tres ex Presidentes de Honor como Juan Manuel Reol Tejada, Manuel Ruiz-Jarabo Ferrán y Joaquín Bonal de Falgas. En este apartado quizás no estuve demasiado acertado, ya que no tuve en cuenta que estas personas en el futuro iban a ser difíciles de sustituir ya que nunca se nombraron nuevos Presidentes de Honor.

Relaciones con sociedades científicas y con la Industria

Las relaciones con las sociedades científicas tanto farmacéuticas como médicas, de gerentes y directores médicos fueron excelentes y trabajamos en muchos proyectos. Era una época en que estaba en plena ebullición el desarrollo de las profesiones sanitarias, trabajamos mucho con la SENPE, de hecho, en su primer congreso éramos casi todos Farmacéuticos Hospitalarios, y apareció el SIDA que supuso la celebración de muchas reuniones con la Sociedad de Infecciosas y con Microbiología. Prueba de esta intensa relación son los numerosos documentos que pueden encontrarse entre las publicaciones realizadas por la SEFH y que están detalladas en el catálogo de publicaciones de 1999. También se estableció un sistema de acceso a todas ellas, así como la creación de un fondo de publicaciones.

En cuanto a las relaciones con la Industria Farmacéutica (IF) se estableció un marco de actuación a través de una publicación titulada 'Relaciones entre Farmacia de Hospital e Industria Farmacéutica', con prólogo de Antonio Vila, Presidente de Farmaindustria, y la dirección de Luis Daufí en la que participaron 64 profesionales de FH y 16 laboratorios, con la finalidad de dar respuesta a preguntas como: ¿Qué puede aportar la IF a los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH)?; ¿Qué pueden aportar los SFH a la IF?; ¿Qué papel puede desempeñar la SEFH en este contexto?; ¿Cuál debe ser el marco ético en el que deben desenvolverse las relaciones IF-FH?.

Tras definirse esto realizamos muchísimas colaboraciones, a modo de ejemplo: Libro Farmacia Hospitalaria, Manual del Residente, Manual de formación para el personal auxiliar de FH y sus ocho cursos presenciales, uno por Vocalía, con la presencia de más de 800 auxiliares, Programa formativo Farma Test, Libro de Historia de la SEFH y libro de Imágenes para la Historia de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Probablemente el programa estrella para mí, y quizás el que mejor representa esta colaboración entre SEFH e Industria es AULA FIR, todavía recuerdo con cariño la reunión con Josep Bastida y su jefa (Ángela Jordana) en mi despacho, cuando vinieron a ofrecerme una posible colaboración. Ellos pensaban en algún curso para Farmacéuticos Hospitalarios de staff, pero mi solicitud fue un curso dirigido a Farmacéuticos Residentes (FIR). Después de pensarlo me comunicaron que lo aceptaban y el curso creo que continúa dirigido magistralmente desde entonces por el Josep Ribas. Además, desde aquel momento, todos los residentes que realizaron el curso se hicieron socios de la SEFH.

Intercambio con la Administración

En mi época los FH comenzábamos a participar en la Farmacovigilancia y mediante acuerdos con la AEMPS se comenzó a potenciar la notificación de RAM mediante la tarjeta amarilla, a través de dos acuerdos de colaboración con la Agencia. A nivel personal me nombraron Director del centro de Farmacovigilancia de Navarra. En el área de Productos Sanitarios había cierto descontrol y participamos en la elaboración de un Vademécum.

Además, se crearon unas becas financiadas por el Ministerio para que FH pudiesen realizar estancias en las siguientes áreas de la AEMPS: Farmacovigilancia, Evaluación de Medicamentos y Productos Sanitarios. Inicialmente todos tuvieron buena acogida, principalmente Evaluación y Farmacovigilancia. En algún caso, farmacéuticos que participaron en estas estancias terminaron trabajando en las mismas. Probablemente las estancias en Productos Sanitarios fueron las que menos interés tuvieron.

Con el INSALUD, sobre todo cuando fue dirigido por José Luis Temes, Alberto Núñez Feijóo y Carmen Martínez Aguado tuvimos muchísimas reuniones, siempre con carácter constructivo, como las relativas a la huelga de FIR por el pago de módulos, los conflictos y responsabilidades asignadas a determinados servicios de farmacia por su actividades como elaboración (de estos conflictos surgió a un documento sobre prácticas de elaboración), y otras muchas como un ensayo clínico con el primer anticuerpo monoclonal.

Becas y Grupos de Trabajo

Sin lugar a duda, para la SEFH y la FEFH el principal objetivo era proporcionar servicios a los socios y desarrollar la profesión en todas sus vertientes, todas las acciones y recursos iban dirigidos a ellos. Simplemente leyendo los informes de actividad presentados en la Asamblea General en cada Congreso se puede observar que la actividad de las dos organizaciones era por y para el socio.

He de reconocer que la SEFH a lo largo de los años ha ido creando la profesión, descubriendo actividades y contenidos que no existían. Siempre me gusta recordar que yo trabajaba en oficina de farmacia en los años 70 y cuando conseguí una plaza en un hospital, al llegar, me encontré solo y había que buscar espacio y contenido para desarrollar nuestro trabajo. En el primer Congreso al que asistí, que fue en Torremolinos en 1974, se empezó a hablar de dosis unitaria por primera vez. Con esta anécdota quiero significar el gran salto que dimos cuando en 1992 estábamos ofreciendo 30 becas de formación para el curso de farmacia clínica de Joaquín Bonal en Barcelona, o las becas para estancias tuteladas en el extranjero, fundamentalmente en hospitales americanos. Siempre fueron cubiertas por la SEFH o FEFH, creo que fue un dinero bien utilizado, además las becas de ampliación de estudios debían ser justificadas mediante un trabajo realizado durante ese tiempo de estancia

La SEFH también ofrecía cursos propios y becas de ayudas a la investigación. El trabajo con las bases de datos nos ayudó para verificar impagos y recuperar ingresos, además cuando avalábamos un curso como los de farmacocinética clínica o farmacia clínica lo ofrecíamos a los socios junto a becas para los FIR, para que los residentes se formaran.

En este apartado quiero recordar a los Grupos de Trabajo (GT) que se constituyeron en esa época y que fueron los encargados de comenzar a redactar documentos como las guías de 'recomendaciones' que siguieron elaborándose con carácter anual sobre buenas prácticas en FH. Con anterioridad a los GT existían lo que llamábamos Comisiones como la de Acreditación, Normas de Procedimiento, Técnica de Evaluación Terapéutica, Bioética o Nutrición Artificial, siendo el primer GT el de Pediatría.

En cuanto a formación apostamos por la presencialidad en las formaciones por las interacciones entre los distintos hospitales que aprovechaban esas reuniones para compartir conocimiento y experiencias. Creo que se abor-

daron todos los sistemas posibles para transmitir información y formación: cursos presenciales, cursos en soporte de papel, vídeos, programas informáticos como Farma Test e incluso con disketes.

Remodelación de la web corporativa

La actualización de la web se presentó en el Congreso de Pamplona en 1999. Como herramienta para el socio fue clave, pienso que pese a los medios existentes fue un gran trabajo de equipo poder ofrecer este nuevo servicio. Incorporar Micromedex como servicio para todos los hospitales junto a otra base de datos como Medynet fue algo importantísimo, eran bases de datos que costaban mucho dinero y no estaban al alcance de casi nadie.

Nuestra página principal, en aquel momento, incluía secciones como: Estructura e Historia; Bibliografía; Bases de datos; El Congreso; El Residente; Conexión a Medynet; Secretaría de la SEFH; Web de interés; Farmacia Hospitalaria Revista y Boletines.

Relaciones internacionales

Si comenzamos por la ASHP (Sociedad Americana de Farmacéuticos del Sistema de Salud) la primera relación oficial fue cuando publicamos un programa de riesgos. Hasta ese momento éramos el país que más FH enviaba a su Congreso, pero las relaciones eran más bien personales, como los profesores americanos que venían al curso de Farmacia Clínica de Bonal.

En cuanto a la EAHP (Sociedad Europea de Farmacia Hospitalaria) cuando yo llegué era una sociedad de amigos, eran gente admitida por ellos mismos. Tenían un Congreso que organizaba una empresa externa y no tenían ningún recurso, incluso su revista no era propiedad de la Junta y no estaba ni indexada. Además, nos encontramos con que la persona que iba desde España no era un representante elegido por la SEFH, y solicitamos que todos los vocales de la EAHP fuesen elegidos directamente por la Sociedades Nacionales. Nuestro objetivo era que el modelo de organización fuese parecido al de la SEFH.

Los representantes de la SEFH en la EAHP elegidos por la Sociedad nacional fueron: M^a Dolores Arce y Eduardo Echarri, que fue Vicepresidente de

la EAHP. Finalmente, la EAHP se constituyó como Sociedad con un Congreso propio que, incluso, desplazó en importancia al Congreso de Farmacia Clínica Europea. Además, se consiguió que tuviera una revista controlada por la propia EAHP, y que se indexara. También, ya en el año 92, solicitamos que la EAHP tuviera una sede en Bruselas, algo que se consiguió más adelante. Por último, quizás el hito más importante, fue conseguir que la Especialidad de Farmacia Hospitalaria, presente en algunos países como España, fuese considerada y que se alcanzase la obligatoriedad de realizar seis meses de prácticas antes de la obtención del título.

Con Latinoamérica las relaciones eran magnificas, nuestro Congreso se convirtió en el modelo para todos estos países. Especialmente destacables fueron nuestras relaciones con la Farmacia Chilena, Argentina y Peruana, tuvimos muchas colaboraciones con todas ellas, así como con la OFIL con la que teníamos un acuerdo para la distribución de su revista en España. Por otra parte, con Portugal celebrábamos reuniones bilaterales y se les cedió el programa Farma Test para su formación. 99

BASES DE DATOS, INTERNET Y EQUIPO

Eduardo Echarri Arrieta fue Presidente de la SEFH durante el periodo 1999 a 2003, previamente ocupó los cargos de Vicepresidente y Secretario de la Junta de la SEFH y fue Vocal de la zona 1 (Galicia, Asturias y norte de Casti-



lla y León). Fue muchos años Delegado de la SEFH en la EAHP, y en la actualidad forma parte del comité coordinador del Grupo de Trabajo de Farmacia Neuropsiquiátrica de la SEFH.

66 El primer recuerdo que tengo de mi presidencia es el de internet y las bases de datos, aquello fue una locura. La verdad es que, afortunadamente, tuve 3 compañeros de viaje, con excelentes cualidades, que me ayudaron y arroparon: David García Marco, como Secretario; María Cinta Gamundi Planas, como Vicepresidenta; y Rafael Molero Gómez como Tesorero. Siempre teníamos la discusión sobre qué bases de datos financiar, un dilema clave, porque el acceso a la información y la capacidad para compartirla era un objetivo básico para nosotros.

En la actualidad todo esto está más que superado porque hay muchas bases de datos que manejan los Farmacéuticos de Hospital (FH), pero entonces comenzaban a surgir los primeros productos en formato digital y el acceso aún era a través de los lectores de CDs ubicados en el propio Servicio de Farmacia. Recibimos una gran oferta por parte de Micromedex para la distribución de licencias de su base DRUG-DEX y se decidió apoyar su financiación, tras muchísimo debate interno debido a su elevado coste. En esta actividad debo reconocer la gran implicación de David García Marco, que siempre veía el vaso medio lleno cuando teníamos que discutir la viabilidad de los proyectos de digitalización.

En aquella época, apareció la Lista SEFH y su repercusión ha sido evidente en el intercambio de información y en la resolución de dudas. Todos debemos reconocer la excelente labor que hicieron nuestros compañeros

Alicia Martínez, José Ramón del Prado y José Ramón Ferrándiz y es justo agradecer su trabajo y esfuerzo en el desarrollo y mantenimiento de esta herramienta.

La página web de la SEFH fue otro de nuestros objetivos prioritarios. Estaba funcionando cuando comenzamos a trabajar como Junta Directiva de la SEFH en el 1999. En nuestro periodo de actividad nos preocupamos por mantener los contenidos útiles, siempre orientados a la actividad del Farmacéutico de Hospital. Teníamos especial cuidado en medir la actividad de la página web, que monitorizábamos con cierta periodicidad, y en esta labor pudimos contar con la colaboración de Plácido Moreno Álvarez, un farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria, nacido en Granada, que incorporamos al trabajo de la oficina y que nos ayudó mucho en la gestión de los temas técnicos y profesionales de la SEFH en aquellos años. Nunca dudamos que la web era una herramienta útil y nos volcamos en ella. Los resultados de aquel trabajo fueron gratificantes y la página web de la SEFH logró el mayor impacto, al comparar las estadísticas de su uso, frente a la de otras Sociedades Científicas alojadas en el mismo servidor. Sirva como anécdota que nuestro impacto superó a la web del Consejo General de Colegios Farmacéuticos.

El área de Publicaciones

La SEFH siempre estuvo orgullosa de su revista. Pero la revista no era el único producto editorial de la SEFH. Cinta Gamundi llevó a otro nivel la actividad en esta área. En la Dirección de la Revista contamos con Esteban Valverde Molina y entre todos conseguimos la indexación en MEDLINE (PubMed). La revista era nuestro principal objetivo y mantuvimos un nivel de impacto aceptable, aunque poco atractivo para los trabajos que se desarrollaban dentro del ámbito de la FH. Captar trabajos fue una dura tarea, y mantener la puntualidad en su edición y distribución se convirtió en una obsesión para todos los implicados.

Conseguimos revisar la primera edición del libro de Farmacia Hospitalaria y realizar una segunda edición de esta obra que en su momento fue una referencia del conocimiento en el mundo de la FH en España. A estas ediciones les acompañaron otras en el ámbito del uso de citostáticos, de la seguridad del paciente, del material sanitario, de la oncología clínica, de la pediatría.

Cambio en la estructura de los Congresos

Mi posición fue continuista, ya que también participé en la anterior Junta con Víctor Napal. Quizá el área a la que dedicamos mayor interés, además de la apuesta por la digitalización de la información y el mantenimiento de un área de publicaciones muy dinámica, fue la estructura de los Congresos. Decidimos que la Junta Directiva de la Sociedad estableciera un plan, coordinado con las zonas, con el objeto de participar en la toma de decisiones y en la organización de los Congresos. Dicho así, parece sencillo pero esta labor fue muy complicada y en ella tuve la inapreciable ayuda de toda la Junta, pero sobre todo de Rafael Molero.

Decidimos que la SEFH tenía que controlar la organización de los congresos, eso suponía participar en la estructura de los mismos. Nuestra primera experiencia en esta nueva relación con el proceso organizativo de los congresos de la SEFH fue en Valencia (2001) y apenas pudimos introducir algún cambio. En cualquier caso, fue un excelente congreso, con una fantástica visita al Hemisfèric de la Ciudad de las Artes y las Ciencias de Valencia. Es justo reconocer que tuvimos éxito en la organización del congreso de Barcelona, existiendo una colaboración muy estrecha con los comités, que se reflejó en un éxito organizativo y científico. Debo recordar en estas reflexiones a Manuela Velázquez Prieto, Carlos Codina Jane y Pep Ribas Sala y destacar su innovadora presentación de cada mesa de debate con un vídeo en el que se reflejaba la opinión de las personas, a pie de calle, sobre la labor del farmacéutico de hospital.

Al año siguiente, organizamos el Congreso en Madrid. Fue un Congreso atípico porque lo gestionó la SEFH directamente debido a un problema que hubo con la gestión de contratos. Necesito destacar, al llegar a este punto, el esfuerzo de todas las personas que componían la Junta de Gobierno de la SEFH, junto con las personas que formaban parte de la oficina de la SEFH, para organizar este Congreso. En cualquier caso, esto no afectó a la parte científica, que coordinó Alfonso Domínguez Gil-Hurlé con su equipo, y debo destacar la presencia y participación de Henry Manasse (Director Ejecutivo) de la Asociación Americana de Farmacéuticos del Sistema de Salud, que nos ayudó a entender las tendencias que por aquella época se promovían en los Estados Unidos. Sin embargo, en Huelva (2004) se produjo un paso atrás porque de nuevo ambos comités se desligaron completamente de la SEFH, fue mi último Congreso como Presidente.

Grupos de trabajo como estrategia

Con el paso del tiempo, la actividad de los Grupos de Trabajo (GT) ha ido variando. En mi época se pidió a la Junta, por parte de la revista FH, el apoyo a una estrategia editorial que se basaba en la elaboración de proyectos prácticos en el ámbito de la FH que partieran de los GT. La idea era lógica, pero en realidad los trabajos con calidad se publicaban en revistas de mayor impacto y fue difícil conseguir originales.

Pero los Grupos de Trabajo funcionaban dentro de una estrategia, que nuestra Junta heredó, y que pretendía ofrecer una imagen moderna de la farmacia de hospital. Y en este proceso de desarrollo se produjeron dos hechos que tuvieron mucha relevancia para la actividad de los grupos de trabajo. El primero fue la ampliación a cuatro años del programa de formación del farmacéutico de hospital, labor encomiable de la Comisión Nacional de la Especialidad presidida por Joaquín Giráldez. No menos importante, fue el desarrollo de las unidades de pacientes externos en las Comunidades Autónomas al recibir la transferencia en temas sanitarios desde el INSALUD.

Todo esto ocurría entre los años 1999 y 2003. Y vivimos una época de transición desde la farmacia centrada en el medicamento a la farmacia centrada en el paciente. En esta transición, fue importante la aportación de los GT. Mantuvimos una excelente relación con el Ministerio a través de la colaboración en estudios de utilización de medicamentos, en concreto del grupo de antibióticos, que nos permitió mantener un convenio con la Dirección General de Farmacia. Mantuvimos una representación en la Comisión de Evaluación del Medicamento y estrechamos las relaciones con el INSALUD. En todas estas acciones fueron relevantes las actividades de los GT.

Adicionalmente, el Grupo GENESIS permitió fortalecer la imagen del FH como profesional indispensable en la selección de los tratamientos farmacológicos. Francisco Puigventós, como coordinador del grupo en aquella época, tuvo un papel relevante en destacar la imagen profesional del FH.

Todos los GT trabajaron en esta línea y la imagen del FH como especialista clínico, colaborando en las distintas áreas asistenciales, adquirió una relevancia indiscutible. Uno de los grupos que lideró este impulso fue GEDEFO. El grupo de farmacéuticos especialistas en Oncología fue uno de los primeros en destacar la aportación del FH en el ámbito asistencial del paciente oncológico, y, rápidamente, se empezaron a generar estudios y publicaciones que analizaban el papel clínico-asistencial del FH en el área de oncología.

No quiero olvidarme de la labor de los demás grupos, que también fue relevante en este proceso en el que el paciente se puso en el foco de nuestra actividad. Labor que continúa hoy en la medida que aparecen nuevos retos asistenciales, docentes y de investigación.

Ahora reflexiono que, cuando buscábamos producción científica para editar una revista profesional, nos encontramos a varios grupos de compañeros que cambiaron nuestra imagen asistencial, docente e investigadora y se convirtieron en motores de la actividad de la SEFH.

Colaboración institucional y reconocimiento

Como he mencionado, tuvimos una estrecha relación con el Ministerio de Salud y con el INSALUD. Yo las calificaría de relaciones cordiales y el acceso a la Dirección General de Farmacia era siempre cómoda y fácil. Nuestra Junta tuvo que vivir la transferencia de las competencias en materia de salud, desde el Ministerio a las Comunidades Autónomas. Y en esta transferencia de competencias se vislumbró la necesidad de introducir cambios en la propia estructura de la SEFH, diseñada funcionalmente en ocho zonas geográficas. Nosotros no acometimos esos cambios y mantuvimos el diseño por zonas, pero nos dimos cuenta de que era importante modificar la estructura de la Sociedad, para reforzar la imagen del FH ante las nuevas estructuras administrativas que estaban a punto de aparecer en escena.

Ante estos acontecimientos, consideré que era oportuno despedirnos de todos aquellos que nos acompañaron en nuestro quehacer diario. Propuse la celebración de una cena de despedida a la que invitamos al Ministerio de Sanidad, responsables de los GT y a la Industria Farmacéutica, en el Casino de Madrid. Quisimos agradecer a nuestros interlocutores el apoyo que nos habían mostrado a nivel político, científico y económico. Fue un acto de reconocimiento a todos nuestros colaboradores internos y externos, en el que debíamos destacar el crecimiento y desarrollo de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y el nuevo perfil asistencial, docente e investigador del FH, en un evento al que acudió la propia Ministra de Sanidad, Ana Pastor.

En este apartado quiero hacer una mención a la relación de la SEFH con la prensa. En aquel momento discutimos sobre la relevancia de contratar un gabinete de prensa. Tuvimos acaloradas discusiones, consideramos excesivo su coste y planteamos muchas dudas sobre cómo se mide y cuál es el

retorno de las apariciones en prensa. Un mundo que no pudimos analizar con seguridad. Pero tuvimos algún hecho destacable que quiero recordar. Antes de la celebración del Congreso de Valencia (2001) y aprovechando los resultados de un trabajo financiado por la Fundación Española de Farmacia Hospitalaria sobre errores de medicación, la SEFH convocó una rueda de prensa en Madrid. No sé si este hecho es conocido por muchos, pero para mí fue la oportunidad de extraer dos conclusiones: al periodismo le atraían las noticias alarmantes, y en temas de salud es necesario contactar con los periodistas especializados en salud, los otros saben escribir, pero no entienden el contexto sanitario ni sus relaciones. Después de la rueda de prensa de Madrid, nos animamos a exponernos a los medios un poco más y, después de todo, tengo que reconocer que pudimos publicar algún artículo de opinión en Diario Médico, hecho considerado por algunos como imposible.

Relaciones internacionales

A nivel internacional viví la pérdida del foro Hispanoluso de FH por motivos económicos. Fue una lástima porque eran reuniones muy productivas en las que tratábamos sobre temas profesionales muy cercanos a ambos, pero por otro lado hay que considerar que la Asociación Portuguesa de Farmacia Hospitalaria crecía y ofrecía un congreso anual a sus socios, con lo que era difícil mantener una convocatoria anual adicional. También recuerdo que teníamos vinculación esporádica con alguna sociedad científica Iberoamericana, siempre con la filosofía de proporcionarles las herramientas que considerábamos necesarias para promover el desarrollo profesional del FH en sus propios países. En esta actividad divulgadora de prácticas profesionales en Iberoamérica, hay que destacar a la Organización de Farmacéuticos Ibero-latinoamericanos (OFIL) con la que colaboramos estrechamente.

En Europa teníamos presencia con los delegados españoles en la EAHP (Asociación Europea de Farmacia Hospitalaria) pero nuestra participación activa en las reuniones siempre estuvo condicionada por el conocimiento del inglés. Recuerdo que la primera vez que acudí a la Asamblea General de la EAHP, había un único traductor, que se sentaba en la misma mesa que la Junta Directiva, y que después de las intervenciones de los delegados europeos, traducía todas las intervenciones al inglés, y a veces al francés y al alemán. Era una locura, muy poco operativo. La Delegación Española siempre defendió el empleo del inglés como único idioma de comunicación en la Asamblea, y la apertura de una oficina en Bruselas, cuestiones ambas que con el tiempo se consiguieron. También creo que fue relevante nuestra apor-

tación para el desarrollo de un buen sistema de gestión económica en el que la organización del Congreso anual era una pieza fundamental.

Por último, y en cuanto a las relaciones con Estados Unidos y la ASHP (Asociación Americana de Farmacéuticos del Sistema de Salud) tengo que reconocer que no mantuvimos una relación institucional cercana. Es cierto que su Director Ejecutivo, participó en nuestro Congreso de Madrid (2002), pero al margen de estos contactos puntuales no pudimos llevar adelante acuerdos colaborativos a nivel profesional.

Tres recuerdos

Tengo tres momentos especialmente entrañables de aquellos cuatro años:

El primero fue la organización del Congreso de Madrid. Debo de reconocer la excelente labor previa desarrollada por las personas de la oficina de la SEFH en la gestión inicial del Congreso y también la colaboración de todos los componentes de la Junta en el desarrollo del evento, trabajando sin descanso en la organización y desarrollo de todo el programa científico. Fue emocionante, ver, como todos juntos: vocales, miembros de la Junta y nuestro personal de la oficina, asumíamos con urgencia la organización de dicho Congreso y lo completamos sin incidentes.

El segundo recuerdo es la enorme participación de los socios en los proyectos. Esto suponía que el trabajo en la oficina de Madrid aumentaba y la oficina también tuvo que crecer. Por ello debo reconocer el importante papel que desempeñaron Marisa Ávila Fernández, Raquel Antón Ricote, Manoli Florencio Serrano y Laura Martínez Guijarro, en la gestión de todos los proyectos e iniciativas relatadas anteriormente, con el apoyo y coordinación de Plácido Moreno Álvarez.

El tercer recuerdo se refiere a la dinámica de trabajo en la Junta. Sigue llamando mi atención el modo en cómo discutíamos los temas, cada uno defendiendo sus ideas, pero siempre pensando en el grupo profesional. Aún en las discrepancias, que las tuvimos, éramos capaces de tomar decisiones desinteresadas. Alguien cercano me ha dicho, recordando esta época, que acudía a las reuniones con muchas ganas de participar. Eran temas que implicaban mucha discusión y nos gustaba analizarlo todo hasta el final, pero cada uno jamás se cerraba en banda a los argumentos del otro. Al final siempre alguien decía: “venga, vamos a sacarlo adelante”. 99

UN CAMBIO TRANQUILO

Manuel Alós Almiñana fue Presidente de la SEFH (2003 a 2007), Vocal de zona de Valencia y formó parte del Comité de redacción de la Revista Farmacia Hospitalaria. Estuvo en el Comité Ejecutivo de la European Society of Clinical Pharmacy, como Coordinador del comité de Investigación y Docencia, y fue presidente del Congreso de la SEFH en Valencia (2000). Compartió su presidencia con la vocalía en la Comisión Nacional de la Especialidad donde era presidente Joaquín Giráldez.



Como actual jefe de servicio de Farmacia del Hospital Clínico Universitario de Valencia nos cuenta cómo fue su etapa en la que se iniciaron muchos de los cambios organizativos que han ayudado a una transformación global de nuestra Sociedad.

66 Si pienso en mis recuerdos, tengo que reconocer que la memoria de las personas es selectiva, intentamos recordar lo bueno. Recuerdo con mucho cariño, además de a mis compañeros, que en mi primer día en el cargo estuve sentado, en aquella Asamblea de presentación, con dos de mis maestros como fueron Víctor Jiménez Torres y Joaquín Bonal de Falgas. Compartir escenario con ellos, en ese preciso instante, es uno de los recuerdos más bonitos que me llevé de entonces, pero no solo por el lugar, en el salón del IFEMA de Madrid, sino por las palabras que me dedicaron, son dos personas que he querido muchísimo y aún hoy me emociona recordarlo.

Aterrizaje y primeras adaptaciones

Para mí llegar a la presidencia fue una continuidad, recordando lo que ya había vivido tras haber sido vocal de zona. Visitaba de manera habitual la sede de General Orgaz, conocía a todo el personal, al resto de vocales, y las dinámicas me eran familiares. Mi ventaja, cuando asumí esta nueva responsabilidad fue el equipo que me acompañó, eran M^a Victoria Clavo Hernández, Ramón Plá Poblador y Benito García Díaz, con ellos teníamos una relación más

allá de lo profesional, era personal, habíamos compartido proyectos en diferentes ámbitos como el académico o la revista Farmacia Hospitalaria (FH).

Desde la Junta decidimos mantener la estructura y ampliarla, sobre todo en la parte administrativa, incorporando a profesionales a la estructura de la Sociedad y la Fundación, estos nuevos perfiles profesionales fueron creciendo y mejorando a la SEFH. Además, nos encontramos con la realidad autonómica que no se reflejaba en nuestra organización, partíamos de unas zonas más parecidas a las zonas militares que a las CCAA, así que decidimos cambiarlo de manera gradual con más o menos dificultades. Esto afectó a cambios electorales y estatutarios que no siempre fueron fáciles porque las propias Autonomías ya eran muy dispares entre sí en cuanto a extensión y población. Como decía Joaquín Bonal, tuvimos que ir ‘con un zapato y una alpargata’.

También tuvimos que afrontar cambios de carácter legislativo que afectaban a las sociedades científicas y las fundaciones, modificaciones importantes que nos llevaron mucho tiempo y, para ello, incorporamos la asesoría jurídica con Xosé Manuel Rey Piñeiro y su socio que nos ayudaron con su enorme experiencia en derecho comunitario.

Por último, en este ámbito estructural, promovimos el cambio de sede ya que la ubicación en General Orgaz se había quedado pequeña a pesar de estar bien ubicada. Continuamos un trabajo de la Junta de Gobierno anterior que ya había entrado en contacto con la futura sede en Rafael de Riego, en aquel momento era muy importante estar cerca del AVE. Las ventajas eran indudables, era muy confortable y tenía una sala de reuniones muy práctica. Vivimos lo que fue el acondicionamiento del local, las disputas con los vecinos, y una obra costosa que incluía adaptarnos a la normativa. Como Presidente no llegué a ocupar esa sede, un paso final que le tocó a mi sucesor por los plazos de ejecución.

Relaciones externas

La relación con la Industria Farmacéutica siempre ha sido muy fluida con la SEFH, toda la herencia que recibimos en ese momento nos servía para que las cosas funcionaran. Lo que sí afectaron en aquella época fueron los cambios legislativos que marcaron un nuevo escenario, afrontamos un nuevo tipo de relación en cuanto a estructura y organización. Vivimos la época en que la Industria Farmacéutica comenzó a aplicar el código ético, de manera progresiva pero decidida. Algunas de las cuestiones que eran relativamente

sencillas de organizar tuvieron que procedimentarse mucho. Recuerdo que visité su sede en la calle Velázquez y durante varias reuniones fuimos adaptando nuestra relación al nuevo escenario normativo.

El contacto con el Ministerio de Sanidad fue desde siempre muy cordial, casi siempre nos consultaban, aunque a veces tocaba presentar recursos porque no siempre estábamos de acuerdo. Recuerdo que nos tuvieron muy en cuenta para el desarrollo de la Ley de garantías y uso racional del medicamento, una normativa cuya génesis había sido la Ley del medicamento en la que participó el propio Joaquín Bonal. En este sentido, la Ley tenía que trasponer la normativa europea y comparecí en el Parlamento ofreciendo la opinión de la SEFH sobre lo que nos afectaba. Fue un periodo en el que tuve una muy buena relación con Martínez Olmos que fue Director General de Farmacia, fue una relación intensa, no estuvimos siempre de acuerdo, pero muy profesional.

En cuanto al resto de sociedades científicas, empezamos a tejer relaciones que después se han ido potenciado mucho con el paso del tiempo. Trabajamos en áreas donde estábamos muy implicados como nutrición artificial, con el empuje de M^a Victoria Calvo, o la sociedad de infecciosas con la que hicimos varias publicaciones. Además, tengo que destacar el impulso a la formación en farmacia oncológica con varias sociedades de esta área terapéutica, algunas acabaron en publicaciones conjuntas, fue una de las líneas de trabajo que se ha continuado y me parece fantástica.

Web, Grupos de Trabajo y formación

Uno de los cambios fundamentales fue lo relacionado con los inicios de la página web corporativa, fue un esfuerzo importante que llevó aparejada una pequeña revolución para la época como la creación de los correos electrónicos de la Sociedad para impulsar nuevas vías de comunicación y aportar valor a los socios. Queríamos que la percepción del socio fuera mejorando y por ello empezamos con el seguro de responsabilidad civil, que después se ha mantenido y mejorado, y la puesta en valor de la información y participación por vías telemáticas.

También apostamos por potenciar los Grupos de Trabajo y los proyectos de investigación de la SEFH, no solo en cuanto a contenido sino en su asignación presupuestaria, cuyo respaldo correspondía a la FEFH y necesitaban una canalización adecuada. Además, intentamos darle un impulso a la revista Farmacia Hospitalaria.

En cuanto a formación para los socios, reforzamos el programa de cursos para la obtención de la certificación BPS que había iniciado la Junta anterior con Eduardo Echarri. Mantuvimos esta iniciativa y le dimos mayor soporte sobre todo en el área oncológica, también en nutrición, pero en cuanto a farmacia oncológica nos animaron mucho los excelentes resultados que obteníamos a pesar de no ser anglosajones y de superar los exámenes en un entorno complejo. Este proyecto nos permitió sembrar el germen de una de las áreas clínicas más potentes de la FH a día de hoy.

Por último, en cuanto a formación, coincidió mi época con el congreso de Oviedo que fue el de las bodas de oro. En aquella época apostamos por darle a cada zona o Comunidad Autónoma la oportunidad de ser protagonistas en la coordinación y organización de los congresos, era algo que me parecía importante. Esto puede que no fuera rentable, pero pienso que solo podíamos basarnos en esa variable, el protagonismo y la participación de los socios también es importante. Quizá ahora hay una forma mixta de organización donde se combinan ambos aspectos y que da magníficos resultados desde todos los puntos de vista. De hecho, este año, con el reto de la pandemia ha sido espectacular el congreso de Barcelona en cuanto a resultados de participación y comunicaciones en un contexto sanitario casi bélico.

4º año FIR

He de decir que la primera fase del 4º año de formación FIR no la viví directamente, pero me consta que requirió un esfuerzo importante de la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) para que se lograra. Con ello se le dio una nueva proyección a la formación clínica en las áreas médico-quirúrgicas de los hospitales, pero para ello hacía falta en primer lugar informar y formar a los tutores. En este sentido participé en muchas sesiones docentes, pero el liderazgo correspondía a Joaquín Giráldez como Presidente de la CNE, explicando cómo era el programa de la Especialidad.

El problema es que seguimos chocando con la actualización del programa, tras muchas presentaciones y propuestas. José Luis Poveda lo batalló muchísimo, pasaron muchísimos Ministros desde 1999 con los que hemos ido hablando, pero seguimos igual. Es muy importante que se actualice el programa, ya lo intentaron antes María Sanjurjo Sáez y Joaquín Giráldez Deiró, junto a los que formábamos parte como vocales de la CNE, y no puede seguir así.

Necesitamos actualizar la formación y que no se quede en un mero documento, sino que se publique en el BOE para que adquiriera un rango mayor como el que se merece. Desde el principio era algo que se nos venía prometiendo, pero sobre lo que no se ha resuelto nada. La Especialidad de FH tiene un formato obsoleto y la de Farmacia de Atención Primaria no existe, desgraciadamente se siguen dando vueltas a debates estériles que pasan por comisiones en las que solo buscan no resolverlo.

Relaciones internacionales

Las relaciones con Latinoamérica no tenían la institucionalización de ahora, durante mi mandato participé como presidente de la SEFH en congresos en Argentina, incluso llegué a ser socio de la Sociedad Argentina de FH, pero nada que ver con la relación orgánica que se desarrolla ahora. Entonces sí que existía una organización como la Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos (OFIL) con mucha relación con el cono sur pero nuestra Sociedad no la tenía.

En cuanto a la ASHP (Sociedad Americana de Farmacéuticos del Sistema de Salud) teníamos un intercambio no reglado, es decir, era algo más personal que a nivel de Sociedad. En ocasiones celebrábamos alguna sesión conjunta en nuestro país a través de universidades o centros hospitalarios y viceversa. Lo que sí que recuerdo era cuando gracias a varios patrocinadores empezamos a viajar un grupo desde la SEFH al Congreso americano, intentábamos que cada año aquellos socios con interés que no habían podido asistir descubrieran el Congreso más potente del mundo. Además, conseguíamos que los socios interesados recibieran información y resúmenes de las ponencias, pero nada que ver con lo que se hace ahora en el postMidyear. En Estados Unidos también teníamos mucho contacto con otra institución como el American College of Clinical Pharmacy y sí que participamos en varios de sus Congresos.

La relación con Europa era particular porque, por un lado, no participábamos demasiado en la EAHP, a pesar de tener representación y de que yo mismo estuve en varias reuniones, pero no tenía todavía una gran relevancia científica. Sin embargo, por otro lado, nuestra cercanía continental iba encaminada hacia la ESCP (Sociedad Europea de Farmacia Clínica) que ya tenía un prestigio y recorrido. 99

DE 42 A MÁS DE 1.000

José Luis Poveda Andrés, Presidente de la SEFH en dos mandatos consecutivos (2007 a 2011 y 2011 a 2015), ha formado parte de diferentes grupos de trabajo de la Sociedad como 2020, Hemoderivados y Tecno, además de coordinar en la actualidad el grupo OrPhar.



Fue miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Farmacia Hospitalaria y Atención Primaria (2014 a 2017) y desde 2017 preside la Comisión Nacional de la Especialidad de Farmacia Hospitalaria.

66 Cuando pienso en un balance global de los 8 años de Presidencia mi primer recuerdo es que fue un periodo muy satisfactorio, estoy especialmente contento de la actividad que desarrollamos en esa época y del esfuerzo, pero también de la recompensa por muchos de los logros obtenidos. Pero si vamos al arranque todo fue muy diferente, ahí tengo un recuerdo triste, fue en el Congreso de Tenerife durante mi presentación del Plan Estratégico en la Asamblea, conté las personas de la sala y éramos 42, incluyendo a la Junta saliente y la entrante.

Lo primero que pensé fue, “si sólo voy a contarle a este número de personas no podremos poner en marcha todo lo que teníamos pensado”. Ese día decidí que nuestro primer reto como Junta Directiva y Junta de Gobierno sería volver a recuperar al socio, que se involucrara en el órgano más soberano que tiene la SEFH, el único que puede fiscalizar la acción de gobierno. Había una desconexión total entre los socios y la Sociedad.

Cambio cultural

En primer lugar, tengo que hablar de un cambio cultural de la SEFH ya que, como contaba antes, pasamos de una primera Asamblea con 42 socios, a la última en la que participaron más de 1.000. La reconexión fue una realidad, 8 años después percibimos que se sentían partícipes de esos logros obtenidos,

pero no solo creció la implicación sino el número de socios que pasó de 2.347 a 3.385 casi un 45% de incremento, ahora se ve como una constante normal pero entonces supuso un claro cambio de tendencia.

Decidimos poner varias acciones en marcha porque se nos iban los jubilados y no entraban los nuevos FIR. Estaba claro que debíamos ofrecer ventajas, formación, investigación y pusimos en marcha la jornada de bienvenida a los residentes para acoger a las nuevas generaciones y que conocieran todo el potencial de la SEFH. La gente se suma a una organización cuando recibe algo a cambio y poco a poco se siente partícipe y fue esto lo que buscamos.

Además, comenzamos a ofrecer a los socios un conjunto de prestaciones diferenciales como cuando incorporamos el gabinete jurídico, el seguro, o la certificación virtual gracias a la potenciación de la secretaría online. Con este último servicio los socios pudieron no solo gestionar su información, sino que solo en el último año se subieron al servidor 2.460 certificados y más de 3.000 notificaciones.

Cambios en la estructura

Para mejorar áreas como la investigación y formación nombramos dos directores, uno del área de investigación que fue Chus Lamas, y un director del área de formación como Benito García, ambas figuras incluyeron la asignación de un presupuesto y su institucionalización. En la parte orgánica también creamos la figura del coordinador de Grupos de Trabajo (GT).

Este último paso fue necesario porque pasamos de 3 a 20 GT, conseguimos implicar a más de 500 socios en los GT, y el número subió hasta los 900 si contábamos el segundo anillo de influencia de los mismos, con ello sumamos una importante fuerza intelectual que se sumaba al creciente sentido de pertenencia a la SEFH. El coordinador debía armonizar todo este conocimiento y para ello elegimos a Javier Sáez de la Fuente, que aún continúa. Respecto a él tengo en el recuerdo una anécdota de su entrevista, era muy joven, pero cuando le pregunté sobre su visión de la Sociedad me dijo “lo que me gustaría es llegar a Presidente de la SEFH” y rápidamente pensé, “más interés que él no tendrá nadie” y la verdad es que lo ha llevado muy bien y con un buen talante.

También nombramos a un director web, que fue una gran novedad, elegimos a Javier García Pellicer en un cargo novedoso que cambió toda la estructura de la web. Comenzaron a estar disponibles todos los documentos y contenidos del Congreso, por ejemplo, además de servir de ayuda al trabajo en red de los socios. Recuerdo que ya celebramos un congreso en Málaga relacionado con el entorno 2.0 donde adelantamos cómo iba a cambiar nuestra relación a nivel profesional y con los pacientes, además comenzamos a desarrollar nuestra identidad en redes sociales a nivel corporativo.

En cuanto al balance económico, tengo que decir que la tesorería nos ayudó a consolidar esos recursos propios de que disponía la SEFH y nos permitió nuevos proyectos. Esta situación de bonanza fue gracias a Congresos de éxito con un balance positivo. El primer año se compró el local que albergaría la nueva sede junto a la estación de Atocha y su reforma. Al principio afrontamos resultados negativos, pero poco a poco fuimos remontando gracias a una buena gestión que nos llevó a casi 4 millones de euros de tesorería según las cuentas de 2015. Este músculo financiero junto a la inteligencia colaborativa fueron claves para nuestro éxito.

Redes colaborativas

Algunos de los proyectos, como el proyecto 2020 o MAPEX, terminaron convirtiéndose en Grupos de Trabajo estables. Si hablamos del primero, se creó el primer año de nuestra Junta y lo lideraron María Sanjurjo y Pep Ribas que justo en el pasado Congreso de Barcelona defendieron los avances de esta estrategia para nuestro colectivo. MAPEX se desarrolló, con Ramón Morillo a la cabeza, a partir del congreso de Bilbao de 2014 con el abordaje del paciente crónico, y se presentó en Valencia en 2015 con el modelo de crónicos, un proyecto que después se ha ido subespecializando en cada uno de los grupos.

También me gustaría destacar que además de los 20 GT activos teníamos lo que llamábamos Grupos de Acción Prioritaria. Esta solución era bastante ágil y la utilizábamos en momentos puntuales para la solución de un problema concreto, para emitir un informe o responder a requerimientos de algún Ministerio. Nuestro sistema de trabajo en red, a veces presencial y a veces telemática, ha servido de base para lo que se ha desarrollado ahora debido a la COVID. Esto lo he notado hablando con otras Sociedades Científicas a las que les ha costado mucho más porque no eran tan ágiles entonces.

Los GT de la SEFH participaron en 58 revisiones de los Informes de Posicionamiento Terapéutico solo en 2015. Hubo una actividad muy importante gracias a los proyectos de investigación cuya financiación creció de manera exponencial junto a las convocatorias de ayuda a los GT. También impulsamos la visibilidad con una estrategia de cuentas en redes sociales de cada GT cuyos seguidores aumentaron de media un 40%.

En cuanto a formación, gracias a la nueva estructura, lanzamos la 'Dirección facilitada de la SEFH para doctorado'. Gracias al esfuerzo personal de Miguel Ángel Calleja conseguimos que desde 2009 a 2015 se leyeran 62 tesis y presentaran 489 proyectos fin de máster, todo en áreas desarrolladas en los SFH. Participaron 305 hospitales y se consiguió un factor de impacto acumulado de 538. Otro hito en este ámbito fue el DPC liderado por Benito García, una plataforma de formación a lo largo de diferentes módulos que nos permitieron seguir adquiriendo competencias. También nos ayudó la incorporación del 4º año FIR que nos permitió incorporarnos a la clínica en competencias, capacitación y también un reconocimiento por parte de otros profesionales, antes de esto para muchos de ellos éramos casi invisibles.

Balance, datos y visibilidad

Creímos, desde el convencimiento del buen gobierno, que debíamos testar la opinión de los socios sobre lo que estábamos haciendo, y para ello hicimos una encuesta en un subgrupo de más de 500 socios. El resultado nos reforzó ya que el 82% afirmó que estaban satisfechos o muy satisfechos en cuanto a contenidos y apoyo institucional.

Además, recopilamos los primeros datos de la situación de los SF en España respecto a infraestructuras, recursos y actividades. En el Congreso de octubre de 2015 ya teníamos los primeros números, que empezamos a avanzar, aunque no lo publicamos a falta del informe final, pero comenzamos a poder dibujar la realidad de la profesión en nuestro país.

En cuanto a visibilidad trabajamos en diferentes líneas como la creación del 'Día de la adherencia' que fue algo que no existía y apostamos por ese 15 noviembre como una buena fecha para acercarnos a los pacientes. También decidimos que hubiera un gabinete de prensa, primero lo externalizamos para que una empresa lo llevara y justo al final aconsejamos que entrara un coordi-

nador de comunicación. Este trabajo nos ayudó mucho cuando llegó el día en que el Ministerio lanzó el globo sonda de que no habría plazas FIR, algo que, a través de la movilización y el ruido mediático, conseguimos parar.

Relaciones externas

Quisimos interactuar con todos aquellos que nos rodeaban. Acercarnos a los ciudadanos y las asociaciones de pacientes, por ejemplo, era un eje fundamental de nuestro Plan Estratégico porque la relación era muy lejana. Con el día de la Adherencia quisimos que se sintieran parte de nuestra historia.

En cuanto a relaciones con la Administración Pública tuvimos mucho trabajo, recuerdo que nos pilló la época de la Comisión Nacional de la Especialidad de Farmacia Hospitalaria y Atención Primaria con muchos sinsabores, pero sirvió para que tejiéramos una relación importante con el Ministerio de Sanidad, no siempre de acuerdo, pero siempre en contacto.

Con otras Sociedades Científicas, Universidades y Asociaciones de pacientes solo el último año firmamos 69 convenios. Nos enfocamos en especialidades clínicas que eran determinantes para la profesión como Reumatología o Digestivo. Había una voluntad clara de trabajar conjuntamente, esto ahora nosotros ya lo hemos interiorizado como una cosa normal pero que la FH estuviera presente en los foros científicos era algo que no ocurría. En aquella época empezamos a trabajar para ganar visibilidad, y que nos consideraran en sus actividades lo que nos ayudó a incorporarnos en la parte más clínica.

Mirando a Estados Unidos y Latinoamérica

En cuanto a internacionalización, se firmaron los primeros acuerdos para intercambios formativos de residentes entre EEUU y España. En esta línea de conexión con la ASHP (Sociedad Americana de Farmacéuticos del Sistema de Salud), establecimos los criterios para homologar los hospitales que considerábamos que tenían nivel para la formación de estos residentes. Además, empezamos a constituir un grupo, que incluía a la Junta de Gobierno, que de manera estable participara en el congreso de la ASHP y que trajera esa innovación a lo que ahora se ha transformado en el PostMidyear.

A nivel Iberoamericano hicimos muchas relaciones y encuentros con participación en Chile, Argentina y Perú. En cuanto a Centroamérica participamos en diferentes actos representando a la FH y favoreciendo el intercambio de conocimiento con la firma de convenios nacionales e internacionales.

Tengo que decir que nuestra vinculación siempre viró más hacia Norteamérica porque en Europa el nivel de la FH era bajo y la variabilidad entre países mucha, no como ahora. Recuerdo que nombramos a Ana Valladolid como encargada de relaciones internacionales con USA, José Luis Marco Garbayo para Iberoamérica y que continuaron M^a José Tames Alonso y Eduardo Echarri Arrieta con Europa.

Congresos sostenibles

Una vez analizada la trayectoria económica de los Congresos de la SEFH decidimos afrontar cambios profundos para evitar que siguieran dando pérdidas, algo que nos parecía inaudito. En cuanto a organización apostamos por una estructura centralizada, aunque el comité científico era mixto, la idea era no gastar más de lo que ingresábamos con las inscripciones en cuanto a alojamiento, comidas, etc., y buscar el beneficio con los elementos patrocinados. Decidimos que la Sociedad tenía que tener control de las partidas presupuestarias y definimos un límite de gasto.

Pero los cambios no solo fueron de carácter económico sino científicos. Nos dimos cuenta de que cada vez el Congreso tenía más contenido y se quedaba corto, para ello instauramos los cursos precongreso a partir de las iniciativas de los GT. Con ello aprovechábamos ese tiempo adicional que tenían los socios en las sedes de los congresos, para que se conocieran las novedades de los GT que eran ya una parte muy importante de la SEFH.

En cuanto a la Asamblea, creamos el premio 'Méritos SEFH', para valorar el trabajo dentro de la Sociedad y que en su primera edición fue concedido a todos los expresidentes, el 'premio a la Industria', como un guiño por su colaboración con la SEFH, y un 'premio a figuras institucionales relacionadas con la SEFH', que al final no tuvo tanto recorrido y desapareció. Además, continuamos concediendo la 'Medalla Joaquín Bonal'.

Por último, cambiamos la escenografía de la Asamblea. Incluimos la participación de todos los vocales de la Junta de Gobierno, las actas ya no se leían, sino que se enviaban por correo previamente, simplificamos la parte de tesorería, e incluimos otros contenidos de interés. Recuerdo que el primer

año tenía tanto miedo de que no vinieran socios, tras los 42 asistentes del año anterior, que a la entrada dábamos un boleto de un sorteo para un fin de semana, afortunadamente en los años siguientes no hizo falta. Conseguimos superar el estigma de reuniones tediosas y poco interesantes para pasar de 42 asistentes en 2007 a más de 1.000 en 2015.

Sensaciones

Si tengo que resumir los 8 años en dos momentos me quedaría con la lucha por las plazas FIR y la despedida en Valencia. El primer hito porque fue una lucha desigual entre lo que era el Ministerio de Sanidad y una Sociedad Científica por la permanencia de las plazas FIR donde tuve la sensación de ser David contra Goliat. Hubo un titular de un periódico gallego que dijo algo así como 'los 300 contra el Ministerio', fue un episodio muy duro la verdad que afortunadamente tuvo un final feliz. Aún recuerdo la llamada del Ministro diciendo que había sido un error de interpretación, que nunca iban a eliminar las plazas FIR y que iban a hacer una declaración pública apostando por la continuidad de estas. Lo aceptamos como tal y no entramos en más guerras.

El segundo momento fue justo el último, la despedida en el Congreso de Valencia, no solo por el balance de lo que hicimos, sino por la construcción de un mural en el que la gente ponía sus manos como parte de lo que habíamos construido juntos. De hecho, no solo participó gente de la Junta, sino que se unieron otros socios que pudieron poner sus manos junto al arranque de un cuadro, que estaba iniciado, y que aún continúa colgado en la sede de la SEFH. Al final fueron 1.000 asistentes que con su aplauso nos dijeron que no lo habíamos hecho tan mal, fue un aplauso que junto a las manos simbolizó lo que fue un proyecto coral. 99

UNA SEFH UNIDA Y PARTICIPATIVA

Miguel Ángel Calleja Hernández, Presidente de la SEFH durante el periodo 2015 a 2019, fue además Vicepresidente de la Sociedad (2011 a 2015), Director de Formación (2008 a 2012) y Miembro de Grupo de trabajo Redfaster desde su creación hasta 2010.



Como jefe de servicio de Farmacia del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, Calleja destaca que en su etapa se consiguió una SEFH unida y muy participativa, con mucha visión de futuro, y potenciando mucho la figura del farmacéutico clínico y la farmacia personalizada

66 Me gustaría comenzar con un recuerdo de mi etapa, el primero que me viene a la cabeza, uno que recuerdo con muchísimo cariño como fue la despedida de mis compañeros en el auditorio del palacio de congresos de Sevilla. El recuerdo es muy emotivo por el formato, por todo lo que pasó sobre el escenario, el vídeo previo que fue un resumen de todo lo que habíamos hecho en el equipo y, como no, la presencia de mi familia.

Aterrizaje tranquilo y primeros cambios

Llegué a la presidencia tras haber sido vicepresidente, pero aun así había cosas que no conocía en profundidad. Al llegar me encontré con un equipo humano en la sede muy bien organizado, procedimientos muy bien trabajados y un liderazgo muy marcado por M^a José Dalama Tagle, y esto me dio bastante tranquilidad y alegría al mismo tiempo, una visión positiva que me daba fuerzas para arrancar. Tras este punto de partida, en cuanto a las estructuras de dirección incorporamos algunos cambios, con el ánimo de mejorar y ampliar funciones, como en el caso de comunicación.

Además, habíamos tenido anteriormente una dirección de Investigación con Chus Lamas Díaz, cuando yo era vicepresidente, pero le dimos un giro añadiendo la parte de Innovación a esta dirección, incorporando a José Manuel

Martínez Sesmero que creo que fue un acierto. También creamos dos subdirecciones como la de Formación y la de la revista Farmacia Hospitalaria, junto a la potenciación de las áreas de web y redes sociales. Por último, en cuanto a incorporaciones, una Farmacéutica Hospitalaria (FH) nos empezó a dar soporte como Secretaria Científica, aunque fue un cargo que tuvo excesiva rotación.

Además, partiendo de una solvencia económica que me dio mucha tranquilidad, afrontamos los primeros cambios de impacto como el relativo al Congreso nacional y los eventos. Queríamos organizar todas las actividades internamente incluyendo el Congreso, fue un cambio que no dimos en el primer año porque estaba vigente el contrato con una empresa externa, y aumentamos el staff. La imagen corporativa también tuvo un cambio muy potente, liderado por Javier García Pellicer, que se incorporó como Tesorero a la Junta tras ser anteriormente Delegado Autonómico de la SEFH en la Comunidad Valenciana. Este proceso incluyó no solo la parte de logo, sino que llevó aparejada inversión en Comunicación y Redes Sociales.

El cambio de sede fue otro de los hitos importantes, era una necesidad que se había detectado desde hacía tiempo, yo desde que entré como Presidente la quería cambiar y tardé casi dos años, tuvo que ser aprobado por la Asamblea y cumplir un procedimiento preestablecido. Fue una de esas cosas en las que te das cuenta de que, aunque seas el Presidente no puedes hacer las cosas cuando quieres sino cuando se puede.

Evolución de los grupos de trabajo

Siempre dijimos que los grupos de trabajo eran el corazón de la SEFH. Nos planteamos, al llegar con la nueva Junta de la SEFH, que hubiera mucha participación de los socios en calidad y cantidad, es decir que lo hicieran en áreas clave y que además aumentara su implicación en número dentro de áreas como los Grupos de Trabajo (GT). Recuerdo con especial claridad algunos como GEAFEN, que se creó por iniciativa de nuestra Junta Directiva, y el apoyo de Alejandro Santiago con su liderazgo, también me viene a la memoria el grupo FARMIC, que venía precedido de un convenio con la Sociedad de Intensivos. También surgió el GT de Respiratorio, tras un convenio con SEPAR o el de Inmunomediadas que también surgió durante nuestra presidencia, con todo ello conseguimos sumar a más socios en áreas que no estaban desarrolladas.

Recuerdo también, con especial alegría, los planes que se pusieron en marcha, como el plan de humanización, que fue muy potente y se consiguió diseñar e implantar a nivel nacional, también se potenció un proyecto trasversal como MAPEX y, dentro de MAPEX el modelo CMO con Ramón Morillo Verdugo a la cabeza.

Formación y doctorados

Aumentamos el número de alumnos y de profesores de la SEFH, en la última Asamblea recuerdo contabilizar más de 1.500 socios que habían cursado sus estudios como alumnos en diferentes formaciones y más de 500 como ponentes o moderadores, salvando la crítica común de que 'siempre hablaban los mismos'. Esto fue un empeño personal que deseo que haya dejado huella en la Sociedad.

Además, potenciamos las becas para la obtención de certificaciones BPS, incluso en áreas como la salud mental, reiniciamos el de infecciones y continuamos con los de oncología y farmacoterapia, todo ello en nuestra línea estratégica de superespecialización que era muy importante para la Junta. El grado de inversión, fundamentalmente de la Industria, vehiculado hacia áreas que los socios querían fue máximo, 2 o 3 millones de euros todos los años. Además, con el arranque de la formación online pudimos llegar a todos los socios.

En este sentido, querría destacar la puesta en marcha del DPC, fue una herramienta para formación online no solo para los Especialistas, sino que también para los residentes y técnicos. A esto añadimos la agrupación de cursos Expert con todos los máster y la formación de posgrado. Benito García hizo un trabajo muy bueno, ya lo venía haciendo desde que yo estaba de Vicepresidente, y potenciamos su parcela con la contratación de Ana María Cordero Cruz como subdirectora.

En este apartado formativo, para finalizar, me gustaría detallar lo que fue un proyecto que lo siento como muy mío como fue el impulso a los Doctorados. Es un propósito que llegó desde mi propia historia personal, ya que cuando llegué al SFH le propuse a mi jefe hacer la tesis y me dijo que no había tiempo, que había mucho trabajo y que buscara a algún médico que me la dirigiera. Además, en el servicio había tres doctores y me dijeron que sería imposible por lo que me fui a mi universidad, las tardes que tenía libre, para

hacer mi tesis en un tema de investigación básica que había iniciado en la carrera. Una vez terminado el reto decidí empezar a dirigir a gente en sus tesis y trabajos final de carrera y vi que no era tan complicado como me habían dicho a mí.

Tras esta experiencia personal vi que se podía afrontar una tesis desde el trabajo en el SFH. Firmamos un convenio con la Universidad de Granada y además ofrecimos cursos de doctorado en Madrid para toda la SEFH con gran éxito de convocatoria lo que nos llevó a crear una red con unos 90 doctores. Esto supuso pasar de un 8% de doctores entre los socios de la Sociedad a un 15%. Al principio he de reconocer que hubo dificultades de financiación y de motivación de los doctorandos, porque estaban trabajando e investigando a la vez, pero una vez desarrollado el proyecto es una satisfacción ver cómo ha seguido creciendo. Estoy muy satisfecho de los convenios que hemos firmado en este sentido con Universidad de la Laguna, Universidad de Santiago, Universidad de Barcelona y CEU San Pablo, entre otros.

La visión de la FH a ambos lados del atlántico

Siempre pensé que la internacionalización era importante para aprender y dar visibilidad a lo que hacemos. Comenzando por la farmacia en EEUU, la relación con la ASHP (Sociedad Americana de Farmacéuticos del Sistema de Salud) como SEFH no existía, y le propusimos a AMGEN que ese grupo de FH que iba a EEUU durante su congreso anual fuera representando a la SEFH. Nos reunimos Ana Herranz Alonso, Ana Lozano Blázquez y yo con el CEO de la ASHP y a partir de ahí acordamos visitarles durante el Midyear y que viniera a nuestro postMidyear lo que ayudó a que conocieran nuestra realidad. En aquel periodo nos visitaron Paul Abramowitz y Douglas Sheckelhoff en varias ocasiones hasta que finalmente, en nuestras oficinas conseguimos firmar el MOU, que era un acuerdo general de entendimiento. Este documento se materializó más tarde en acuerdos concretos a nivel de formación y ventajas para nuestros socios, además sirvió para que siguiéramos en contacto y continuáramos asistiendo a su congreso anual. En aquellas reuniones pudimos conocer otras realidades nacionales de la FH en países como Japón, Arabia Saudí, y otros países europeos. Fruto de esta relación me han propuesto formar parte del International Accreditation Committee que acredita SF y programas formativos de residentes.

En cuanto a la EAHP (Sociedad Europea de Farmacéuticos de Hospital), ha sido un proceso de mayor calado todavía. Antes de mi época en la Junta había poca relación entre los delegados nacionales de la SEFH en la EAHP y la actividad de nuestra Sociedad por lo que decidí asistir a la Asamblea General como Presidente. Este paso adelante junto a la incorporación de vocales que fueran parte activa de la SEFH como Eburne Fernández de Gamarra o Ana Lozano fue muy importante. Posteriormente hicimos un primer intento de acceso al Board de la EAHP con Ana Lozano que no fructificó, pero dejamos buen sabor de boca, y un año después se hizo realidad. Además, me invitaron a entrar en el Steering Committee e incluyeron a José Manuel Martínez Sesmero como Ambassador redondeando así un desembarco global en Europa.

Relaciones externas

Con otras sociedades científicas, se firmaron en torno a 20 convenios de colaboración, de entre ellos quizá los que más recuerdo fue porque hubo un desarrollo mayor. Con la Sociedad Española de Patología Digestiva el convenio incluyó una serie de talleres, un cuestionario para digestivo y FH, y dos publicaciones, una con los resultados del cuestionario y otra con un documento de consenso, ese fue el modelo a seguir. También tuvimos otro con SEMICYUC que llevó consigo un análisis de seguridad en UCI a nivel nacional, con SEOM se desarrollaron 5 líneas de acción como la de seguridad oncológica que incluyó no solo un documento de recomendaciones sino documentos de anti-bioterapia en paciente oncológico y numerosas actividades conjuntas.

También tuvimos una relación muy fluida con la industria farmacéutica, de mucha colaboración y participación mutua. Apostamos por la transparencia con un método en el que anualmente nos reuníamos con ellos para explicarles nuestras líneas de trabajo para que nos pudieran ofrecer su colaboración en cada una de ellas. El nivel de inversión de la Industria en la SEFH fue creciendo, no solo en las actividades formativas sino también en investigación y otras áreas. Además, coincidió con la publicación del código de buenas prácticas de Farmaindustria, lo que fomentó que el partenariado que teníamos con ellos gozara de buena salud al estar muy procedimentado. Contamos con la asesoría jurídica de Xosé Manuel Rey y la experiencia de M^a José Dalama que nos permitió articular la relación en base a contratos, esto nos permitió tener esa independencia como SEFH y esa transparencia que nos demandaban los socios.

La variable relación con la Administración

La relación con la AEMPS fue siempre muy cordial, como demuestran los proyectos que pusimos en marcha con las dos directoras con las que coincidí, Belén Crespo y Chus Lamas. En este sentido, también trabajamos codo con codo con la Dirección General de Farmacia. Recuerdo que con la llegada de Patricia Lacruz Gimeno nos convocaron junto a otras Sociedades, como la SEOM, para diseñar la estrategia de eficiencia y buen uso de la medicación, y esta comunicación fue incluso más fluida cuando se produjo la llegada de una compañera nuestra como Dolores Fraga Fuentes a la subdirección de Farmacia.

Por el contrario, con la DG de Ordenación Profesional la relación fue muy diferente debido a la compleja situación de la Especialidad, siempre era un paso para adelante y otro para atrás. Mi talante siempre es el de consensuar y dialogar, desde el primer día llamé a SEFAP para reunirnos, conocer su situación e intentar empatizar. El problema fue que la situación con la Especialidad no se resolvía. Es importante resaltar que en ambas Sociedades hay compañeros con opiniones muy distantes, incluso dentro de la misma SEFH. Para intentar desbloquearlo, a nivel interno hicimos una votación sobre la Especialidad y salió bastante igualada, las opciones eran si se querían dos especialidades o una sola y qué denominación era preferible. Celebramos una reunión en Madrid y en la encuesta al final votaron más de 1.000 socios y se vio una clara disparidad de opiniones. La verdad es que me da mucha pena no haber podido avanzar tanto como me hubiera gustado. También tengo que decir que la actitud de Olga Delgado con la nueva Junta era muy decidida y el tema parece que va más lento de lo que debería. En resumen, parece que cuando desde el Ministerio se percibe que una de las dos partes, o el propio Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, no lo ve claro o que hay un clima social tenso lo paran ellos mismos.

Por otra parte, recuerdo, en positivo, que también nos contactaron desde el Ministerio de Sanidad para pedirnos consejo respecto a algunos perfiles que tenían que ir cubriendo a nivel nacional. Fueron varias llamadas y varias propuestas las que fuimos haciendo a lo largo de mi periodo, siendo muchas de ellas bien consideradas, acabando con FH en puestos de responsabilidad en la Administración.

Continuando con otros Ministerios me gustaría destacar la excelente relación que tuvimos con el Ministerio de Educación. Con ellos tramitamos, tras petición de la EAHP, la inclusión de la profesión de FH en el registro europeo de Especialidades, un hito que justo hace poco que se ha conseguido, y

también avanzamos mucho en la regulación de la titulación de técnico de grado superior en Farmacia. Por último, también trabajamos mucho con el Ministerio de Economía y Hacienda en torno a la regulación de medidas de eficiencia en el gasto farmacéutico y la elaboración del informe de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIREF). ”

NUNCA ME SENTÍ SOLA

Olga Delgado Sánchez es la actual presidenta de la SEFH para el periodo 2019 a 2023 y Jefa de servicio de farmacia del Hospital Son Espases de Palma de Mallorca, además de Miembro del grupo de investigación eHealth y Telemedicina multidisciplinar mediante sistemas inteligentes ciberfísicos de IdisBA y Miembro del Consejo Asesor de Sanidad y Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad.



Recibió la Medalla Joaquín Bonal durante el 63 Congreso de la SEFH, celebrado en 2018 y del que fue coordinadora científica, el Premio Sanitarias 2000 y el Premio Admirables 21, y ha participado en el Grupo de Trabajo AFINF de la SEFH.

66 El primer pensamiento que tuve en mi aterrizaje en la SEFH, el primer recuerdo que tengo, es que pensé en Manuela Velázquez que había sido la primera presidenta mujer de la SEFH. Hacía mucho tiempo de aquello y cuando se confirmaron los resultados de las votaciones me acordé de ella y así lo manifesté, no tenía ni idea de que ella estaba en la sala, que lo estaba escuchando, y que nos fundiéramos en un abrazo al bajar del escenario. Fue el primer abrazo que recibí como Presidenta.

A partir de ese momento me sorprendieron dos cosas de nuestra Sociedad al conocerla desde dentro, una cosa positiva y otra con la que no contaba. La primera era la estructura que había como sociedad científica, contabas con muchísimo apoyo a nivel jurídico, de comunicación, de gestión, es una gran estructura empresarial la que tiene la SEFH y que yo no conocía. Existe todo un entramado y un soporte tan personalizado que me resultó muy profesional y que no conocía. He de reconocer que solo había visto a la Sociedad desde el punto de vista profesional pero no empresarial, y descubrí que funcionaba muy bien y nos ayuda constantemente. Nunca me encontré sola, siempre he tenido el apoyo de todos los socios que me eligieron, pero también de toda la estructura que se ponía al servicio de la Junta. Estaba acostumbrada

a trabajar en equipo en el hospital, pero encontrar realmente un equipo multidisciplinar de apoyo, es un regalo con el que no contaba y que ahora percibo como imprescindible. Gracias a todas y todos antes de continuar.

Por otra parte, me encontré con algo que no esperaba, y es la sensación de amenaza con la que se vive desde mi posición, ya que cualquier noticia, nombramiento o comentario de algún profesional podía afectar a nuestra profesión, y me llegaba de una manera muy directa o bien para solicitar una opinión o bien para valorarlo. Esta sensación de que todo era interpretable, todo lo que hasta entonces oía con cierta inocencia o sobre lo que tenía una opinión personal, a partir de ese momento necesitaba una valoración desde el punto de vista profesional, ya no podías ser ajena a todas las noticias que se iban produciendo. En muchos casos tenía que dar respuesta a amenazas que incluso yo no sentía personalmente, pero podrían conllevar un elemento de alerta al que debemos atender.

Investigación y proximidad al paciente

Desde la Junta, hemos entrado en una organización muy bien establecida, no hemos necesitado hacer grandes cambios, solo ser testigo de todo lo que se ha hecho hasta ahora, que es enorme, lo que sí que tenemos es que asumir la responsabilidad de seguir avanzando. Hemos puesto en marcha algunos cambios de orientación. Como sociedad científica queremos orientarnos más a los pacientes, queremos tener una SEFH que no solo sea para los socios su formación y la investigación, sino que este perfil clínico llegue a los pacientes. Tenemos la ambición de que sea una Sociedad abierta y participativa con los pacientes, trabajar con ellos, necesitamos incorporarlo en las estructuras de decisión y crear el Comité de Pacientes de la SEFH. Por otra parte, y desde el punto de vista profesional, queremos hacer más hincapié si cabe en la formación y la especialización clínica del Farmacéutico de Hospital.

A nivel interno, en la parte de estructura, hemos reforzado el área de investigación porque pensamos que no es posible crecer sin ella, siempre hemos tenido claro que queríamos potenciarla. Nos pareció oportuno crear dos direcciones de investigación, una básica y la otra traslacional, como una herramienta positiva para la SEFH y que nos iba a ayudar a difundir toda esta cultura de investigación.

También, de cara a los socios, se han creado grupos de trabajo como el de trasplante de órgano sólido, el de seguridad clínica y el de paciente quirúrgico porque veíamos que eran áreas con mucho interés clínico y desarrollo detrás y todo apoyo institucional era clave.

Formación y nuevas tecnologías

En cuanto a formación hemos tenido la fortuna de contar con el proyecto impulsado por la Directora de Formación, Dolors Soy, que es muy sólido y tiene una clara meta de conseguir la máxima excelencia clínica, empezando desde la parte más básica y subiendo hacia arriba. El potencial es brutal porque ha coincidido con la explosión de la formación online. Antes la mayoría de los alumnos tenían que esperar mucho tiempo para ver a ponentes de la talla de José Luis Poveda o Miguel Ángel Calleja, y ahora muchos los están conociendo desde su época de Residencia. Nuestros residentes ya tienen una familiaridad y una cercanía que antes era inimaginable, ahora mismo los pueden ver en cualquier plataforma, preguntarles y tienen acceso a la información de manera instantánea, homogénea, rápida. Se ha producido un cambio radical en esta nueva forma de impartir la docencia, los módulos de formación básica y avanzada de FH lanzados por la SEFH los están siguiendo tanto Adjuntos como residentes desde un formato homogéneo y bien estructurado. Los alumnos se mueven muy seguros, conocen a ponentes de prestigio, y comienzan su camino hacia la farmacia clínica desde el primer día gracias a las nuevas tecnologías que se han sumado a la fuerza de un proyecto educativo muy potente.

Hablando de formación y de nuevas tecnologías no podía obviar un comentario sobre nuestra máxima cita científica anual, el Congreso nacional. He de decir que apenas he vivido los congresos porque en Barcelona fue formato virtual, muy distinto. Durante la Asamblea tuvimos acercamiento diferente a los socios, el Congreso siempre es un gran momento y en el que nos implicamos mucho, pero a nivel personal apenas lo viví, no dejó de ser una intervención muy cortita. Sí que es verdad que en cuanto a responsabilidad de la organización me impliqué, aunque todo funcionó de manera increíble ya que el equipo de Barcelona era excepcional y tuvimos un buen apoyo tecnológico. En cuanto al 66 Congreso, en Coruña, sí que estaremos de nuevo, pero también con formato virtual, habrá que esperar al siguiente, que será de nuevo en Barcelona, donde volveremos a la presencialidad requerida por una cita tan importante para nosotros.

Los cinco elementos

Muchos son los elementos con los que nos relacionamos a diario: Administración Pública, sociedades científicas, industria farmacéutica, medios de comunicación y el colectivo profesional farmacéutico. Empezando por este último recuerdo que lo primero que me encontré, el mismo día que me incorporé, fue una llamada del Ministerio porque estaban esperando nuestra opinión para la nueva Especialidad, un tema que luego se ha quedado parado.

La relación con los demás profesionales farmacéuticos fue algo con lo que en principio no contábamos como prioritario. Desde el comienzo, tuvimos sobre la agenda a todo el colectivo profesional farmacéutico, en primer lugar, la Farmacia de Atención Primaria en relación con el proyecto de desarrollo de la Especialidad única, que todavía no se ha movido, pero que en ese momento era muy activo. A continuación, debido a la pandemia, toda la relación que hemos tenido con la Farmacia Comunitaria en este contexto. Este es un campo en el que nos hemos encontrado trabajando muy a fondo y no contábamos con ello en un principio.

Además, seguimos trabajando desde el primer día con otras sociedades científicas, se trata de una relación muy asistencial, pienso que es como en el hospital, es muy cercana, muy de tú a tú. Participamos en sus congresos, jornadas y reuniones intercambiando experiencias. También tenemos una importantísima relación con la Administración, sobre todo en el contexto de la pandemia. En este sentido tengo que destacar el hecho de tener a gestores tan cercanos, tanto en el Ministerio como en la AEMPS, se trata de profesionales con quienes tenemos un contacto yo diría casi personal. Tenemos una cercanía y confianza tan estrecha que podemos consultarnos en cualquier momento lo que se ha traducido en que se haya tenido muy en cuenta al FH en todas las iniciativas y procedimientos de nuestro ámbito.

También trabajamos con la industria farmacéutica en muchas iniciativas, nos aportan ideas muy innovadoras, pero también están al servicio de proyectos que queremos llevar a cabo, además de apoyando actividades de manera desinteresada como las que hemos iniciado durante la crisis del COVID-19. La relación es muy buena con ellos, lo único que les pido, a menudo, es que no solo nos escuchen, sino que traigan iniciativas. Quizá nuestros deberes con ellos sean estar por delante de sus proyectos, los laboratorios tienen mucha innovación y debemos reconducirlos a proyectos cuya iniciativa sea de la SEFH.

Por último, no puedo olvidarme de los medios de comunicación, y esto es gracias al trabajo en esta área de comunicación de la SEFH con ellos. Ha sido una sorpresa tener una presencia, de manera muy estable, en prensa e incluso televisión. Esto te hace ser muy visible ya no solo de cara a los pacientes sino a la sociedad. He de decir que a fecha de hoy es normal que me digan, “te vi en la TV” y me sorprendía al principio porque no esperaba que tuviera tanta repercusión y mucha gente te lo dice, mantener esa relación con este quinto elemento es clave.

Proyectos internacionales

En cuanto a las relaciones internacionales tengo que admitir que es una faceta en la que nos hemos encontrado todo muy desarrollado por parte de directivas anteriores. En el marco europeo las relaciones con la EAHP eran ya muy cercanas, con Ana Lozano formando parte del Board, así como la relación muy trabajada con nuestros homólogos en Estados Unidos. En el caso americano, con la ASHP, casi hablaría de amistad cuando describo la relación de Jordi Nicolás con sus directivos debido a su contacto continuo. Desde mi punto de vista, en el tiempo que llevamos, de momento hemos mantenido lo que encontramos hace dos años, ha sido una tarea de continuar cuidando estas relaciones, pero no hemos podido avanzar más por culpa de la pandemia que ha limitado los desplazamientos y absorbido nuestra actividad.

En otro ámbito como pueda ser el de América Latina también pienso que podemos avanzar mucho, como con China que iniciamos un contacto, pero se paralizó. Por el contrario, sí que hemos trabajado con Portugal, a nivel peninsular la relación es estrecha con nuestros vecinos tanto en asesoramiento como en participación en actividades.

Queda pendiente abrirnos a dos sociedades de FH como la canadiense y la australiana además de contactar con países en vías de desarrollo, son dos líneas de trabajo que tenemos pendientes de desarrollar de nuestro plan estratégico pero que hasta el momento no hemos podido explorar por el contexto mundial.

El valor de la empatía

Como resumen emocional de esta primera parte de mi experiencia al frente de la SEFH siempre saco a relucir ese momento en el palacio de con-

gresos de Sevilla en el que tras la proclamación vi que estaba Manuela Velázquez en el auditorio, ella llevaba tiempo jubilada, así que cuando bajé del escenario y me pude abrazar a ella me dijo, “vine por si salías elegida”. Fue increíble y muy emocionante.

Además, el apoyo de los expresidentes es un recuerdo imborrable. He recibido la herencia que me dedicó Calleja, sobre todo en una reunión que tuvimos de varias horas en las que me actualizó todo lo que necesitaba, me transmitió confianza y apoyo, fue algo que no olvidaré. También José Luis Poveda, en su caso de una manera diferente, me ha ido dando consejos clave, quizá yo en esos momentos no los entendía y poco a poco le he dado la razón en todo lo que me fue diciendo, siempre me habló desde su profunda experiencia.

Por último, no puedo olvidar una reunión del patronato de la SEFH cuando Manuel Alós me dijo, “ven un momento”, me echó una mano por encima del hombro y me dijo unas frases que sigo llevando grabadas en mi memoria y mi corazón: “no te lleves nada a casa, vamos a poder con todo”. Esto, aún hoy, me emociona muchísimo, fue en un momento de incertidumbre y notar ese calor y cariño, en ese momento, es algo que siempre le agradeceré. Fue sumamente generoso conmigo y más que un consejo me tendió una mano, un gesto personal más que profesional.

Finalmente, mi alma profesional está con la Junta, con Jordi, José Antonio y Cecilia. Somos uno y no puedo tener mejor compañía, mejor asesoría, mejor visión de la profesión y mejor opinión. Mi agradecimiento siempre. 99

3

Desarrollo clínico

Conoceremos en este capítulo la serie de transformaciones que llevaron la Farmacia Hospitalaria a una Farmacia más clínica, cómo se rompieron las paredes de los Servicios de Farmacia con la apertura a las unidades médicas y quirúrgicas. El relato también incluye, como no podía ser de otra manera, el impacto de la apertura a los pacientes externos de la profesión y una evolución sostenida en el tiempo de reconocimiento y prestigio profesional.

LA BRÚJULA SIGUE MARCÁNDONOS LA MISMA DIRECCIÓN

M^a Antonia Mangués Bafalluy es Directora del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona. En estas páginas nos cuenta su visión acerca de la evolución de la Farmacia Clínica desde un lugar privilegiado en este campo que mantiene viva la huella de Joaquín Bonal.



66 Tuve la fortuna de hacer la Residencia en el servicio de farmacia que dirigía el Dr. Bonal en el Hospital de Sant Pau y también de poder continuar formando parte de su equipo y desarrollar toda mi carrera profesional en un servicio que potenció su orientación clínica desde finales de los años 70 del siglo pasado.

Si hoy retrocedemos 25 años en el tiempo (dos años antes de la jubilación de Joaquín Bonal) diría que el farmacéutico clínico de Sant Pau estaba ya muy integrado en los equipos asistenciales y su actividad estaba centrada en el paciente. Entonces, en los servicios de farmacia hospitalaria (SFH) de nuestro país esta orientación clínica era mucho menos frecuente de lo que lo es en la actualidad. Sin duda podemos afirmar que se ha dado un salto extraordinario en estos últimos 25 años y actualmente la farmacia clínica forma parte de la cartera de servicios de las farmacias hospitalarias a nivel nacional.

La Farmacia de Sant Pau quiso aportar su granito de arena al crecimiento de la farmacia clínica. Joaquín Bonal inició en 1974 el Curso de Farmacia Clínica y se ha seguido realizando anualmente de manera ininterrumpida desde entonces, habiendo ya llegado a la edición número 48. El curso sigue manteniendo el espíritu con el que nació y actualizando anualmente su contenido. Va dirigido principalmente a Residentes en FH y ha sido un observatorio privilegiado desde donde hemos visto el gran progreso que nuestra profesión ha hecho hacia la farmacia clínica en estos últimos 25 años.

Palancas de cambio

La complejidad farmacoterapéutica ha crecido de manera exponencial en este periodo y el FH ha participado activamente, de manera progresiva, en estrategias que garanticen el uso racional, efectivo, eficiente y seguro de los fármacos en los pacientes y en las políticas sanitarias de los centros.

Han sido varios los factores que han acelerado el crecimiento de la farmacia clínica entre los que destacaría especialmente dos de ellos. Por una parte, la incorporación en 1999 del cuarto año en el programa formativo de nuestra Especialidad dedicado a actividades clínicas. Por otra parte, la habilidad de nuestra sociedad científica de canalizar a través de los grupos de trabajo de la SEFH la formación necesaria aplicando un modelo de inteligencia colaborativa y de trabajo en red que ha sido un gran catalizador del crecimiento del FH en su compromiso clínico.

A destacar también la necesidad que se generó tras la publicación del PROSEREME V a finales de 1992. A partir de este momento el FH comienza a implicarse en la gestión de los medicamentos de dispensación hospitalaria y la atención clínica a los pacientes externos, actividad que no ha dejado de crecer hasta llegar a casi 1 millón de pacientes externos según ha recogido recientemente el Libro Blanco de la FH publicado por la SEFH.

Hoy el FH es más clínico que nunca y podemos estar satisfechos de tener los especialistas con mejor formación clínica de nuestra historia. Se ha consolidado como un miembro activo en el equipo multidisciplinar al que también se incorporan nuevos profesionales. Su presencia está consolidada en áreas de pacientes ingresados médicos y quirúrgicos y llegando a áreas de pacientes críticos y también oncohematológicos donde más del 50% de los servicios de farmacia en grandes hospitales tiene a un FH. Además, seguimos formándonos y hay casi 300 FH con la certificación USA Board Pharmacy Specialties.

No querría dejar de mostrar mi reconocimiento a aquellos profesionales pioneros que tuvieron clara la necesidad de acercarnos al paciente y que soñaron en llegar donde ahora estamos. Ellos sentaron las bases de la FH sobre las que luego fue posible incorporar la actividad clínica del farmacéutico. Querría destacar especialmente a Joaquín Bonal en el Hospital de Sant Pau en Barcelona, Joaquín Giráldez en la Clínica Universitaria de Navarra y Víctor Jiménez en el Hospital Dr. Peset de Valencia. La brújula sigue marcándonos la misma dirección, reforzada por nuevos logros que se han ido consiguiendo a lo largo del camino.

Retos de futuro

Destacaría los siguientes: Seguir invirtiendo en nuestra formación clínica aportando conocimiento para mejorar, como ya venimos haciendo, la seguridad y eficiencia de los tratamientos farmacológicos y reducir la carga de una asignatura pendiente: los problemas de salud relacionados con los medicamentos; Incorporar en nuestra práctica clínica la medicina personalizada de precisión para adaptar la farmacoterapia a las características individuales de cada paciente, integrando los datos genómicos al resto de información clínica, y favoreciendo terapéuticas más eficientes y seguras; Consolidar como práctica habitual la medicina centrada en la persona, para proporcionar el mejor cuidado sanitario a cada paciente teniendo en cuenta la variabilidad genómica pero también sus creencias, preferencias y valores; Contribuir al empoderamiento del paciente para conseguir su implicación activa en el seguimiento de su enfermedad con el fin de conseguir mejores resultados en salud; Sacar partido de los avances tecnológicos y dar el salto a la salud digital que nos permitirá acceder a nueva información, gestionar mejor nuestro conocimiento y mejorar nuestra práctica clínica. ”

ENTENDAMOS AL PACIENTE

María Sanjurjo Sáez recibió el premio 'Reconocimiento de Méritos de la SEFH' en 2014, formó parte de los grupos de trabajo Iniciativa 2020 y Tecno de la SEFH, fue Secretaria (1996 a 2006) y Vicepresidenta (2007



a 2014) de la Comisión Nacional de la Especialidad de Farmacia Hospitalaria como vocal representante de la SEFH.

En la actualidad es Jefa del Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid y ha vivido en primera persona los 25 años que han cambiado la profesión desde su participación tanto en la Administración Pública como en la Farmacia Hospitalaria española.

66 En 1995, parece que fue ayer, a punto de llegar al Gregorio Marañón, los servicios de Farmacia (SFH) eran logísticos, con una sobrecarga asistencial tremenda y sin apenas sistemas de información ni tecnología. Estábamos centrados en el medicamento, en su adquisición, elaboración y dispensación. Pero, a pesar de todo, sí que teníamos vocación clínica, teníamos clarísimo que debíamos romper las paredes del SFH, incorporarnos en los equipos asistenciales y trabajar de la mano con clínicos y enfermería, aunque entonces era muy difícil.

Hay que tener en cuenta que éramos menos de la tercera parte de los que somos ahora. No teníamos en general buena formación clínica y todo se hacía a mano, como la transcripción de las órdenes médicas, o hacer llegar a cada paciente la unidosis, esto copaba la mayor parte de nuestro tiempo. Sabíamos que el tiempo de la farmacia clínica iba a llegar y, por eso, ya empezábamos a desarrollar pequeñas acciones en farmacocinética, mezclas intravenosas, nutrición parenteral, sistemas de información de medicamentos o medicina basada en la evidencia.

Motores del cambio

Este caldo de cultivo necesitó de cuatro factores que ayudaran a prender la chispa del cambio.

El primero, en diciembre de 1992, fue la entrada en vigor del PROSEREME V que establecía los medicamentos de uso hospitalario, y con ello se desarrollaron las unidades de dispensación a pacientes externos (UPE). Esta dispensación vino acompañada de información y atención farmacéutica (AF) al paciente con lo que por primera vez realizábamos actividades dirigidas directamente al paciente, nos abrió las puertas al paciente externo, que fue por donde empezamos. No fue fácil, porque lo asumimos sin dotación de personal, pero sabiendo que sería una oportunidad de oro para nuestro desarrollo clínico. Y desde entonces no hemos hecho más que crecer, ya que en la última encuesta del libro blanco de la SEFH se habla de 1 millón de pacientes atendidos en 2018 en las UPE.

7 años más tarde llegaría el 4º año de la Especialidad, aprobado en 1999, que dictaminó la obligatoriedad de que ese 4º año de Residencia incluyera rotaciones en servicios médicos, quirúrgicos, o unidades especiales como urgencias o UCI. Aún hoy recuerdo la experiencia de recibir a esos R4 pioneros tras sus rotaciones clínicas fuera del SFH.

La tercera palanca llegaría tan solo un año después, se trataba de la publicación del informe americano 'Errar es humano' con toda su implicación en la cadena de profesionales sanitarios. Estábamos en 2000 y este informe puso de manifiesto el gran problema que teníamos con los errores médicos en los pacientes atendidos en los hospitales, y de forma muy relevante los debidos a la medicación. Esta publicación sirvió para sensibilizar a todos los niveles de la organización, gestores, CCAA, etc., y subrayó la importancia de poner en marcha acciones que mejoraran la seguridad de nuestros pacientes. Sin duda impulsó la creación de la gestión de riesgos en los hospitales y definió el rol de la Farmacia Hospitalaria (FH) en este sentido.

Por último, fue fundamental el enorme desarrollo de sistemas de información y tecnología durante las últimas dos décadas. Esto permitió avanzar en la calidad y seguridad de nuestros pacientes, pero además nos ayudó a liberar recursos humanos en los SFH que pudimos dedicar al desarrollo de actividades clínicas.

La estela de los grandes líderes

Fueron muchísimos colegas los que tiraron de este carro clínico, no podré citar a todos, pero por nombrar a algunos tendría que hablar de Joaquín Bonal de Falgas, reconocidísimo impulsor de la Farmacia Clínica en España tras conocerla en Estados Unidos, o de Joaquín Giráldez Deiró, quien como presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Farmacia Hospitalaria luchó muchísimo por conseguir el 4º año de la Especialidad que fue definitivo y de esto sí que doy fe porque le acompañé muchos años. A él, y a todos los que en esos años participaron en la Comisión, les debemos mucho.

Además, muchos fueron los líderes de aquella época como Berta Cuña con la que tuve la gran fortuna de formarme, Víctor Jiménez Torres, Alberto Domínguez-Gil Hurlé, Concha Barroso Pérez, Carmen Alberola Gómez-Escobar, Pep Ribas Sala, por citar algunos, que tuvieron muy claro el valor añadido de un FH en su integración en un equipo asistencial, ellos hace más de 30 años empezaron a desarrollar actividades como la farmacocinética clínica, la nutrición parenteral, las unidades centralizadas de mezclas intravenosas,... actividades que han ayudado a las generaciones posteriores a desarrollar la Farmacia Clínica.

Selección, prescripción electrónica y seguridad

En estos 25 años hay tareas que han evolucionado enormemente como la selección de medicamentos. En este punto hemos pasado de incorporar cada nuevo medicamento a la guía del hospital a la actualidad, en la que se define su posicionamiento terapéutico y a la vez se determina su indicación clínica y las condiciones de uso adecuadas. Hoy tenemos una gran formación en evaluación de medicamentos, contamos con el grupo GENESIS de la SEFH al que le debemos mucho todos los FH, ellos fueron los impulsores de la medicina basada en la evidencia y son un clarísimo ejemplo, posiblemente el mejor, de cómo trabajar en equipo y en red. Ahora tenemos que seguir avanzando en conocer el valor terapéutico de los medicamentos en la práctica clínica real, y con ello reevaluar y reposicionar constantemente las diferentes alternativas terapéuticas disponibles, para maximizar los resultados en salud.

Otra de las áreas que ha dado un gran cambio es la de la dosis unitaria que, en la mayoría de los hospitales, se está transformando en lo que yo llamaría unidosis automatizada. Si bien la unidosis era un procedimiento manual,

con la transcripción de la prescripción médica por parte del FH y la preparación del carro de unidosis, se está avanzando hacia un sistema automatizado con robots a partir de la prescripción electrónica, donde la enfermera puede retirar la medicación únicamente si está prescrita por el médico, validado por el FH y solo para un paciente en concreto, todo ello integrado en la historia clínica electrónica. Esto supone un cambio exponencial en cuanto a seguridad y trazabilidad, que, además, permite evaluar resultados en salud y utilizar herramientas de ayuda a la decisión clínica.

Relación con clínicos y pacientes

En cuanto a mejoras colaborativas me gustaría citar el desarrollo de la historia clínica electrónica que años atrás apenas existía y ha ido implantándose poco a poco, siendo hoy en día una realidad en todos los hospitales. Es en esta historia clínica electrónica donde empieza todo, es imprescindible para el desarrollo de nuestra actividad clínica, se trata sin duda del punto de encuentro de todos los profesionales sanitarios que forman parte del equipo asistencial, y entre ellos, uno más, el FH.

Cada día estamos más integrados con la clínica y el FH es cada vez más asistencial, esto es imparable. Casi la mitad de los FH trabajan ya media jornada en unidades clínicas, este dato es magnífico, pero siempre me gusta recordar que queda mucho por hacer, aunque lo más difícil, que era tomar conciencia de la necesidad de arrancar, ya lo hemos conseguido.

Hoy en día la relación con médicos y enfermeras es muy buena, Tenemos una formación y experiencia complementarias, y por ello, nuestra incorporación a los equipos multidisciplinares permite mejorar su eficacia. También quiero destacar que el hecho de trabajar físicamente donde se presta la atención a los pacientes nos permite entender mucho mejor sus necesidades y aportar mayor valor a su asistencia.

Análisis y futuro

Este es un momento dulce, pero hay un tema que nos preocupa a los de mi generación y es que nunca debemos olvidarnos de la actividad gestora y logística de la FH. Si nuestro campamento base, que es el SFH de puertas

para adentro, no funciona como un reloj, difícilmente podremos aportar valor en las unidades clínicas, estaremos constantemente apagando fuegos y perderemos credibilidad. Debemos mantener eso con rigor para continuar.

En estos momentos tenemos una muy buena integración en las áreas históricas, por las que empezamos antes, como oncohematológica, pediatría, infecciosas, UCIs y urgencias, pero ya vamos teniendo presencia en la práctica totalidad de servicios médicos y vamos avanzando en los quirúrgicos. Toca seguir rompiendo barreras del hospital, ahora se habla de farmacias sin fronteras o líquidas, tenemos que llegar a otros niveles asistenciales como atención primaria y sociosanitaria, además del domicilio del paciente, y también queda todavía mucho por hacer en colaboración con la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria.

Todos nosotros debemos tener claro que si queremos ser clínicos tenemos que centrarnos en la persona enferma y su entorno, y garantizarle entre todos la calidad y continuidad de su asistencia sanitaria. El paciente no entiende de niveles asistenciales, hay que tener en cuenta sus miedos, sus necesidades, y ese cambio de cultura requiere coordinación y trabajo en equipo. 99

UN PROYECTO CORAL PARA LOS PACIENTES EXTERNOS

Ramón Morillo Verdugo fue miembro de la Junta de Gobierno de la SEFH como delegado en Andalucía (2011 a 2019), coordinador de los grupos de trabajo VIH (2008 a 2010), GHEVI (2010 a 2012), y ADHEFAR (2016



a 2019), Coordinador de MAPEX (2015-act) y presidente de los congresos nacionales de la SEFH en Sevilla (2019) y Málaga (2013).

En la actualidad compagina su trabajo como Farmacéutico Especialista en la unidad de pacientes externos del servicio de farmacia del Hospital Virgen de Valme de Sevilla con el desarrollo de la iniciativa MAPEX, un salto cualitativo en la atención a pacientes externos alcanzado gracias a la implicación de la profesión.

66 Recuerdo que en 1995 estaba preparando el acceso a la Universidad de Farmacia, años después me incorporé al servicio de farmacia de mi hospital. En lo referente a los pacientes externos me viene a la mente de aquella época mucha ventanilla, mucha espontaneidad, un modelo cercano a lo que se entiende por farmacia del ámbito comunitario. La atención era en espacios abiertos, cualquier paciente podía acercarse sin un horario determinado ni un entorno adecuado para una atención farmacéutica de calidad. No había intimidad, confidencialidad ni personal suficiente para atender a todos estos pacientes, ya que el farmacéutico de hospital (FH) estaba allí de manera circunstancial, en momentos puntuales, no había farmacéuticos especializados en pacientes externos, y muchos hospitales ni tenían este servicio. Afortunadamente todo esto ha cambiado.

La asistencia al paciente externo era a principios del siglo XXI un añadido más, algo alejado del core de la profesión que estaba basado en áreas como la unidosis, Farmacotecnia o el centro de información del medicamento (CIM) que era lo que funcionaba porque todavía internet estaba en sus comienzos.

4º año FIR y novedades terapéuticas

Tanto el Plan de docencia como la creación del 4º año de la Especialidad fueron determinantes para empujar al cambio. Esa generación de farmacéuticos que empezamos a rotar por plantas, en la mayoría de los hospitales en el 4º año, pero en otros incluso antes, ayudó a que otros profesionales sanitarios empezaran a entender nuestra visión de porqué se hacían las cosas, y comenzamos a hablar el mismo idioma que los clínicos. Se derribaron las primeras barreras y cambió la percepción economicista que tenían de nosotros, de especialistas en temas burocráticos y logísticos, esta nueva hornada de FH, cuando vuelve a la farmacia y empieza a tener mayor trato con el paciente, ve que puede aportar un valor diferencial.

En paralelo empieza a aumentar de manera exponencial el número de pacientes atendidos en las unidades de pacientes externos (UPE), en 10 años aumentaría casi un 500% el número de pacientes y lamentablemente no en igual proporción el número de FH que les atendían, este era un problema clave.

Se disparan las consultas

En 2015, cuando se analiza lo que estaba pasando, qué metodología de trabajo se estaba usando en las UPE frente a la metodología que incluían los primeros modelos publicados en el entorno de la SEFH, como el de paciente VIH de Carlos Codina y Olga Delgado, se vio que ese enfoque profesional se había distorsionado hacia una atención centrada en el control económico por el aumento de pacientes que 'se nos iba de presupuesto'.

No había personal suficiente para atender a los pacientes y los pocos FH que se dedicaban a este grupo solo podían actuar durante el principio del tratamiento, no teníamos información sobre medicación concomitante en la farmacoterapia, ni historia clínica informatizada. Estas condiciones daban lugar a una enorme variabilidad asistencial que no solo deterioraba nuestra imagen como gremio, sino que condicionaba la obtención de resultados en salud.

El hecho es que no solo aumentaron los pacientes por factores como la mejora terapéutica y el consecuente aumento de la supervivencia, sino por decisiones políticas que determinaron que algunos casos que hasta entonces no se atendían en hospitales pasaran a nuestros centros. En esta transferencia entraron medicamentos como la hormona del crecimiento, los biológicos, o los anticuerpos monoclonales, además de nuevas patologías.

Nacimiento de MAPEX

Tras todo lo descrito anteriormente nos dimos cuenta de que no podíamos seguir así y entre finales de 2014 y comienzos de 2015 surgió la iniciativa Mapa Estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Externo (MAPEX). Me senté con Miguel Ángel Calleja y Javier Sáez, tras conocer la iniciativa de ambulatory care de la ASHP, y les planteé que aquí en España teníamos que hacer algo en la misma línea, pero adaptado a nuestras circunstancias, en una línea que englobe el tipo de pacientes que vemos en las UPE que no es el mismo de los americanos. Miguel Ángel me respondió con un ‘¿cuándo empezamos?’ y a partir de ahí arrancó el proyecto para el que fue fundamental el apoyo del Presidente entonces y valedor del proyecto, José Luis Poveda.

Desde el principio decidimos que no sería el proyecto de 3 o 4 personas, queríamos crear algo que todo el mundo visibilizara y pudiera aportar para que se difundiera de manera rápida. Planteamos diferentes escalas, un programa de difusión por toda España, comunicaciones periódicas del trabajo y diferentes iniciativas participativas. Y el tiempo nos fue dando la razón ya que en 6 años han participado cerca de 200 FH, contando con 170 hospitales en la encuesta de situación inicial que nos sirvió para definir a nuestros particulares embajadores locales.

La acogida fue magnífica, tras la creación de un grupo inicial de FH referentes con Olga Delgado, Chus Lamas, o José Manuel Ventura, por ejemplo, eran reconocidos e influyentes pero la clave fue la convocatoria de la primera conferencia de consenso en la historia de la SEFH. Acudió un centenar de 100 FH y entre todos decidimos cuales serían los pasos a seguir, qué iniciativas validar y el calendario de acciones.

Lo primero que se hizo fue definir cuál iba a ser la visión, misión y valores junto a los pilares de MAPEX. Teníamos que ser el puente entre pacientes y resultados en salud, y entre el sistema sanitario y su máxima eficiencia. Con esa visión aunábamos la tradición con la innovación. Tras esto, los pilares se orientaron a dar respuesta a los pacientes previendo su futuro, analizando tendencias de cara a los siguientes años. Cuando en 2016 planteamos este modelo de atención farmacéutica (AF), dijimos que un pilar serían las nuevas tecnologías, y ya anticipamos lo que iba a ser la Telefarmacia 5 años antes de que llegara, conseguimos ser anticipatorios y no reactivos.

Me gustaría destacar cuatro hitos que son los que nos han permitido continuar trabajando hasta el día de hoy: Definir el modelo con el que íbamos a trabajar a continuación; En el modelo tradicional del año 2000 se nos decía que teníamos que integrarnos en equipos, pero en 2015 los resultados indicaban que no lo habíamos conseguido, para ello elaboramos un documento en el que explicamos cómo hacerlo; Desarrollamos el marco estratégico de telefarmacia del que saldría el actual posicionamiento de telefarmacia de la SEFH. Mucho antes de que llegara una pandemia como la de COVID 19; y por último lo que denominamos el 'punto de no retorno' que parte de la certificación de calidad en las UPE. Consideramos que quien empieza a trabajar de esta manera ya no tiene vuelta atrás.

La percepción del paciente

Tras estos años de MAPEX ha cambiado de manera exponencial el *feedback* del paciente, cómo se siente cuando viene al SFH y cómo se relaciona con nosotros. Cuando muchos hospitales empezaron a hacer AF en consulta les chocaba porque antes solo venían a recoger una bolsa con medicamentos. El paciente descubre que se les empieza a recibir en consulta, que hay una relación mantenida en el tiempo con sus FH y éstos le aportan valor porque resuelven sus dudas de tratamiento, posibles interacciones, o se comunican con el clínico, todo esto ha cambiado totalmente la experiencia.

Pero esta mejora no solo es una percepción personal, se están realizando las primeras publicaciones que dejan patente el cambio que supone la incorporación de esta forma de trabajar, no solo en cuanto a adherencia sino en resultados en salud. Aquello que decíamos que se estaba deteriorando, las desigualdades en función del hospital que recibía al paciente ahora han desaparecido gracias a la homogenización de la AF.

Mirando al futuro, los tiempos van tan rápidos que no podemos hacer proyecciones a más de 5 años, lo que sí que vemos es que el gran salto va a ser el cambio a la dualidad. La asistencia presencial combinada con la asistencia virtual será el siguiente salto al que tengamos que enfrentarnos, ese componente virtual se incorporará al día a día. Cada una de las fases de atención, virtual y presencial, tendrá su metodología y aporte de valor diferencial, no se deberá replicar online lo que se hace presencial porque las herramientas de trabajo serán diferentes. 99

FORMACIÓN, CONOCIMIENTO Y OPORTUNIDAD

Gerardo Cajaraville Ordoñana fue Coordinador de GEDEFO, miembro de la Junta de Gobierno de la SEFH como delegado de la Zona Norte durante las presidencias de Víctor Jiménez y Manuela Velázquez, formó parte



del Comité de acreditación de cursos de la SEFH, fue revisor de la revista Farmacia Hospitalaria y miembro del comité científico de varios congresos nacionales de la SEFH.

El actual jefe de servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Fundación Oncologikoa de San Sebastián nos contó con cariño durante esta entrevista lo que supuso para él recibir la medalla Joaquín Bonal durante el Congreso de la SEFH de Valladolid en 2014. Citar el nombre de Bonal, este emotivo momento, cobra sin duda una especial relevancia cuando nos habla en primera persona de la evolución de la farmacia clínica y en particular de la oncológica.

66 Si echamos la mirada atrás, en 1995 lo que había en España era un desarrollo conceptual en algunos centros muy concretos. Estábamos muy influidos por Estados Unidos y tanto Joaquín Bonal como Joaquín Giráldez, entre otros, transmitían e intentaban extender esta visión profesional. Yo había sido residente de la Clínica Universitaria de Navarra y Giráldez ya había puesto en marcha en la Facultad de Farmacia asignaturas clínicas de terapéutica porque tenía muy clara su utilidad, y Bonal, por su parte, ya había puesto en marcha el Curso de Farmacia Clínica por el que cada año pasaban residentes de toda España. Eran gente que ya había visto claramente la necesidad de esta orientación clínica, aunque en el día a día la mayoría de los hospitales estaban dando los primeros pasos con muchas dificultades.

En aquella época, surgen los primeros pasos para la creación de GEDEFO que posteriormente tendrá una gran influencia en el desarrollo de la farmacia oncológica. Surge como una iniciativa de AMGEN que contacta con algunos

farmacéuticos de toda España intentando crear un grupo de gente interesada en la oncología y con representación geográfica, allí estaban Berta Cuña, Sebastián Ibáñez, Manu Alós, Esperanza Sevilla, Rosa Farré y otros. Yo mismo entré a formar parte de este grupo como representante de la zona norte. Empezamos a reunirnos y a hablar de forma monográfica de farmacia oncológica por primera vez. Todos éramos miembros de la SEFH, pero llegó un momento en que la industria no podía colaborar en la financiación de un grupo sin entidad jurídica propia. En aquel momento la SEFH no había puesto en marcha los grupos de trabajo y decidimos constituir GEDEFO como una fundación en 2002. Años más tarde esta fundación se disolvió y GEDEFO pasó a ser un grupo más de la SEFH.

Conocimiento y oportunidad

Pero lo que marcó de verdad el inicio del desarrollo clínico oncológico fue el conocimiento. Ya había formaciones en marcha como algún máster de alguna universidad o actividades organizadas por la industria, pero GEDEFO piensa en una formación más potente y apuesta por el curso para la obtención del Board Certificate Oncology Pharmacist (BCOP), una iniciativa que luego ha tenido mucho impacto en otras especialidades. Diseñamos un curso cuyo objetivo era alcanzar la máxima calidad posible en todas sus dimensiones. Elegimos el modelo americano, que nos parecía el mejor. Para conseguir la excelencia elegimos a una Directora del Curso 'excelente', el tiempo lo ha demostrado, Sefa Carreras. Ella ya era BCOP. Contactamos con oncólogos de primera línea para ayudarnos a formar a alumnos seleccionados. Queríamos que la gente que accediera a esas becas estuviera muy motivada y seleccionada de forma objetiva. Las 20 plazas disponibles se otorgaban por la puntuación obtenida en un examen de acceso de inglés y de oncología. También fuimos muy exigentes al seleccionar la secretaria técnica (BN&CO). Pudimos encontrar compañías farmacéuticas que se ilusionaron con un proyecto un poco atípico desde el punto de vista del marketing clásico y hoy en día siguen apoyándolo. Pasamos en varios años de ser expertos aislados a ver como crecían los nuevos BPS, cada año entraban 20 nuevos compañeros, y cómo los oncólogos y hematólogos empezaban a valorarnos.

Era muy gracioso, porque los propios profesores se sorprendían con las preguntas de los Farmacéuticos de Hospital (FH), que muchas veces tenían más sentido que las de sus propios residentes. Esto explica cómo

gente de primera línea como Ana Lluch seguía viniendo cada año a dar sus sesiones, a pesar de desplazarse a Madrid, les gustaba porque veían el impacto. Estos alumnos bien formados se convertirán en una masa crítica para cambiar las cosas.

Recuerdo que cuando arranca GEDEFO había jefes de servicio de Farmacia y también miembros de staff dedicados a la oncología, que son los que al final se integraron y participaron en el grupo. Curiosamente algunos de ellos han alcanzado Jefaturas u otros puestos de responsabilidad. Ana Clopés Estela, Alicia Herreros, Maite Sarobe Carricas o Chus Lamas Díaz son solo algunos ejemplos. Lo bueno es que se ha ido cediendo el testigo, pero quien lo cede sigue integrado en la organización. Prefiero no dar demasiados nombres porque el fenómeno GEDEFO huye del protagonismo, no hay una pelea por ganar posiciones o pensar diferente, es un grupo técnico y colaborativo. Siempre ha sido un grupo sin conflicto, con mucho altruismo, es esa la dirección que nos ha hecho ir sumando y avanzando.

La tormenta perfecta

Tras este primer paso formativo comenzó la integración en los equipos clínicos que nos dio la experiencia. En este segundo paso tuvimos suerte porque coincidió en el tiempo con la aparición de fármacos oncológicos muy caros que sacudieron los presupuestos de los hospitales. Pasamos de manejar el platino, metrotexate o ciclofosfamida que eran baratos a fármacos mucho más caros con lo que los gestores detectan que tenemos a FH muy bien formados y empiezan a ver que es bueno que estemos dedicados full time a la oncología. En esta tormenta perfecta la formación se unió a la oportunidad y al desarrollo normativo.

El Programa Selectivo de Revisión de Medicamentos (PROSEREME) nos abrió el contacto directo al paciente, con lo que se daba un paso más tras la integración en los equipos. El 4º año de FIR también hace que otros profesionales nos vean a diario con lo cual es una inversión a futuro que también se une al acceso a la historia clínica. Este acceso es fantástico, con la historia en papel no podías ir a la consulta y coger el sobre del paciente, en ese momento ya éramos capaces de seleccionar pacientes si queríamos verlos y de tener un impacto clínico. Esta digitalización es esencial, sin este paso no hubiéramos podido desarrollarnos.

GENESIS, TECNO, y los Grupos de Trabajo

Otro vector transformador determinante fue el papel en la selección de medicamentos del grupo GENESIS. Ellos transforman la forma en que se realiza pasando de ser un proceso local a general, era algo que se hacía en cada comisión de farmacia y que poco a poco va creciendo hasta un nivel regional y nacional. Nos convertimos en un colectivo experto en esta área, pero además del conocimiento GENESIS aportó una metodología y un espíritu riguroso que nos acercaron a nuevos entornos. Al principio algunos clínicos lo veían como un enemigo que limitaba el uso de algunos fármacos, pero con el paso del tiempo se ha reconocido el valor de una evaluación de medicamentos rigurosa, estandarizada y llevada a cabo por expertos

Por otra parte, querría destacar el papel de la tecnología en la información de medicamentos. Todavía me acuerdo cuando para conseguir un artículo tenías que hacer no sé cuántas gestiones y con suerte te llegaba en 3 semanas, ahora acceder a estos contenidos te cuesta tan solo 3 segundos. Esta evolución te cambia la estrategia, aunque siempre poniendo al cargo a alguien experto para que pueda evitar el ruido de internet, siempre necesitas un conocimiento sólido.

Gracias al grupo TECNO hemos conseguido que se implante de manera racional la tecnología, porque al principio encontrabas las mismas herramientas, pero con un desarrollo muy diferente de unos hospitales a otros, entonces cuando ibas a ver un sistema de dispensación automática o un carrusel tipo kardex en algunos hospitales te encantaba y en otros veías que no tenía rendimiento. TECNO nos ha venido muy bien porque crearon estándares para ordenar el uso de toda esta tecnología.

Por su parte la SEFH llega un momento en que apuesta totalmente por los Grupos de Trabajo (GT) precisamente cuando se debate sobre la subespecialización. Ahora tenemos GT más transversales como PKGEN, TECNO, GENESIS, Nutrición, etc. y otros destinados a estudiar al paciente o patología concreta como GEDEF0, VIH, AFINF, estos son la consecuencia lógica del interés por la subespecialización. Con todos ellos podemos dar una formación reglada y poner en común a la gente con intereses comunes para que crezcan. Este apoyo y coordinación de la SEFH a los GT fue muy importante e hizo que, durante la presidencia de José Luis Poveda, GEDEF0 se integre en la SEFH una vez ya había habido un desarrollo de la subespecialización.

Nuevos retos

Rotundamente el FH es más clínico hoy que hace 25 años, pero aún es más clínico de lo que percibimos. Anteriormente cuando alguien destacaba era muy patente descubrirlo en congresos o reuniones, pero esto se ha extendido de tal manera que a veces llegas a un hospital o entorno concreto, hablas con un médico y descubres que hay FH haciendo un trabajo excelente y están integrados, pero son 'perfectamente desconocidos' para la sociedad, hay mucha más labor clínica de la que creemos.

Hemos conseguido la aceptación de los clínicos y es algo que me emociona mucho porque a lo largo de mi trayectoria profesional he sido testigo de esta ilusionante evolución del concepto de la FH para muchas especialidades médicas. Antes éramos tan solo un censor, un limitador, aunque pueda quedar algún vestigio en el fondo, ahora nos ven como un facilitador de su trabajo diario y es emocionante que cuenten con nosotros de verdad, es uno de los mayores logros que hemos alcanzado.

Ahora, como conclusión, nos queda cerrar el círculo y llegar a los órganos de gestión y a la sociedad, necesitamos que trascienda nuestro valor y no dependa únicamente de que esté contento un clínico u otro. Antes nos valoraban por la parte económica, después por aportar valor en el equipo, en este momento de la profesión el último paso será cuando los gestores reconozcan, además, nuestro aporte en asistencia, seguridad y organización. 99

DEL MEDICAMENTO AL PACIENTE

Mónica Climente Martí es actualmente Jefa de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia y miembro del comité coordinador del Grupo de trabajo de enfermedades raras y medica-



mentos huérfanos de la SEFH (OrPhar-SEFH). Anteriormente fue presidenta del Comité Científico del 60 Congreso de la SEFH celebrado en Valencia y ha colaborado como revisora en la revista Farmacia Hospitalaria.

Cuando hemos citado a algunos de los pioneros de la Farmacia Clínica en esta publicación se repiten siempre determinados nombres cuando los entrevistados reflexionan sobre aquellos visionarios que comenzaron este cambio, uno de ellos es Víctor Jiménez. Su servicio de farmacia fue uno de aquellos laboratorios de ideas en los que se forjó el perfil del farmacéutico clínico, era la década de los 90 en la que Climente iniciaba su carrera profesional, precisamente allí.

66 Volviendo la vista atrás hasta el año 95 recuerdo que justo entonces acababa de terminar mi periodo de Residencia en el servicio de farmacia del Hospital Universitario Dr. Peset y tuve la suerte de poder continuar vinculada al mismo a través de una beca de investigación para desarrollar mi tesis doctoral y un contrato a tiempo parcial como farmacéutica adjunta. Coincidió aquella época con un momento en el que en la profesión empezábamos a tomar conciencia muy clara de que había llegado el momento de reorientar la Farmacia Hospitalaria (FH) desde actividades más relacionadas con el medicamento a actividades relacionadas con el paciente. Era algo palpable en el día a día, y en nuestro caso reflexionamos mucho sobre cómo asumir esos cambios que se estaban produciendo ya. Veníamos de dos décadas con una evolución tremenda de lo que llamamos farmacia clínica como era la evaluación de medicamentos, la validación farmacéutica en la dispensación de medicamentos en dosis unitarias, la elaboración de antineoplásicos y nutriciones parenterales, o la farmacocinética, áreas que una serie de profesionales de gran nivel habían llegado a consolidar con verdadera excelencia.

Y había llegado el momento de integrar todas esas nuevas competencias y habilidades que habíamos adquirido los FH al entorno del paciente. Para ello, la mayoría de los servicios de farmacia (SFH) reorganizamos los organigramas intentando asignar farmacéuticos a los servicios clínicos, aunque fuera a tiempo parcial porque éramos muy pocos, al mismo tiempo que manteníamos las actividades clásicas centralizadas en los SFH. Además, comenzamos a incorporar la tecnología y la informatización en nuestra práctica y con ello pudimos empezar a delegar funciones más técnicas a personal del SFH como enfermería o auxiliares para poder desarrollar nuestra visión más clínica.

Metodología, normativa y líderes

Reflexionando sobre este cambio, pienso que el hito que prendió la mecha fue el famoso artículo de Hepler y Strand en 1990 titulado 'Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care'. La FH española siempre ha bebido mucho de las fuentes americanas y este artículo nos hizo ver la necesidad de avanzar un paso más hacia la reorientación al paciente, y sobre todo asumir la corresponsabilidad de los resultados del uso de los medicamentos en los pacientes. Para mí fue esta publicación la que nos hizo empezar a debatir sobre los cambios culturales, organizativos y funcionales que íbamos a tener que abordar, y acerca de la necesidad de definir una nueva metodología de trabajo que permitiera hacer visible nuestra participación en la atención al paciente y su impacto en los resultados en salud.

Todo esto culminó con la ampliación al cuarto año de Residencia, justo 9 años después, que materializó toda esta evolución de la profesión en un Programa de la Especialidad que consiguió reflejar esa nueva realidad que observamos ya con la primera promoción en el curso 2003-2004. Este fue un punto de inflexión para la integración de los FH en los servicios clínicos, que nos permitió definir nuestras actividades como parte del equipo clínico interdisciplinar.

A partir de entonces, los farmacéuticos de los SFH teníamos la gran responsabilidad de formar a los futuros residentes en un modelo asistencial orientado al paciente y con proyección clínica, con unas competencias bien definidas y asumiendo unas responsabilidades concretas dentro del equipo y con el paciente. La realidad del día a día de esos residentes les permitiría de-

tectar las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes in situ, y ofrecer información sobre medicamentos a profesionales médicos o de enfermería en los propios equipos clínicos. Teníamos que aprender una nueva forma de comunicar, de documentar nuestras intervenciones y de constatar qué era lo que aportaba el FH diferente del resto de profesionales sanitarios al paciente.

Este nuevo modelo de Atención Farmacéutica fue implantándose a diferentes velocidades, en función de cada Hospital. La parte normativa y metodológica que diera soporte a este modelo era necesaria, pero tuvo mucho más peso la formación en el desarrollo del perfil clínico del FH. En este sentido, el trabajo desde la SEFH fue importantísimo para mantenernos actualizados en farmacoterapia y poder hacer frente a lo que demandaban de nosotros tanto pacientes como médicos o enfermería.

Víctor Jiménez: Farmacéutico, investigador y profesor

Junto a Bonal y Giráldez, Víctor Jiménez fue una de las personas clave en esa convulsión que vivió la FH a mediados de los 90. A pesar del cambio conceptual y el desarrollo normativo, sin ellos, que con su liderazgo nos transmitieron esa necesidad del cambio y esa ilusión de que era un paso necesario para seguir generando valor en el entorno sanitario al que nos dirigíamos, no hubiera sido posible.

Víctor Jiménez fue mi jefe durante toda mi vida profesional hasta su jubilación en 2012. Pero, más que un jefe, fue realmente mi mentor, un maestro al que ya conocí en la Universidad y formé parte de su equipo hasta 2012. Pude compartir con él una larga trayectoria profesional, siempre intensa, pues era un hombre apasionado de la Farmacia, lleno de proyectos y de ilusión.

Su visión de la FH siempre fue orientada al paciente, desde el principio nos inculcó que cada una de las acciones y tareas que realizaba el SFH iban dirigidas a un paciente y tenían en el fondo la razón de ser de los pacientes. Víctor era un farmacéutico vocacional que, además, combinaba la parte asistencial con su faceta docente, ya que llegó a ser catedrático en la facultad de farmacia de la Universidad de Valencia, así como investigador. Víctor Jiménez supo, como pocos profesionales, crear escuela, transmitiendo a muchas generaciones de FH su pasión por la profesión y el rigor científico que debe guiar nuestras actuaciones, pero siempre sin perder el foco en el paciente y

sus necesidades relacionadas con el medicamento. Supo también motivarnos a continuar avanzando, a ser valientes en la defensa de nuestro papel, a asumir la responsabilidad de nuestras decisiones con los pacientes y a que fuéramos no solo visibles sino respetados en los equipos clínicos asistenciales.

Próximos pasos

Cuando pienso en la evolución del desarrollo clínico del FH, se detecta que hemos priorizado ante todo el garantizar la seguridad del uso del medicamento. De ahí que nos hayamos focalizado principalmente en áreas terapéuticas y grupos de pacientes, como los oncológicos, pacientes críticos o pediátricos, en los que la mayor complejidad del proceso farmacoterapéutico y el riesgo clínico han hecho que nuestra participación haya supuesto un beneficio significativo, en términos de prevenir errores de medicación y mejorar la calidad de la farmacoterapia. Poco a poco, sin embargo, la complejidad farmacoterapéutica ha ido extendiéndose a otras áreas terapéuticas, con la incorporación de las terapias biológicas o las terapias avanzadas a numerosas patologías, lo que nos exige a los FH cada vez una mayor subespecialización. Es por eso que veo un futuro con farmacéuticos expertos en enfermedades raras, en enfermedades inmunomediadas, en oncología o en patologías infecciosas, entre otras, participando en comités interdisciplinarios y en la toma de decisiones clínicas en los pacientes basadas en una valoración integral y multidisciplinaria. Veo también una actividad clínica mucho más cercana a los pacientes, participando en su seguimiento, fomentando la adherencia terapéutica y la educación en salud y, por supuesto, colaborando activamente en la evaluación de resultados y, muy especialmente, en la medición de resultados percibidos por los pacientes o Patient Reported Outcomes.

En este sentido, quisiera terminar con una reflexión, poniendo como ejemplo la propia evolución del grupo OrPhar-SEFH en el que estoy involucrada. Si bien en sus inicios su actividad empezó con una orientación hacia el medicamento, dados los específicos procedimientos regulatorios de los medicamentos huérfanos y la complejidad de los mecanismos de acceso a los mismos, en la actualidad estamos también más reorientados hacia el paciente y sus necesidades. La mayoría de estas enfermedades raras tienen un impacto importante no solo en el paciente, su entorno y el sistema sanitario, sino que también representan una carga significativa a nivel social. Los FH tenemos que dirigir nuestros esfuerzos a ofrecer a los pacientes alternativas terapéuti-

cas con un beneficio clínico contrastado, en resultados que verdaderamente importan a los pacientes, y facilitar el acceso a estos medicamentos de forma sostenible para el sistema, promover el correcto cumplimiento terapéutico y participar en la individualización y la personalización de los tratamientos de acuerdo con las necesidades de los pacientes. ”

4

Desarrollo internacional

Los espejos en que mirarse en el exterior fueron principalmente Estados Unidos y Europa, dependiendo de las épocas la tendencia fue tender puentes hacia un lado u otro del Atlántico. También ha habido tiempo en este cuarto de siglo para mirar a Latinoamérica y Portugal. Siempre con el objetivo de compartir experiencias y aprender, los protagonistas de este capítulo nos cuentan sus experiencias personales e institucionales en las relaciones internacionales.

ESPAÑA, REFERENCIA EUROPEA EN FARMACIA HOSPITALARIA

M^a José Tamés Alonso fue Delegada de la SEFH en la EAHP (1999 a 2019), miembro del Board de la EAHP (1999 a 2002), Delegada de la ESOP (European Society of Oncology Pharmacy) desde su fundación en



el año 2000 y Delegada de ISOPP (International Society of Oncology Pharmacy Practicioners), siendo además miembro de su Junta de gobierno (1999 a 2002). Ha formado parte de los Grupos de Farmacia Oncológica (GEDEFO) y de Errores de Medicación de la SEFH y en la actualidad desarrolla su ámbito profesional como Jefe clínico de farmacia en el hospital Fundación Onkologikoa de San Sebastián.

La visión de M^a José Tamés tras más de 20 años en la estructura de la EAHP (Asociación Europea de Farmacéuticos de Hospital) nos detalla cómo fueron los años clave de una organización que ha crecido de manera exponencial en número de integrantes, capacidad de influencia frente a los decisores europeos y nivel científico.

66 Si comenzamos desde el principio, el germen de la EAHP fue un congreso nacional francés de Farmacia Hospitalaria (FH) en 1969 en el que se consiguió financiación para invitar a otros presidentes europeos de la profesión y se vio la oportunidad de establecer relaciones entre países y solidificar este networking. En ese momento Holanda era el país referente, era hacia donde todos miraban por el desarrollo de la profesión y ellos mismos se ofrecieron para ayudar al resto de compañeros a enfocar la profesión. Unos años más tarde el 6 de marzo de 1972, había nacido la EAHP con el impulso de seis países, a los que se uniría España un año después. El principal problema para el sentimiento de pertenencia de los socios fue la forma jurídica de la EAHP, que se constituyó como federación de sociedades de FH y por lo tanto el protagonismo era de las respectivas juntas de gobierno nacionales que contribuían económicamente en función del número de socios locales, por lo tanto, no había una identificación de los farmacéuticos a nivel individual con el nuevo organismo.

Si bien en este libro analizamos el periodo 1995-2020 he de decir que mi conocimiento más profundo arranca en 1999 cuando me incorporo como Delegada de la SEFH y descubro una Sociedad increíblemente burocratizada, dedicada a organizar unas asambleas interminables con muchos invitados, pero dedicando poco tiempo a la profesión y a los problemas que realmente nos importaban, era muy poco operativa.

La revolución de J. Surugue

Para mí el gran cambio llegó cuando asumió la presidencia Jacqueline Surugue, elegida en 2002 y reelegida en 2005 hasta 2009, ella ya había participado en la Junta anterior como Secretaria y ya llevaba implicada en la Sociedad muchísimo tiempo. Cogió los mandos tras una Asamblea caótica celebrada en Eslovenia en la que nadie quería asumir la Presidencia y finalmente dio un paso adelante. A partir de entonces hubo un antes y un después en la Sociedad con un aire totalmente renovado que incluyó la presidencia más larga en la historia de la EAHP.

Surugue era una profesional muy trabajadora y con una visión extraordinaria que decidió darle un vuelco a toda la estructura de la EAHP. Una de sus primeras decisiones fue profesionalizar la organización, sustituir al secretario profesional que estaba en Inglaterra a media jornada y llevarse la parte administrativa a Bruselas, estableciendo allí la sede oficial, para tener cerca a los órganos decisores de la Unión Europea. Asimismo, se contrató a una directora ejecutiva para ir adaptándose a las nuevas necesidades científicas y estratégicas que demandaban los asociados. A nivel global Europa iba evolucionando y desde España se vio que la pertenencia a estos foros tenía su importancia por el desarrollo normativo que íbamos a tener que asumir, por eso comenzamos a ver de otra manera a esa EAHP situada en el corazón de Europa.

Visión desde España

Recuerdo que al principio compartí la delegación española con Eduardo Echarri hasta que fue elegido Presidente de la SEFH. Posteriormente me mantuve años como única delegada, otros estuve acompañada por Pilar Gomis y finalmente se reincorporó otra vez Eduardo Echarri. Durante todos estos años he vivido épocas en las que la EAHP y esta relación internacional

no eran una prioridad para la SEFH. Nuestra participación era bastante discreta, limitándonos, con alguna excepción como algunas encuestas a nivel europeo.

Sí que tuve mucho apoyo por parte de M^a José Dalama, Gerente de la SEFH, ya que ella tenía muy clara la importancia de la internacionalización y todo lo que podía suponer para nosotros. El principal problema era que, en la EAHP, como reflejo de la situación geopolítica, había un dominio de los países centroeuropeos cuya filosofía era muy tradicional, de detrás del mostrador. La Sociedad tenía como prioridad las funciones tradicionales de la farmacia como la formulación magistral, mientras que veían a distancia la incipiente farmacia clínica, que era abordado más directamente por la ESCP (Sociedad Europea de Farmacia Clínica) en cuya fundación participó un pionero como Joaquín Bonal. Precisamente en España, gracias a Bonal, Joaquín Giráldez o Joaquín Ronda, habíamos mirado más hacia Estados Unidos que hacia Europa, y nos sentíamos desplazados. Teníamos, además, limitaciones como el idioma que fue un factor clave para que España no tuviera mayor protagonismo antes.

Nos perjudicaron en aquella época una serie de estereotipos, nuestra visibilidad en foros internacionales era mínima y no podíamos hacer llegar nuestros logros. A pesar de que siempre pensé que estábamos en la parte de arriba de la profesión, siempre te miraban como diciendo: “¿unidosis para qué?”. Ellos apostaban por otros desarrollos de la FH.

El efecto Barcelona

Y llegamos a 2014, la celebración del Congreso de la EAHP en Barcelona. Aquel año las nuevas generaciones de FH ya habían superado la barrera del idioma y a esto se sumó que era el primer Congreso organizado por la EAHP íntegramente, dejando al margen a una empresa externa que había dejado numerosas pérdidas económicas. Esa edición de la cita anual de la EAHP contaba además con Jennie De Greef como nueva Directora General de la organización llegada desde Estados Unidos con nuevas ideas y este evento suponía su primer test serio. Afortunadamente recurrió a nosotros en todos los ámbitos, tanto organizativo, con la búsqueda de espacios, como científico, con la incorporación de dos miembros al comité científico que fueron Teresa Bermejo y Carlos Codina apoyando desde el Grupo Tecno de la SEFH la temática de ‘Innovación’ que vehiculizaba el Congreso y a la que España podía, por su nivel, contribuir de manera muy importante.

Esta apertura científica de Barcelona abrió una ventana profesional y científica para la filosofía española de la FH. La propia Teresa Bermejo se quedó algunas ediciones más en el Comité Científico y después le sustituyó Ana Valladolid que a día de hoy continúa por octavo año consecutivo en dicho órgano científico.

El nivel científico de la FH española lleva muchos años estando en posiciones pioneras o destacadas en Europa, a esto ha contribuido en gran medida la ruptura de la barrera del idioma, y el hecho de que la EAHP haya asumido el perfil clínico sobre todo a partir de la presidencia de Roberto Frontini y su apuesta por 'hacer al paciente el centro de nuestra actividad'. Aunque es verdad que siempre somos los que más posters presentamos, nuestra representatividad a nivel de sesiones sigue estando un nivel por debajo de otras nacionalidades. Por otra parte, desde Europa, se nos mira como país clave en el desarrollo normativo de la FH, por ejemplo, en el tema de la Especialidad que es una preocupación y un objetivo prioritario para ellos en este momento. Son conscientes de nuestra trayectoria y saben que tenemos mucho que aportar y nos consideran referentes.

También es importante señalar que la EAHP tenía un Congreso desconocido y con poco nivel científico, y en su evolución España ha estado muy presente. Hace años sólo mirábamos a la ESCP, pero poco a poco el peso en Europa de estas Sociedades ha cambiado, la EAHP ha ido subiendo exponencialmente frente a la Sociedad de Farmacia Clínica. De hecho, hay conversaciones para que la ESCP entre como subgrupo y se fusionen y podrían estar bajo el mismo paraguas organizativo. Además, la EAHP también se está acercando dentro de la farmacia oncológica, a la ESOP. Este acercamiento ya se intentó en mi época de miembro del Board pero en aquel momento no prosperó. Ahora parece que las cosas están cambiando y la relación entre ambas sociedades es mucho más fluida.

Conquistas y retos

Si tengo que hacer un balance, me quedaría como grandes logros con las dos celebraciones de los Congresos en Barcelona (2014 y 2019) que demostraron que España tiene nivel y potencial, lo que nos ha servido para introducirnos un poco más dentro de las estructuras de la EAHP por méritos propios. Este paso adelante ha venido apoyado por la declaración institucional

por parte de las últimas Juntas de la SEFH de que la internacionalización es importante habiéndose asumido dentro de los planes estratégicos. El haberlo puesto como objetivo de manera expresa está dando ya sus frutos.

Sin lugar a ninguna duda la FH española en este momento pisa fuerte y se siente con fuerza en Europa. Somos protagonistas a todos los niveles, antes estábamos más diluidos, pero hoy en día son muchos los inputs, muchos los foros en los que se escucha: “España es un país importante a nivel de FH, al que hay que tener en cuenta, del que se puede aprender y que puede aportar mucho”. Para finalizar, me gustaría dejar un anhelo aprovechando esta publicación, mi deseo de que en un futuro la presidencia de la EAHP la asuma un FH español, ahora más que nunca no lo veo descabellado. 99

LO IMPORTANTE NO ES DÓNDE ESTAMOS SINO SABER EN QUÉ DIRECCIÓN NOS MOVEMOS

Alberto Herreros de Tejada López de Coterilla fue miembro de la Junta Directiva de la Asociación Española de Farmacéuticos de Hospitales (AEFH) de 1975 a 1981 como vocal de Zona 5ª.



La AEFH pasó a denominarse Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) en el Congreso nacional celebrado en 1988 en Córdoba. Participó en grupos de formación de residentes dentro de la AEFH y grupos de trabajo del Ministerio de Sanidad con farmacéuticos de Atención Primaria.

66 En 1995, las relaciones eran mínimas o incluso inexistentes con la EAHP, ASHP y Sudamérica –así comienza su relato Alberto Herreros quien defiende el valor del camino emprendido por unos pioneros en los años 80 que hoy sigue rompiendo barreras y avanzando–. “El cambio siempre se debe a las personas, yo me jubilé en 2012 y estoy convencido de que el camino hacia la internacionalización ha sido marcado por los sucesivos presidentes de la SEFH hasta llegar al momento actual de eclosión”.

Poniendo el foco en Estados Unidos, Europa y Latinoamérica el panorama era muy diferente al actual y se basaba en relaciones más personales que institucionales. En cuanto a la ASHP (Asociación Americana de Farmacéuticos del Sistema de Salud), se conocía en España su existencia y sus actividades a través de la revista que editaban, pero poco más, tan solo podría haber alguna asistencia esporádica a alguno de sus congresos por parte de personas que tuvieran algún interés en concreto.

Respecto a la EAHP (Asociación Europea de Farmacéuticos de Hospital), en aquella época tampoco había ninguna relación ya que era una organización incipiente que no organizó su congreso hasta 1996, siendo la V edición celebrada en Madrid en marzo de 2000. Por último, la relación de la SEFH con Sudamérica también era inexistente como sociedad científica.

Los pioneros

Joaquín Ronda Beltrán, a mediados de los años 60 jefe de servicio de farmacia en el hospital clínico de Valencia, tuvo una especial sensibilidad hacia las relaciones internacionales, promovió de forma decidida las relaciones con Iberoamérica, y fue uno de los promotores en 1981 de la creación de la OFIL (Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos), incluso fue Presidente entre los años 1984 y 1986. Tras su etapa en Valencia fue a Alicante donde recibió numerosos becarios farmacéuticos desde Iberoamérica y organizó cinco cursos de administración de medicamentos, siempre contando con ponentes del continente americano. También tuvo una importante relación con EEUU ya que apostó por destacados Farmacéuticos Hospitalarios de Norteamérica como Joseph Oddis (que fue presidente de la ASHP) o Michael Cohen, lo que le sirvió para tejer relaciones importantes que concluyeron con la concesión a Ronda de la medalla Donald E. Franck, que es la máxima condecoración que otorga la ASHP, en reconocimiento por su labor profesional.

Junto a Ronda, tenemos que destacar a Joaquín Bonal que fue el otro gran pionero de las relaciones internacionales. Partiendo del impulso del concepto de farmacia clínica consiguió presentar a la profesión en Europa mediante la participación y asistencia a los Simposios Europeos de Farmacia Clínica durante los años 80 y 90, fue un impulsor de estas reuniones que tuvieron carácter anual y sede itinerante por Europa. Conforme iban pasando los años cada vez había mayor participación española en estas reuniones científicas que más adelante dieron lugar a la Sociedad Europea de Farmacia Clínica (ESCP) de la cual Bonal fue Presidente, abriendo así una comunicación directa con Europa. Es importante destacar que en la ESCP no solo participaban Farmacéuticos Hospitalarios sino también docentes universitarios y farmacéuticos comunitarios, lo que respondía a la filosofía de la Farmacia Clínica y ampliaba a su vez el foro de discusión y de participantes.

En otra época diferente a la de Joaquín Bonal y Joaquín Ronda, podríamos destacar en el ámbito iberoamericano a Mariano Madurga quien en la actualidad forma parte del comité asesor científico de la revista ILAPHAR y ha trabajado en la AEMPS durante varios años. Además, fue jefe del Servicio español de Farmacovigilancia y ha ido tejiendo en el tiempo muchas relaciones con toda Iberoamérica, no solo a nivel de farmacéuticos de hospital sino con representantes de los diferentes sistemas nacionales de salud de países iberoamericanos y fue presidente de la OFIL en el periodo 2010-2012.

Iberoamérica, SEFH y OFIL

Ya hemos resaltado que en 1995 no existía una percepción clara sobre lo que era la SEFH, no así del conocimiento de la Farmacia de Hospital en España gracias a la vinculación tanto de personas como de servicios de farmacia concretos a ambos lados del Atlántico. Hubo un intercambio de experiencias tanto con viajes de españoles allí como recibiendo visitas de compañeros iberoamericanos, destacando en este sentido el papel de la OFIL, con un espectro mayor de participantes desde su fundación en 1981 en Nueva Orleans (EEUU), de la mano de un profesor universitario colombiano, Juan Robayo cuya visión global incluyó, junto a Farmacéuticos de Hospital, a Farmacéuticos Comunitarios, Farmacéuticos de la Administración Pública incluyendo a las agencias reguladoras, y docentes universitarios.

La SEFH, tras esas primeras experiencias en los años finales del siglo XX, ha seguido dando pasos en la dirección correcta respecto a Latinoamérica, sigue acercándose a Sociedades afines, estableciendo relaciones y contactos con la idea de compartir conocimientos y experiencias con nuestros colegas de Argentina, Chile, Uruguay, Brasil y Colombia, en el cono Sur, y de Panamá y Costa Rica, en Centroamérica. En este sentido, apostaría, además, por una opción para seguir abonando este terreno de colaboración como fomentar la participación de las juntas directivas de estos países en los Congresos de la SEFH.

A la hora de hacer balance y quedarme con dos logros fundamentales a nivel de relaciones internacionales sin duda me quedaría con que en la actualidad la SEFH está presente en el Board de la EAHP y su interrelación continuada con la ASHP. En este sentido me gustaría parafrasear a Goethe diciendo que 'lo importante no es dónde estamos sino saber en qué dirección nos movemos' ya que la internacionalización es una buena idea, es una buena dirección, que nos va a aportar: primero una visión más amplia de nuestro día a día como institución; y sobre todo la oportunidad de tener presencia en otros foros para compartir conocimientos e intercambiar experiencias. 99

DE PEDIR PERMISO A PEDIR CONSEJO

Ana Lozano Blázquez fue vicepresidente de la SEFH durante el periodo 2015-2019, delegada de la SEFH en Asturias (2010 a 2015) y miembro de diferentes Grupos de trabajo de la SEFH como GENESIS, Tutores



y Farmacotecnia. Actualmente es Jefa de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Central de Asturias y miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Farmacia Hospitalaria en representación de la SEFH.

En su relato personal, nos cuenta cómo ha vivido en primera persona el gran cambio internacional de la SEFH, primero llamando de manera discreta a las puertas de las grandes sociedades de farmacia hospitalaria internacionales y ahora mirándolas de tú a tú en 2020.

66 Para empezar a explicar cómo ha cambiado todo tan solo me gustaría contar una vivencia personal, algo que es tan solo una anécdota pero que creo que ilustra cómo ha cambiado todo en este cuarto de Siglo. Acabé la Residencia a finales de 1996 y cuando decidí buscar trabajo me explicaron que tenía la opción de enviar una solicitud por correo postal a la SEFH explicando que estaba interesada en las ofertas de empleo de la bolsa de trabajo, y así era. Cada semana comprobaba el buzón de mi casa viendo lo que me podía haber llegado desde la Sociedad y si podía incorporarme al mundo laboral. Con esto quiero ejemplificar que han sido 25 años frenéticos de avance en todos los sentidos, tecnológico, internacionalización, relaciones profesionales y un sueño hecho realidad.

En este sentido, fue muy importante para mí conocer a Miguel Ángel Calleja, quien 5 años después sería Presidente de la SEFH, en una sesión postMidyear que se hizo en Madrid con lo más destacable del Congreso de la ASHP (Sociedad Americana de Farmacéuticos del Sistema de Salud). Allí vi, por primera vez, lo que podían ofrecernos en cuanto a innovación, enfoque de la profesión y nuevos horizontes desde la Farmacia Hospitalaria de Estados Unidos, recuerdo que me pareció tan increíble que al volver a mi hospital les hice un resumen de todo a mis compañeros.

Aún hoy recuerdo que alguien me dijo una vez: “todos deberíamos ir una vez en la vida al congreso americano”. Fue algo que se me grabó en la cabeza y desde ese momento decidí que sería una de mis metas. Me decía a mí misma que era algo muy difícil, así que decidí ir por mi cuenta, programarme unas vacaciones a EEUU y aprovechar para ir al congreso de la ASHP, pero además quería ir cuando se celebrara en la sede de Nueva Orleans, no me imaginaba que esa primera vez, y las siguientes, iría representando a la SEFH.

Un paso adelante en USA

Pienso que, en el año 1995, que es cuando arranca este periodo que analizamos, no existía desde las Juntas directivas de la SEFH un especial interés por establecer una relación institucional formal con otras Sociedades de Farmacia Hospitalaria a nivel internacional, ya que centraban sus esfuerzos en la labor nacional, donde se llegó a alcanzar una gran desarrollo y metas. Sin embargo, cuando llegamos con la nueva Junta presidida por Miguel Ángel Calleja decidimos avanzar en este terreno y lo incorporamos a nuestro Plan Estratégico.

Recuerdo que los comienzos no fueron fáciles ya que los colegas americanos se relacionaban principalmente con Farmacéuticos Hospitalarios de algunos hospitales concretos. De hecho, el primer contacto que tuvimos con ellos recuerdo que fue vehiculizado por Ana Herranz del Hospital Gregorio Marañón, y allí nos presentamos, a pedir una cita con el CEO de la ASHP durante su Congreso en Nueva Orleans.

Tras esa primera experiencia en la que ‘nos tiramos a la piscina’ pudimos seguir desarrollando una línea estratégica prioritaria como la de la internacionalización de la SEFH. Empezamos por la ASHP porque nos sentíamos más cercanos a ellos frente a su homóloga europea, la EAHP (Asociación Europea de Farmacéuticos de Hospital), con la que habíamos tenido menos contacto y con la que empezaríamos a trabajar a través de los delegados más tarde.

A nivel personal, al margen de mi excelente relación con Paul Abramowitz y Douglas Scheckelhoff, no puedo dejar de destacar a una figura como la de Christene M. Jolowsky, a la que conocí justo cuando ella dejaba la presidencia de la ASHP pero con quien sigo manteniendo contacto. Recuerdo que pedimos un ponente para el Congreso de Gijón siendo ella la que representó en este Congreso a la ASHP y además se ofreció para ayudarnos con todos

los aspectos relacionados con los técnicos de farmacia, ella compaginaba su trabajo en el hospital con la docencia en la Universidad de Minnesota y nos ayudó mucho con su experiencia. A partir de ahí también me invitó a un Congreso que organizaba y continuamos trabajando en varios proyectos hasta que volvió a nuestro Congreso en Mallorca, en el que de nuevo nos dejó impresionados con la naturalidad de sus respuestas a todas nuestras cuestiones y la claridad de su enfoque acerca de la formación de la figura de los técnicos en farmacia.

La aventura europea

Si nos fijamos en el continente Europeo, en los años 90 los congresos de la EAHP no tenían demasiado tirón entre nuestros compañeros, tenía un nivel científico menor respecto a Estados Unidos y solo ha sido durante los últimos años en los que ha empezado a crecer nuestra presencia a nivel institucional. Este aumento de sinergias ha sido, como en el caso americano, algo progresivo durante los diez últimos años.

Nuestra primera toma de contacto, como Junta de la SEFH con la Sociedad Europea, fue cuando empezamos a acudir a diferentes seminarios, la primera vez que asistí a uno de ellos, recuerdo que un colega húngaro me dijo: “no entiendo cómo no está España en la Junta de la EAHP con lo que supone la Farmacia Hospitalaria Española en Europa”. Fue entonces cuando decidimos proponernos esa meta, era el año 2014.

En este proceso de introducción a la realidad europea nos ayudó mucho la incorporación de Gonzalo Marzal como Project Specialist al staff de la EAHP. Se hizo mucho más fácil la relación entre ambas sociedades, teníamos contacto con alguien que sumaba la cercanía del idioma y nacionalidad a un modo de ver las cosas similar a la nuestra, aprovechamos además para invitarle a varias jornadas y congresos que organizamos en aquella época. Además, nos ayudó mucho en el camino al Board el hecho de que Miguel Ángel Calleja fuera el primer presidente de la SEFH que acudía en persona a las Asambleas Generales de la EAHP, él fue en 2018 a Bucarest y 2019 a Edimburgo, porque, aunque nuestros delegados en la EAHP M^a José Tamés y Eduardo Echarri si asistían es cierto que las distintas Juntas de la SEFH interactuaron poco con ellos. En Escocia presentamos mi candidatura que no fue elegida y un año después, en 2020, se pudo conseguir.

En el intervalo de tiempo entre los primeros acercamientos a la EAHP quería destacar un trabajo previo que incluyó: nuestra implicación en el desarrollo del proyecto de Common Training Framework, en el que participamos Eduardo Echarri Arrieta, José Manuel Martínez Sesmero y yo misma; el posterior nombramiento como embajador de la EAHP de Martínez Sesmero; nuestra incorporación a varios grupos de trabajo; y el hecho de que Miguel Ángel Calleja entrara a formar parte del steering committee de la EAHP.

España vs Europa y USA

Si empezamos por Europa tengo que destacar que estamos muy por encima en cuanto a reconocimiento profesional y formación, de hecho, dos tercios de países europeos con representación en la EAHP no tienen ni una Especialidad definida ni exigen una certificación determinada para entrar en una farmacia hospitalaria. También encontramos casos como el de Reino Unido en el que se da la paradoja de que el Farmacéutico clínico está muy reconocido, pero al que trabaja en el servicio de farmacia se le considera como de segunda categoría, y yo digo que el Farmacéutico Hospitalario primero tiene que ser farmacéutico en su servicio y ya vendrá después la parte clínica.

Si es verdad que en Europa solo Francia, Italia y Portugal se asemejan a España en cuanto a formación, ya que han replicado nuestro sistema en cuanto a examen de acceso y tipo de formación, yo estoy segura de que todos quieren parecerse a la Farmacia Hospitalaria española sin excepción, aunque, en algunos casos, tengamos un nivel clínico menor.

Por otra parte, sin salirnos de la óptica europea, me parece importantísimo el papel de la EAHP, ahora que lo conozco desde dentro, en su relación con las instituciones comunitarias. Respecto al Parlamento Europeo, son un órgano de consulta prioritario para todas aquellas iniciativas relacionadas con el medicamento, es una relación con los órganos de decisión que nosotros en España no tenemos. Además, participan en la EMA (European Medicines Agency), en comités de evaluación, en casos como cuando se les pidió información acerca de cómo podía afectar el brexit en cuanto a reglamentación, suministro, acuerdos internacionales, esa estrecha relación con la UE me gusta mucho.

Una mirada al futuro

La firma de un memorando de entendimiento con la ASHP en 2018 fue la culminación de una labor de internacionalización hacia Estados Unidos que duró tres años, gracias a ello hemos conseguido que nos consideren de igual a igual, es un honor haber ayudado a la SEFH tras unos inicios difíciles. En mi opinión, con ellos tendríamos que continuar trabajando en que se reconozca nuestra formación y perfil profesional allí, incluso en buscar un mix de ambas formaciones y en favor de una homologación de titulaciones.

Respecto a la EAHP haber podido entrar en el Board es un logro máximo, algo que no me hubiera imaginado cuando accedí a la vicepresidencia de la SEFH en 2015. A partir de ahora hay que mantenerse y ampliar la implicación de la SEFH en los grupos de trabajo de la EAHP, conseguir que podamos apoyar a la profesión y que aumente el nivel científico de la profesión en todos los países miembros junto al reconocimiento de la Especialidad.

Por último, solo me gustaría recordar que durante la presidencia de Miguel Ángel Calleja fue el momento en el que más se ha trabajado en las relaciones internacionales en la SEFH, pero no solo con la Estados Unidos o Europa, sino con países latinoamericanos, en Centroamérica apoyamos la creación de la Asociación Centroamericana de Farmacia Hospitalaria. El objetivo de internacionalización que nos planteamos se llevó a cabo satisfactoriamente. 99

NUESTRA VISIÓN GLOBAL DE TODO EL CIRCUITO DEL MEDICAMENTO NO TIENE COMPARACIÓN A NIVEL MUNDIAL.

Jordi Nicolás Picó es Vicepresidente de la SEFH desde 2019, anteriormente fue coordinador del Grupo de Trabajo de Atención Farmacéutica en Enfermedades Infecciosas de la SEFH (AFINF) desde 2012 a 2017, y Vocal de Resi-



dentados en la Junta de Gobierno de la SEFH entre los años 2003 y 2004. En la actualidad, además, es Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Mutua de Terrasa (Barcelona).

En su caso, el relato que nos traslada a continuación hace que coincida en el mismo horizonte temporal de este libro el arranque de sus estudios universitarios en la Facultad de Farmacia de la Universitat de València llegando hasta la actualidad.

66 En 1995 comenzaba la carrera de Farmacia por lo tanto tenía un desconocimiento absoluto de la Farmacia Hospitalaria a nivel internacional. Más adelante sí que recuerdo, a nivel personal, que mis primeros contactos en este sentido fueron durante las prácticas del verano de 1999 cuando disfruté de una beca Erasmus en París, allí vi que los estudiantes de Farmacia en Francia solicitaban rotaciones para realizar prácticas tuteladas en Estados Unidos. Justo en aquella época yo tenía que gestionar las mías de 5º curso y me instaron a hacer varias solicitudes para ver cuáles eran las opciones de ampliar mi formación al otro lado del Atlántico. Envié varias cartas de petición a diferentes hospitales en USA y al final acabé recalando en el Olive View Medical Center de la Universidad de California Los Ángeles. En cuanto descubrí aquel nuevo mundo no lo dudé y decidí prepararme para afrontar el FIR.

Mi incorporación a la Junta de Gobierno de la SEFH fue durante mi residencia en el Hospital General de Castellón, en aquella época el Jefe de Servicio de Farmacia era Manuel Alós, que fue además presidente de la Sociedad, y allí tuve mis primeras percepciones acerca de cómo funcionaban las rela-

ciones internacionales desde el punto de vista institucional. Recuerdo que la relación con la EAHP (Asociación Europea de Farmacéuticos de Hospital) era más bien limitada, como pasaba también con la ASHP (Sociedad Americana de Farmacéuticos del Sistema de Salud). Pero, por otra parte, sí que percibí un contacto mucho más estrecho con la ESCP (Sociedad Europea de Farmacia Clínica), precisamente una sociedad científica con la que a día de hoy no existe una relación formal. En aquel periodo de inicios del siglo XXI no se hablaba entre compañeros de explorar colaboraciones de una manera reglada con nuestros homólogos en Europa y Estados Unidos.

Formación clínica como palanca

El cambio fundamental, esa chispa que despertó los anhelos internacionalizadores para la profesión, fue sin duda la incorporación a la formación del 4º año de residencia, cuando la Especialidad incorpora esta vertiente más clínica todo se acelera y comienza a avanzar siendo éste uno de los aspectos fundamentales en el cambio de paradigma. Ese nuevo año, más clínico, supone que los residentes comienzan a rotar por las Unidades de Cuidados Intensivos, por ejemplo, algo que hoy en día ya sucede a partir del segundo año en servicios como Oncología, Hematología o Críticos pero que en aquel entonces era inimaginable. Esto provocó que los residentes comenzaran a buscar áreas y hospitales de otros países en los que rotar y hacer estancias formativas enfocadas a este cuarto año y a la parte clínica.

La primera promoción que hizo el 4º año de residencia fue la que empezó en julio de 2000 y terminó en julio de 2004. Precisamente el inicio de Siglo coincide con el arranque de una red dentro de la SEFH que surge de manera espontánea, son los propios farmacéuticos especialistas quienes van compartiendo sus experiencias internacionales dentro de los hospitales norteamericanos. Además, se suma el comienzo de una iniciativa como el ASHP postMidyear, que en un principio era más limitada que la actual, pero que sirvió de germen para importar parte de la innovación que se veía en el congreso de la ASHP.

Presente y futuro

En la actualidad, fruto de aquella evolución, todo es bien diferente. Hoy tenemos una relación excelente con los presidentes tanto de la EAHP como de la ASHP, son profesionales muy relevantes cuya visión estratégica nos

ayuda a seguir avanzando. Además, me encantaría aprovechar la ocasión para destacar a dos compañeros, cuyo trabajo he podido comprobar de primera mano y que desarrollan la actividad farmacéutica en ámbitos clínicos siendo referentes, uno es Paul Szumita que lleva la unidad de intensivos en el Brigham Hospital de EEUU y la otra Isabel Spriet del Hospital de Leuven en Bélgica que es un referente en antimicrobianos.

Respecto a Latinoamérica hay países muy importantes con los que podemos comenzar a tender puente como Chile, que tiene una sanidad pública muy potente, pero también con Argentina, Brasil o países de Centroamérica como Costa Rica. Respecto a esta zona geográfica tenemos pendiente desde la Junta de la SEFH desarrollar el proyecto Kuapa, que supone establecer relaciones con América latina y está dentro de nuestras agendas, ya con algún país como Costa Rica hemos tenido contactos durante el último ASHP postMidyear.

En un futuro próximo, la SEFH, debería continuar teniendo mucha presencia en los tres ámbitos que hemos tratado (Norteamérica, Europa y Latinoamérica) siempre con una filosofía de dar y recibir. En cuanto a Europa la Farmacia Hospitalaria Española a nivel continental es puntera, somos hacia donde mira el resto de los compañeros farmacéuticos hospitalarios para avanzar. Respecto a Norteamérica es verdad que hay una parte clínica de la que tenemos que aprender, pero a nivel de logística o estructura de servicios nosotros podemos compartir mucho con ellos. En este sentido, hay que destacar que su especialización es mucho más dirigida desde el principio, pero la nuestra es más completa a mi modo de ver, más polivalente.

Ahora somos referentes a nivel internacional por la participación en el proceso global del medicamento, desde la adquisición hasta la administración, nuestra especialidad cubre muy bien todas esas competencias con una revisión de la evidencia muy potente junto a la integración en equipos multidisciplinares en diversas áreas. Es verdad que en Estados Unidos los equipos clínicos lo tienen muy trabajado, pero nuestro Farmacéutico Especialista de oncología, por ejemplo, que está en un equipo multidisciplinar, también es competente a la hora de definir las condiciones de trabajo en las cabinas de citostáticos. Este es solo un ejemplo de que tenemos una visión global incomparable a nivel mundial respecto a todo el circuito del medicamento. 99

5

El FH en la Administración

Desde la Dirección General de Farmacia del Ministerio, hasta la AEMPS o las Comunidades Autónomas, hoy en día la Farmacia Hospitalaria es imprescindible en la Administración Pública. Este camino, comenzado por unos pocos pioneros, se ha abierto de par en par gracias a un perfil dual que permite combinar la gestión con el conocimiento. Con entrevistas en primera persona, hemos incluido perspectivas nacionales y autonómicas para poder aproximarnos a este cambio de manera global.

EL CONOCIMIENTO REFINADO EN EL USO DE MEDICAMENTOS SOLO SE ADQUIERE TRABAJANDO CON UNA BATA BLANCA

Chus Lamas Díaz fue Directora de Investigación de la SEFH (2012 a 2016), miembro del grupo de trabajo GEDEFO desde su fundación, coordinadora regional de GEDEFO noroeste (Asturias, León y Galicia), Tutora de Residentes,



jefa del grupo de investigación Farmacología Clínica del Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago (IDIS-ISCIII) y jefa de Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago hasta 2018.

Tras más de 20 años en la Farmacia Hospitalaria de Galicia, Lamas dio el salto al Ministerio de Sanidad en 2018, tras su nombramiento como Directora de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), un lugar desde el que continúa siguiendo de cerca y trabajando con la profesión, pero con un foco nacional

66 Si echo la mirada atrás para buscar cuál era la relación de la Farmacia Hospitalaria (FH) con la Administración Pública, llego a los inicios de mi carrera profesional. Poco después de terminar la residencia, en 1996, empecé a trabajar en el hospital de Conxo, en Santiago, donde la jefa de servicio era Teresa Chuclá Cuevas que más tarde sería Subdirectora General de Farmacia en el Sergas. Allí formó equipo junto a Berta Cuña que era la Directora General de Farmacia, por lo que casi desde el principio asocio la FH con la Administración.

En aquel final de siglo XX, la FH estaba en la agenda de la Administración. Las doctoras Cuña y Chuclá promovieron una Ley de Farmacia gallega que, en su momento, fue pionera ya que incluía la asistencia a las residencias sociosanitarias coordinada desde los servicios de Farmacia (SF), y hablaba de la atención farmacéutica a pacientes no ingresados. Además, se impulsaron desde la Dirección General de Farmacia programas de FH en consultas externas y la creación de la Farmacia de Atención Primaria en Galicia. Es importante

destacar que la farmacia de Primaria surgió según el perfil de la ordenación farmacéutica de cada CCAA, fue muy variable según las tareas que se les encomendaron en cada región, en Galicia se pretendía que fueran profesionales en los centros de salud, próximos a los prescriptores, para informarles y mejorar el uso del medicamento. Estos dos referentes de la farmacia gallega estuvieron en la Administración desde 1998 hasta 2006.

Si pienso en el ámbito nacional, recuerdo a alguien con una dimensión profesional inmensa como Joaquín Bonal. En su caso, el hecho de que fuera Director General de Farmacia en el Ministerio es una parte más de su biografía, pero, honestamente, su paso por la Administración no es lo que más destacaría. Lo que me impactó del Dr. Bonal fue su visión de cómo un FH mejora la atención sanitaria a los pacientes ingresados a través de su integración en los equipos asistenciales y de la proximidad al paciente. Él inició la farmacia clínica que hoy conocemos, pero además promovió la creación de las primeras comisiones de farmacia orientando el trabajo al buen uso de los medicamentos. Me gusta identificarme como una de las herederas de su legado, aún sin haber sido su discípula porque no me formé en su hospital. Esta conexión se produjo cuando me di cuenta de que mis inquietudes para desarrollar la profesión no eran las que había aprendido en el centro donde hice la Residencia, sino que coincidían con la visión de Joaquín Bonal. Encontré un estilo con el que identificarme. Fue la inspiración que necesitaba y ha marcado mi desarrollo profesional. Podría repetir aquello de que si he podido ver más lejos ha sido porque me he subido a hombros de gigantes.

El perfil global de la farmacia

Para explicar la actual ‘explosión’ de la FH en la Administración hay que tener en cuenta varias condiciones distintas que produjeron el caldo de cultivo necesario para que esto haya florecido. Lo primero es que, con el protagonismo de los medicamentos en un contexto de gestión de recursos limitados, surgió la necesidad de un perfil profesional que exactamente no había en la Administración y que encaja como anillo al dedo con el FH: que tiene conocimiento de la organización asistencial, la clínica y, al mismo tiempo, la farmacoterapia. Pero llegar a este reconocimiento no ha sido automático. Salir de las farmacias y ganar distintos escenarios ha sido progresivo. Recuerdo cuando me dijo una vez un director médico durante una visita a la consulta de farmacia en el hospital de día de oncología en la que estábamos integrados: “si esto lo podéis

hacer y se pide vuestra participación es porque son medicamentos caros, si fueran baratos no seríais necesarios” y yo pensé, “qué visión tan pobre tienes y ya te lo demostraré”.

Y, efectivamente, poco más tarde todo fue cambiando. Quienes comenzaron a solicitar FH en sus unidades fueron servicios como UCI -que lleva utilizando los mismos medicamentos desde siempre y no son caros-, Neonatos o Urgencias. Todos ellos por la visión doble de clínica y gestión de medicamentos en áreas de farmacoterapia muy compleja. Ese conocimiento es muy útil en primer lugar para los pacientes y profesionales sanitarios, porque contribuye a mejorar los resultados terapéuticos. Y en segundo lugar para los gestores, que han sabido ver la potencial contribución de los FH en la gestión de un recurso tremendamente complejo como son los medicamentos, cuyo buen uso repercute en una gestión eficiente del sistema, sean medicamentos de precios elevados o no.

Por una parte, como comentábamos antes, ha surgido la necesidad de un perfil que no existía y, por otra, los FH han reorientado su manera de ver la profesión respecto a cómo lo vivían durante la Residencia. Si antes se trabajaba desde los SF con una orientación más tecnológica, hacia la fabricación, correcto proceso de elaboración y distribución de medicamentos; tras la incorporación de la automatización de procesos y con el mayor peso de la industria en la fabricación de medicamentos, los FH han ido creciendo en conocimiento y dominio de otras áreas más clínicas. Esto hubiera sido imposible sin la integración en los servicios clínicos y la generosidad de médicos y enfermeras que han compartido espacios y conocimiento con nosotros. La Administración valora tener un profesional sanitario que conozca la asistencia y con una visión global y profunda de la farmacoterapia del hospital como el FH, que complementa a la de los médicos que suele ser más especializada y parcial del área a la que se dedican.

Ese encaje del FH en las Administraciones, por el perfil de gestión y el clínico, nos resulta bastante natural. Estamos acostumbrados a convivir con distintos profesionales sanitarios, o integrados en servicios clínicos o en los propios SFH, que son un ecosistema muy complejo e incluye a enfermeras, técnicos, celadores, técnicos de IT... y FH naturalmente. En este sentido, recuerdo que cuando llegué a la AEMPS me dijeron que quizá mi perfil en cuanto a gestión de organizaciones no era amplio, a lo que les respondí que era cierto, en mi SFH'solo' tenía a 94 personas. Está claro que ese número sigue

siendo bajo respecto a la AEMPS, pero es destacable el hecho de que los servicios de farmacia de hospitales de referencia tienen plantillas de más de 100 personas. Así que también estamos acostumbrados a liderar plantillas de un tamaño que exige cierta profesionalización.

SFH y AEMPS, dos realidades paralelas

Sí que recuerdo cómo llegué a la AEMPS, la verdad es que fue sorprendente porque una persona del equipo de la Ministra Carmen Montón, un domingo a las 4 de la tarde, mientras estaba con mi familia acabando de comer me envió un mensaje privado en Twitter y me dijo: “si me das tu teléfono me gustaría hablar contigo”. No había tenido contacto con nadie de la Administración General del Estado, ni con el Ministerio de Sanidad y tras varias conversaciones y conocer el proyecto no tardé en decidirme, la AEMPS me parecía el templo del medicamento y vine con esa sensación de reverencia y agradecimiento por la oportunidad.

La primera sorpresa agradable que me encontré al llegar a la Agencia es que todo me resultó muy familiar. Es verdad que dentro de la AEMPS hay herramientas y conocimiento que hay que dominar que resultan un poco lejanas a la FH, los puramente regulatorios y procedimentales, los medicamentos veterinarios o el concepto ‘Una Única Salud’. Los FH junto con el farmacólogo clínico son los que mejor pueden ‘destripar’ ensayos y analizar la evidencia científica, pero para autorizar un medicamento hay muchas más fases que analizar como la parte preclínica, la parte de calidad de producto, la manufactura, y en esto la FH estamos lejanos.

Por otra parte, en lo que tiene que ver con medicamentos de uso humano y en cuanto a seguridad y eficacia, información, o incluso en la respuesta a una situación de crisis como la de este año con la COVID-19, al final, acabamos actuando como un servicio de farmacia de hospital; en las peores semanas de marzo o abril de 2020 éramos el SFH de España.

Veo a la FH como nuestros aliados necesarios, cuando he intervenido en reuniones con profesionales sanitarios me gusta recalcar que son nuestros ojos en el Sistema Nacional de Salud. Con la FH hay un lazo aún mayor que con otros sanitarios porque compartimos esa misión de poder asegurar la eficacia y seguridad de los medicamentos, es lo que hace un SFH dentro de

los hospitales y es lo que hacemos nosotros para todo el país. Nuestras herramientas, en el fondo, son muy parecidas como el análisis de la evidencia, o la revisión sistematizada y por eso nos resulta muy fácil trabajar a través de nuestra red de expertos que incluye a muchos farmacéuticos especialistas.

El deseado cambio

A nivel personal me gustaría que la AEMPS contara con más personas con formación clínica, tanto FH como médicos especialistas; creo que la formación que se adquiere dentro, como regulador, junto a la que se adquiere fuera, con la proximidad al paciente y con el uso del medicamento, es muy enriquecedora y es la mejor posible para la evaluación de medicamentos, pre-autorización o post-autorización, o para la evaluación de su efectividad. Pero la Administración General del Estado tiene limitaciones enormes para incorporar este perfil: la puerta de entrada son las convocatorias de interinos o las ofertas públicas de empleo en las que se ofrecen puestos de nivel de funcionario muy por debajo de los que un especialista sanitario pueda acceder en su hospital. Esta rigidez limita que podamos atraer a gente con pasión por el medicamento y formación clínica. Por ello la opción es que, o no sean apasionados de la clínica y la atención directa al paciente, o que siéndolo quieran dedicar una parte de su trayectoria profesional al mundo del medicamento o los productos sanitarios desde dentro. Además, un factor adicional es que no les importe que las condiciones económicas sean peores, con lo que se riza el rizo.

El reto desde la dirección de la AEMPS es tener la entidad jurídica suficiente que nos permita una flexibilidad y una autonomía en la gestión de los recursos humanos para que nuestros profesionales estén reconocidos y que, al mismo tiempo, podamos ser atractivos para el talento externo. Es un reto que excede a la propia Agencia, requiere de un cambio de concepto de la función pública. Mantener una organización científico-técnica en la vanguardia del conocimiento requiere una flexibilidad en la gestión del personal que no existe en la Administración. Es preciso enriquecer nuestra plantilla con el expertise que se está formando fuera, y no solo de los clínicos. En todo caso, ese conocimiento práctico, refinado, en el uso diario de los medicamentos y su impacto en los pacientes solo lo adquieres trabajando con una bata blanca. ”

CAMBIAR LAS COSAS DESDE DENTRO

Juan Carlos Valenzuela Gámez es Coordinador regional de Farmacia de Castilla-La Mancha, miembro de la Junta de Gobierno de la SEFH como Delegado en Castilla-La Mancha, Presidente de la Sociedad Castellano Manchega de



Farmacia Hospitalaria, miembro de los Grupo ETHOS y Redfaster de la SEFH y Vicepresidente de la Comisión Nacional de Farmacia Hospitalaria desde Diciembre del 2014.

Tras casi 30 años en diferentes servicios de Farmacia Hospitalaria del Sistema Nacional de Salud ha completado una visión global de la profesión con su integración en la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha siendo testigo del cambio normativo y formativo de las últimas décadas.

66 Recuerdo que la presencia de la Farmacia Hospitalaria (FH) en la Administración Pública a finales del siglo XX, se limitaba a algún FH en las direcciones y subdirecciones médicas de los hospitales. La Especialidad estaba en auge y la mayoría de nosotros, nos dedicábamos en cuerpo y alma a continuar y completar el trabajo que habían realizado los farmacéuticos de la generación del 68.

Estos pioneros fueron 55 farmacéuticos, que concursaron a las primeras plazas de farmacéuticos en Instituciones Sanitarias Cerradas de la Seguridad Social con más de 200 camas y que fueron los que nos abrieron un camino. Tras ellos continuamos apoyando la gestión de los medicamentos en el hospital y también la actividad asistencial, con nuestros conocimientos, habilidades y sobre todo con un compromiso total con el Sistema Sanitario.

Además, éramos una Especialidad con apenas 30 años de presencia en los hospitales y poco valorada por los equipos directivos y la Administración Pública en general, por lo menos esa es mi vivencia personal. Contábamos con plantillas reducidas y era frecuente encontrar hospitales con un solo farmacéutico, sobre todo en hospitales comarcales. Recuerdo que incluso hospitales grandes como el de Toledo o Ciudad Real tenían tan solo dos o tres farmacéuticos.

Referentes

El primer nombre que se me viene a la cabeza de un farmacéutico de hospital en la Administración Pública es Joaquín Bonal, que fue Director General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo. Justo su nombramiento se produjo en abril de 1988, cuando yo acababa de llegar como residente de primer año al Servicio de Farmacia (SFH) del Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Todos los farmacéuticos adjuntos y los residentes mayores hablaban de su papel y liderazgo en la farmacia clínica y de su defensa de la posterior Ley del Medicamento, que se publicaría dos años después, en 1990.

El otro referente de la FH en la Administración Pública es Berta Cuña Estévez, Directora General de la División de Farmacia y Productos Sanitarios del Servicio Gallego de Salud. Ella, que había sido Jefa del SFH del Hospital Juan Canalejo de la Coruña, fue la que impulsó la práctica profesional del farmacéutico orientada hacia una participación activa en la terapéutica individualizada del paciente. Desde su Dirección General, se lideró la creación de servicios de farmacia en las estructuras de atención primaria, lo que supuso la incorporación de más de 100 farmacéuticos para dar cobertura a toda la población de Galicia. Para alguien como yo que estaba acabando la Residencia, se vivió como una esperanza para los jóvenes FH de toda España, que veían esta medida como una posibilidad más de desarrollo profesional. Finalmente se crearían los Servicios de Farmacia de Atención Primaria del INSALUD, pero no fue todo como en Galicia.

Por último, me gustaría destacar a Joaquín Giráldez, Presidente de la Comisión Nacional de Farmacia Hospitalaria hasta 2014, y a José Luís Poveda que lo sustituyó, porque, aunque no han formado parte de la Administración, sí han tenido una función institucional con la formación de residentes y de representación y visibilidad del FH.

Cambio de paradigma

Creo que han cambiado varias cosas, en primer lugar, la labor desarrollada en los últimos 50 años por los FH, que ha dado sus frutos. Actualmente tenemos el apoyo de las Direcciones de los Hospitales y de los responsables autonómicos de la prestación farmacéutica, que además necesitan nuestros

servicios, para promover un buen uso de los medicamentos en la prevención y tratamiento de la enfermedad.

También ha cambiado el reconocimiento por parte del resto de profesionales, con los que trabajamos día a día en los equipos, y con los que intercambiamos conocimientos para el desarrollo de la labor asistencial referida al paciente, considerando los aspectos científicos de la farmacoterapia. Por último, creo que hemos cambiado nosotros mismos, nuestra profesión. Hemos visto que el trabajo silencioso desarrollado durante todos estos años ha sentado las bases para una participación más activa en la política sanitaria, tanto a nivel autonómico como nacional, que nos permite orientar el futuro y enfrentarnos a los desafíos que están todavía por llegar.

Las competencias clínicas que hemos ido adquiriendo exigen identificar problemas y gestionar la farmacoterapia, educando a los pacientes, monitorizando su tratamiento y consultando con el resto de los profesionales, para mejorar los resultados en salud. En este sentido, la tecnología se ha convertido en una aliada también para el farmacéutico clínico, sobre todo en la selección de los perfiles de pacientes más adecuados, para mejorar la utilización de medicamentos. Pienso que se debe potenciar el rol clínico del FH, pero no podemos abandonar nuestras funciones gestoras.

Representación nacional y autonómica de la FH

Actualmente, pienso que la Farmacia Hospitalaria se encuentra en uno de sus mejores momentos, en cuanto a representación en las distintas Administraciones Públicas. Chus Lamas en la Dirección de la AEMPS y Dolores Fraga en la Subdirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, están realizando una labor más que importante a nivel nacional. La FH también está muy bien representada en el Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del S.N.S con Ana Ortega Eslava, Ana Clopés Estela y Emilio Alegre del Rey. Además, la FH también está presente en las distintas Comisiones adscritas al Ministerio de Sanidad, como son la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIMP) y la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). En ambas muchos de sus componentes somos FH.

A nivel autonómico me gustaría destacar a Carmen Encinas, a la que me une una trayectoria profesional paralela, además de una amistad. Ella fue

mi predecesora en el puesto que ocupo en este momento y desde mediados de 2019 es la Directora General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

El paso desde FH a la Administración

A nivel personal recuerdo que fue una mañana de final de julio de 2019, estando en el hospital, cuando recibí la llamada de la Directora Gerente del SESCAM para que nos viéramos en los Servicios Centrales. Yo la conocía porque había sido Directora Médico de mi hospital, y también sabía que el cargo de Coordinación Regional del Área de Farmacia estaba vacante, aunque no esperaba que me la ofreciera, como hizo una semana después. Personalmente suponía tener que desplazarme a Toledo diariamente (200 km) y menos tiempo que dedicarle a mi familia, pero por otra era una oportunidad para intentar ayudar a mejorar algunas de las cosas relacionadas con la prestación farmacéutica en la Comunidad Autónoma. Muchas veces te quejas de que la Administración no da ciertos pasos y quizá era el momento de cambiar las cosas desde dentro.

También me planteé que llevaba casi 30 años en la FH y que podía ser una nueva faceta en mi vida profesional, que me permitiría conocer otra perspectiva en la que la planificación y la coordinación asistencial eran fundamentales a medio y largo plazo. Por todo ello, cuando la Directora Gerente del SESCAM y el Director General de Asistencia Sanitaria me propusieron ser parte de su equipo, acepté montarme en esta 'Montaña Rusa' que es la Asistencia Sanitaria y la Prestación Farmacéutica a nivel Autonómico.

En mi caso, además, llegué el 1 de enero al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y tres meses después estalló la pandemia por COVID-19 así que imagínate el ritmo que hemos llevado. La verdad es que se parece muy poco al trabajo en cualquiera de las Áreas de actividad asistencial de los Servicios de Farmacia de los Hospitales. Sí tiene similitudes con el trabajo de gestión realizado por un Jefe de Servicio de Farmacia, pero con el 'plus' que conlleva la coordinación.

Atención Farmacéutica desde el Hospital y desde la Administración

Si comparamos ambos ámbitos asistenciales, en los dos hay que gestionar personas y eso tiene mucho que ver con el liderazgo, eso sí con características diferenciales y situaciones locales propias. No cabe duda de que tenemos que trabajar de manera coordinada para disminuir la variabilidad en la práctica clínica, también en la atención farmacéutica y que afecta de forma clara y directa a la equidad.

Una parte de mi trabajo, que quizá no se le da la importancia que en realidad tiene, es la relación con los profesionales de Tecnologías de la Información. El éxito o fracaso de cualquier proyecto relacionado con los medicamentos (implantación de prescripción electrónica, nuevos desarrollos informáticos, automatizaciones o la puesta en marcha de un nuevo hospital), va a depender de la coordinación entre el Área de Farmacia de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y el grado de implicación y compromiso del personal funcional de Tecnologías de la Información.

Perfil mixto y evolución de la FH

El FH creo que aporta un perfil único dentro de la Administración ya que nuestro cometido profesional tiene una naturaleza mixta. Por un lado, somos gestores del gasto de medicamentos y productos sanitarios para los pacientes hospitalizados, ambulantes y externos, y por otro nuestra actividad asistencial proporciona una visión interdisciplinar que añade calidad al proceso de atención individualizada del paciente.

Además, el FH en la Administración facilita la coordinación de la prestación farmacéutica en la Comunidad Autónoma, como medio de racionalización de la terapéutica y de contención del gasto. También tiene capacidad para influir en el proceso de toma de decisiones en el equipo de la Dirección Asistencial y es un interlocutor para el diálogo con los gobiernos autonómicos y sus consejerías de sanidad.

Hay que destacar, además, que la FH se ha adaptado a la situación producida por la pandemia de la COVID-19 y ha llevado a cabo los cambios necesarios para ello. El mundo digital ha irrumpido de forma incontestable en el ámbito sanitario, no solo con los pacientes y el teletrabajo, también en las re-

laciones con la industria farmacéutica y con otros profesionales sanitarios. La digitalización está favoreciendo la participación en proyectos colaborativos de formación profesional y de atención a los pacientes y la SEFH es una de las Sociedades que más lo está trabajando. La situación vivida le ha dado visibilidad a la FH en determinados momentos, dentro de los equipos asistenciales y es el momento de plantear un cambio de modelo orientado a la Telefarmacia y a consultas virtuales de Atención Farmacéutica Especializada.

Por otro lado, el trabajo del FH en la evaluación, posicionamiento y protocolización de los medicamentos, es cada vez más importante, sobre todo por el rol para buscar el consenso y el acuerdo con el resto de los servicios con los que se relaciona.

Visión 2050

En los próximos 20 o 25 años veo un FH con responsabilidad esencial en la evaluación y en la utilización de medicamentos, tenemos al grupo GENESIS que tiene que continuar liderando el proceso de evaluación y selección de medicamentos, con el apoyo de la SEFH. Además, el FH será capaz de identificar problemas de los pacientes relacionados con la farmacoterapia, como principal objetivo de su actividad clínica, para la optimización de la terapia con medicamentos. El seguimiento efectivo de la terapia requerirá, un análisis de los datos del paciente, proporcionados por sistemas de inteligencia artificial, incluidos los resultados comunicados por el paciente (patient reported outcomes, PRO) y una interpretación de estos en el contexto de situaciones clínicas complejas.

Posiblemente el FH se acerque más al paciente hospitalizado y a una evaluación efectiva del tratamiento para los problemas detectados en el proceso asistencial. Se requerirá experiencia clínica para defender una intervención necesaria, recomendar un cambio de terapia o participar en el diseño y la individualización de los regímenes de tratamiento farmacoterapéutico. 99

EL CONOCIMIENTO COMO INFLUENCIA

José Manuel Ventura Cerdá ha ejercido como facultativo Especialista en el servicio de Farmacia del Hospital General de Castellón y en el Hospital Universitario Dr. Paset de Valencia, hasta que en 2015 fue nom-



brado Subdirector de Optimización e Integración Terapéutica de la de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. En 2018 pasó a ejercer el cargo de Director General de Farmacia y Productos Sanitarios en la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

En la SEFH ha participado y colaborado en los grupos de trabajo de VIH, GHEVI, GENESIS y GEDEFO

66 1995 fue justo cuando acabé la carrera de Farmacia, por lo tanto, conocía muy poco de la Farmacia Hospitalaria (FH) y, menos aún, de su incorporación en la Administración Pública. De aquella época lo que sí que recuerdo, como figura clave, es el impacto de Joaquín Bonal que fue Director General de lo que ahora es la Cartera Básica. Él fue el impulsor de la Ley del Medicamento de 1990, sentando la base normativa de la legislación actual. Por primera vez se introdujeron criterios mucho más clínicos que reflejaban el trabajo previo realizado por los farmacéuticos durante los años 70 y 80 en los hospitales. Aunque hay que decir, como siempre que hay innovación, que esta ley tuvo también serios detractores porque ya no estaba orientada solo a las estructuras farmacéuticas y la receta, sino que miraba hacia el medicamento.

En la actualidad, a todos los niveles observamos un salto exponencial, cuantitativo y cualitativo, de la Farmacia Hospitalaria respecto a décadas anteriores, aunque preferiría tildarlo de proceso más que de salto, ya que han sido 25 años de evolución. Ha sido un proceso muy gradual y se asocia a la madurez de la profesión de FH.

El acceso a la Administración

Un serio problema es que, en la mayoría de las ocasiones, la Administración es poco gratificante, y condiciona que no haya personas candidatas con ganas de desarrollar su trabajo en el nivel directivo. Siempre han accedido a los puestos directivos personas pertenecientes a núcleos de confianza muy cercanos a otros dirigentes. Este 'sistema' ha condicionado que hubiera un salto muy grande entre los propios directivos y los técnicos y profesionales asistenciales, tanto en los servicios centrales como en los propios hospitalares. Poco a poco, en muchas Administraciones, las necesidades han obligado a contar con profesionales y gestores reconocidos para liderar proyectos y cambios, de forma que los FH, entre otros, nos hemos convertido en nuevos cargos de confianza debido fundamentalmente a nuestro conocimiento de la Administración y el buen nivel técnico. Somos personas que podemos desempeñar este tipo de puestos con mucha solvencia gracias a lo que hemos aprendido en el hospital, aunque con todas las cautelas al tratarse de entornos diferentes.

Hoy en día, afortunadamente, estamos muy bien representados. Hace 4 años cuando yo comencé en la DG (anteriormente había sido subdirector con Patricia Lacruz, actual Directora de la Cartera Básica del Ministerio), éramos muchos menos. Ahora, por ejemplo, encontramos farmacéuticas y farmacéuticos de hospital como directivos, fundamentalmente con competencias sobre la prestación y/o la ordenación farmacéutica, en Galicia, Aragón, Castilla-La Mancha, Navarra, Andalucía, Cantabria, etc. También hay muchos FH ejerciendo de técnicos en la propia Administración. Y, por supuesto, nada menos que la subdirectora de la DG de la cartera Básica, y la Directora de la AEMPS, son farmacéuticas de hospital.

En mi caso, mi llegada a la Conselleria de Sanitat fue totalmente casual porque no soy militante político ni me he relacionado particularmente en ese nivel. Aquí en la Comunitat Valenciana hubo un cambio de gobierno y de cargos directivos, y llegó a la DG Patricia Lacruz que buscó técnicos para completar su equipo en la Subdirección. Ella había trabajado en certificaciones de calidad de servicios de FH y habíamos trabajado en proyectos conjuntos, y tenía muy claro que quería disponer de un subdirector con perfil de FH. Cuando me hizo la propuesta no me lo pensé demasiado, no sé si inconscientemente, pero estoy muy satisfecho con el paso dado en 2015.

Perfil del FH en la Administración

Evidentemente, dentro de un servicio de farmacia (SFH) las funciones y labores son muy variadas y no se parece mucho el trabajo de un jefe de servicio al de un R1. Pero sí es verdad que hay una parte importante de funciones que son decisoras y de aporte de valores técnicos para los gestores, directores médicos y gerentes, incluyendo todas las acciones que determinan la ejecución de la prestación de forma eficiente. Ahí fundamentalmente es donde confluye el SFH con la Administración, ya que en la Conselleria estableces normas y defines estructuras para ejecutar la prestación farmacéutica, y entre esas estructuras tienen especial relevancia los SFH.

Aunque es verdad que los ámbitos de decisión son totalmente diferentes, la FH ofrece un nivel de conocimiento muy importante, por ejemplo, a la hora de la evaluación y selección de medicamentos con la metodología que nos brinda el grupo GENESIS, y esta metodología y conocimiento es aplicable en cualquier ámbito de decisión.

Uno de los problemas para poder comparar funciones entre diferentes ámbitos de la administración, es la variabilidad entre las competencias de cada CCAA. Aquí, en Valencia, el DG tiene competencias en Farmacia y productos sanitarios y, además, por ejemplo, en la prestación ortoprotésica, y en la ordenación y control de las farmacias y de establecimientos sanitarios como ópticas, ortopedias, podología... algo que no sucede en otras Autonomías.

Una visión endogámica

Cuando llegas a un cargo público observas que los FH tenemos características que nos pueden perjudicar, desde un punto de vista de conjunto, como la endogamia y el mirar hacia dentro de la profesión, lo que nos lleva a deficiencias muy preocupantes en la integración con otros niveles asistenciales (atención primaria, sociosanitaria) e incluso, con otros servicios clínicos. También querría destacar que, al ser cada vez más especializados, en ocasiones podemos olvidar la necesidad e importancia de muchas de nuestras actividades y funciones básicas, como son la elaboración, adecuación y formulación, el liderazgo para elaborar protocolos en unidades de hospitalización, el trabajo con enfermería, etc. Atendiendo a las necesidades de farmacoterapia de la población y a la actividad relacionada te das cuenta de que la realidad de la

FH excede en mucho de las paredes del hospital. De hecho, hay que resaltar el hospital de día y los pacientes externos, cuyos pacientes no están hospitalizados, y son nuestra responsabilidad. Tenemos que vencer ese micromundo y apostar por un enfoque global.

Esto cuando llegas a la Administración te das cuenta de esta falta de visión porque necesitas trabajar a un nivel macro que implica trabajar con todo tipo de Especialidades. La prestación hospitalaria se va a dar cada vez más en proximidad a los pacientes y tenemos que gestionarla bien, es fundamental que nuestros procesos y actividad lleguen a ellos, al igual que es necesario que estén formados y que realmente cada vez sean más partícipes de las decisiones que les afectan. La llave de esta asistencia, sin embargo, no depende solo de la FH, sino que están muy implicadas otras estructuras farmacéuticas, como la farmacia de Atención Primaria o la comunitaria y, también con un papel fundamental, la enfermería.

Rol gestor o rol clínico

Respecto a esta dualidad pienso que son complementarios, muchas de las funciones que tenemos los SFH son gestoras, como logística, aprovisionamiento y adquisición, que son la base de nuestra profesión junto con la elaboración de fórmulas magistrales, acondicionamiento, etc. De estas funciones no nos podemos olvidar ni desentender, y si lo hacemos estaremos perdidos como profesión sanitaria. Esas funciones en ocasiones nos han 'pesado' porque queremos ir a la clínica, a las unidades de hospitalización, hacer muchas cosas, pero son funciones que están en nuestro ADN. Puedes tener un FH que se dedique a la clínica, pero en el SFH o en el departamento de salud los SFH tienen que garantizar que hay una función gestora, cada uno en su nivel, desde la adquisición, custodia y vigilancia de los medicamentos o la manipulación hasta incluso tomar una decisión de utilizar o no un medicamento.

El perfil clínico es el que nos hace crecer cada vez más, cuanto más clínico eres mejores evaluaciones, protocolos, o comunicación con médicos y grandes decisores tienes, más influencia aportas sobre las decisiones. Este conocimiento es el que nos va a ayudar a gestionar las cosas, gestionar sin conocimiento es muy difícil.

Conocimiento frente a incertidumbre

El apellido hospitalario del farmacéutico nos vinculaba a una estructura y eso va a ser cada vez más complicado. En un futuro cada vez será más necesario ser más especialistas, asumir responsabilidades y capacidad de decisión en las áreas de mayor incertidumbre. Es decir, tendremos que intervenir allí donde el conocimiento de otros sanitarios no sea suficiente, deberemos contribuir con nuestro conocimiento a que se tome la mejor decisión. Va a haber una explosión de terapias de alta complejidad, casi todas van a ir al ámbito hospitalario, sea para pacientes ingresados o no, pero la prestación va a ser responsabilidad de la FH.

Las terapias de alta complejidad ya sean avanzadas, génicas u otras, generalmente van asociadas a una incertidumbre financiera y de utilización, además requieren gestión logística y del proceso dentro del hospital y son diferentes a lo que hasta ahora estábamos acostumbrados. Llegados a ese punto, espero ver que la profesión sigue gozando de mucha importancia en esas decisiones, tomadas en todos los ámbitos, desde el Ministerio hasta el hospital. Pero también quiero pensar que somos capaces de organizarnos y que tenemos una capacidad gestora suficiente como para implementar los procesos básicos de una manera cada vez más eficiente, es decir, ser capaces de soltar lastre, eliminar aquellos procesos, que eran muy importantes en los 80, pero que pueden realizarse de otra manera manteniendo la garantía e incluso incrementando la calidad. El reto será incorporar la novedad sin que merme la calidad de lo que hacemos como base.

Por último, otro gran reto será la organización asistencial, cada vez más pacientes llegarán a los hospitales sin necesidad de ingreso, y debemos seguir orientándonos a ellos bajo el prisma del gran problema que supone la saturación de las Unidades de Pacientes Externos y en los hospitales de día. Pienso que hay que organizar el trabajo, ver cómo 'acercamos' el medicamento al paciente, evitar la concentración en un único punto y el colapso de los sistemas, y todo ello, mejorando la calidad de la asistencia, aumentando el control y contacto de los FH y, en definitiva, mejorando la satisfacción de los pacientes y los ciudadanos. 99

GENERAR SALUD A TRAVÉS DEL MEDICAMENTO

Carmen Encinas Barrios es Directora General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla-La Mancha desde 2019. Dentro de la SEFH ha desarrollado



su actividad como Delegada autonómica en Castilla – La Mancha (2012 a 2016) y dentro de los Grupos de Trabajo Tecno y Orphar.

Su trayectoria comenzó como adjunta en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (1993 a 2002), en dicho centro alcanzó de manera sucesiva las responsabilidades de Subdirectora Médica (2002 a 2006) y Jefa de Servicio de Farmacia (2006 a 2016) hasta que pasó desempeñar el rol de Jefa de Área de Farmacia del SESCAM (2016 a 2019).

66 Los años 90 fueron una época especial si pensamos en la Farmacia Hospitalaria (FH), no solo en cuanto a la Administración Pública, ámbito en el que recuerdo a Joaquín Bonal, sino en cuanto a compañeros que trazaron nuestro camino desde el liderazgo. Si hablamos de Bonal fue una figura muy inspiradora, un FH que nos marcó hasta donde podíamos llegar desde el punto de vista profesional, con mucho talento y gran capacidad de trabajo. Recuerdo hablar con M^a Antonia Mangues sobre él y me contaba cómo ella vivió aquella época en primera persona desde el Servicio de Farmacia del Sant Pau. También fue una figura indispensable Berta Cuña, Directora General de Farmacia en Galicia, que trabajó junto a Teresa Chuclá, dándole un empuje tremendo a la profesión y dotándola de estructura.

También me gustaría destacar a otros profesionales de un ámbito muy interesante como el de la meso gestión, referida a la gerencia de hospitales, como M^a Teresa Iglesias que fue gerente del hospital de Avilés, y Alfredo García que fue gerente del hospital Puerta del Hierro y del entonces Hospital Juan Canalejo.

Referentes y claves del cambio

Que la evolución de la FH se debe a un cúmulo de circunstancias que no tienen nada que ver con la casualidad. Fue clave un perfil como el de Víctor Jiménez, que marcó un antes y un después en la FH, nos ha definido como profesión por su liderazgo. Junto a él otros como Domingo García, jefe de servicio de Farmacia en el Ramón y Cajal a inicios de los 90, que fue un hombre enormemente trabajador y visionario, veían la FH como lo que podía llegar a ser. Por nuestra parte, en los servicios de farmacia (SFH) en aquella época éramos pocas personas, se trataba de un área asistencial todavía muy residual en el ámbito hospitalario, e incluso dentro de la profesión farmacéutica. De ahí a lo que somos ha habido personas visionarias.

Tampoco podría olvidar personas especialmente inspiradoras como Carmen Alberola, Domingo García o Alfonso Domínguez-Gil Hurlé que nos enseñó a todos farmacocinética o del curso de Farmacia Clínica de Joaquín Bernal. Fueron ellos los que apostaron por salir de los sótanos de los hospitales y confiar en, a través de nuestra formación como colectivo, un desarrollo profesional hasta entonces menos visible. 25 años después hemos crecido de manera exponencial en los hospitales y nuestro perfil está muy bien posicionado ya que los gestores señalan nuestro aporte de valor en todo el proceso farmacoterapéutico, esa es la clave. Contaban con una mezcla nada casual, de preparación, visión de futuro, generosidad y saber aprovechar la oportunidad para poder darle visibilidad.

Fruto de esa evolución profesional, estamos cada vez mejor representados en la Administración. Se trata de un reconocimiento a una profesión a la que se le ha otorgado prestigio por parte de la sociedad, de otras profesiones y de los ciudadanos. Pero no debemos caer en la autocomplacencia, a mí me encantaría ver a la FH en más órganos de decisión, puestos técnicos, o de análisis. Cuando Olga Delgado pasó a formar parte del Comité Asesor de Medicamentos del Ministerio de Sanidad, lo hizo por ese expertise profesional que alguien más ha creído oportuno aprovecharlo. Esto se demostró también cuando Chus Lamas pasó de un SFH a dirigir la AEMPS. Somos una profesión influyente pero todavía echo de menos a FH en áreas relacionadas con el medicamento en las que no estamos incorporados, todavía queda trabajo por hacer.

Una visión global valorada

En mi caso, tras realizar la residencia en el Ramón y Cajal de Madrid empecé mi trayectoria profesional en el Hospital General de Ciudad Real, un centro más pequeño, pero en pleno despliegue y desarrollo asistencial, incluido el SFH. Se potenciaron o crearon entonces la comisión de Farmacia, la de Antibióticos, la de Nutrición... y tuve la fortuna de participar en todas ellas. Esta participación junto a mi pasión por conocer los procesos internos seguramente tuvo que ver con que años más tarde ocupara la subdirección del área médica del hospital donde estuve 4 años. En aquel entonces, empecé a formarme de manera complementaria ya que la FH te permite entrar en gestión clínica, procesos, calidad, pero faltaba ese plus formativo. Después fui jefe de servicio de Farmacia y a partir de ahí me llegó la propuesta de ámbito regional para ser Jefa del área de farmacia del SESCAM. En 2019, tras el arranque de legislación, pasé a la Consejería de Sanidad como Directora General de Planificación, Ordenación e Inspección sanitaria con competencias en ordenación farmacéutica, planificación farmacéutica e inspección sanitaria farmacéutica.

¿FH técnico o FH gestor?

Es una reflexión difícil, la de darle más peso a uno u otro perfil, pienso que la FH es ambivalente. Todo lo que aprendemos en la FH con el ejercicio, de nuestra profesión va orientado a buscar espacios de consenso, participación, negociación ... porque todo en el hospital ha de ser y es multidisciplinar, y en el terreno del medicamento más aún.

En un hospital se entremezclan procesos, decisiones, compromiso, emociones, profesionales y personas sobre las cuales el FH interviene de manera transversal, esto da un bagaje que sirve para cualquier otra tarea en la Administración sanitaria. Sin embargo, en el ámbito hospitalario está todo muy controlado, restringido, centrado en el medicamento, mientras que, en la Administración hay que dar un paso atrás, ponerse las gafas de lejos y no estar solo en el ámbito de la gestión sino en el de la mejora de la salud en un sentido mucho más amplio y generalista. Podemos concluir que hay una parte común que tiene que ver con la gestión de personas y procesos, pero también hay otra diferente que es ese paso atrás que hay que dar para tener una visión más amplia.

Siguientes pasos

Nuestra profesión está hoy muy prestigiada, con un liderazgo que nos posiciona en estructuras ciudadanas. Estamos en un buen camino porque el colectivo está cohesionado, gracias a un proceso a lo largo del tiempo que le ha llevado, además, a consolidar su nivel científico. En cuanto a ese rol de los FH en los próximos años veo un camino andado de mucho rigor que, si somos capaces de seguir consolidándolo, nos va a dar, satisfacción como colectivo profesional. Vamos a estar ahí y nos vamos a sentir útiles que es lo mejor que puedes trasladar a las generaciones venideras. En un horizonte no muy lejano veo más cohesión, más prestigio y mayor utilidad cumpliendo así con la responsabilidad y el camino marcado por esos pioneros que lo fueron marcando hace años.

Por último, como reflexión final, en mi opinión debiéramos apostar por superar el debate sobre caminar hacia una mayor especialización o hacia una concepción más generalista, también el debate entre el papel asistencial o el papel gestor. Creo que deberíamos conjugar todo, integrar tendencias y superarlas en un mismo objetivo que es el de generar salud para las personas a través del medicamento conscientes de que muchas veces la salud está en el medicamento, pero en otras está fuera de él. La gestión del medicamento tiene muchas vertientes como la seguridad, eficiencia, eficacia, la efectividad... pero tiene algo sobre lo que debemos poner nuestro foco que es el de generar salud en mayúsculas. Esta es la reflexión que sí tenemos que hacer como colectivo profesional, esto va a dar una perspectiva mucho más amplia que facilitará la integración en equipos y ser aún más valiosos para el sistema. 99

6

Premios Honoríficos

Muchos son los profesionales que han dejado huella a lo largo de los años, pero, por diferentes razones, por una decisión colegiada, por aclamación o simplemente por un sentir de la profesión ha habido tres nombres que han sido adoptados por la SEFH para designar a premios que se entregan en la Asamblea anual que tiene lugar durante el Congreso Nacional: Joaquín Bonal, José Ramón Ferrándiz y Roberto Marín. Tres líderes con tres historias que hemos querido incluir en este libro para conocer un poco mejor quienes fueron y lo que significaron para la Farmacia Hospitalaria.

CON ÉL TODO ERA POSIBLE

M^a Antonia Manges Bafalluy trabajó 18 años con Joaquín Bonal en el servicio de farmacia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Cuando habla del que fue su jefe se le ilumina la cara y tan solo tiene buenos recuerdos.



En este capítulo de premios honoríficos queremos glosar la trayectoria de este pionero cuyo nombre fue otorgado a la máxima distinción de la Farmacia Hospitalaria en España. Cuando la SEFH decidió comenzar a otorgar la medalla Joaquín Bonal, nos cuenta M^a Antonia Manges, fue una alegría no solo para la farmacia del Sant Pau y la familia del Dr. Bonal, sino para toda la profesión. Era un líder muy reconocido.

66 Coincidí 18 años con Joaquín Bonal. Me siento una privilegiada por haber compartido enseñanzas y experiencias profesionales con él y también por la amistad que me brindó. Su visión y liderazgo me impactaron desde que le conocí. Tuvo claro que el farmacéutico de hospital (FH) debía ampliar su campo de acción pasando de un enfoque profesional centrado en el medicamento, llegando hasta el paciente. Tenía el máximo compromiso con la profesión y con nuestro colectivo.

Bonal era una persona extrovertida, alegre, generosa, con un gran sentido del humor y un hombre feliz. Dio alas a nuestro equipo. Nos retaba a abrir nuevos caminos y siempre podías contar con él para seguir creciendo. Una de sus frases, “sé mucho menos que vosotros de todas las líneas que hemos puesto en marcha” daba muestras de una humildad que nos generaba confianza y nos hacía vivir como partícipes de un gran proyecto. Con él me sentí ‘a hombros de un gigante’. Así decidí titular la triste reseña para la revista Farmacia Hospitalaria que escribí en 2005 tras su fallecimiento.

Respecto a sus inicios en el mundo de la farmacia decir que su padre era farmacéutico comunitario y lo que estaba previsto es que continuara con el proyecto familiar tras su licenciatura. Eran los años 60 del siglo XX y, final-

mente, Joaquín Bonal no eligió ese camino. Afortunadamente para nuestra profesión Bonal decidió optar a una plaza de farmacéutico en el hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, un centro hospitalario de beneficencia que en aquel momento solo contaba con una farmacéutica, la Dra. Gasó (directora) y un grupo de monjas. Al poco tiempo de su incorporación se jubiló la Dra. Gasó y en un breve espacio de tiempo él le dio la vuelta al servicio. A los dos años de su incorporación consiguió constituir en Sant Pau la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Fue la primera de nuestro país, en un momento donde el número de medicamentos comercializados por la industria farmacéutica era ya importante y no existían criterios para elegir los que el Hospital requería. La selección de los medicamentos en el centro fue a lo que Bonal dio la máxima prioridad junto con el impulso y modernización de la preparación de medicamentos, un proyecto especialmente importante en un hospital de beneficencia como Sant Pau ya que podía aportar opciones terapéuticas muy eficientes.

La experiencia americana

Tras los primeros proyectos, Joaquín Bonal quiso ampliar su formación y viajó a EEUU donde realizó una formación de 6 meses en varios hospitales. Quedó fascinado por el modelo de farmacia clínica que estaban poniendo en marcha y fue allí donde comenzó a dibujar su futura aplicación en el Hospital de Sant Pau y su expansión en España.

Querría ahora dar un gran salto en el tiempo y situarme en 1996, para hacer una breve sinopsis de lo que Bonal ya había conseguido hace hoy 25 años. Me impresiona relatar que hacía 28 años que Joaquín Bonal había creado la primera comisión de farmacia y terapéutica del país, más de 20 años que había establecido el sistema de dosis unitarias con farmacias satélites en Oncología, Cardiología, Respiratorio y Medicina Interna, estructuras que potenciaron enormemente la incorporación de los farmacéuticos en los equipos multidisciplinares y sus actividades clínicas. El servicio de farmacia de Sant Pau hacía más de 15 años que contaba con un programa de mezclas intravenosas y de nutrición parenteral y más de 10 años que había iniciado el programa de farmacocinética clínica. Todas estas iniciativas fueron claves para la consolidación definitiva de la farmacia clínica.

Liderazgo transformador

A nivel asistencial, las bases eran muy sólidas, con él nunca dejamos de crecer ni llegamos al horizonte. Una de sus frases favoritas era: “todo es posible”.

Joaquín Bonal creó una Residencia en FH en Sant Pau, antes siquiera de que fuera oficial a nivel nacional. En nuestro servicio de farmacia ya había residentes con un programa que emulaba el proyecto MIR. Otro gran proyecto docente suyo fue el Curso de Introducción a la Farmacia Clínica. Lo inició en 1974 y se ha seguido realizando anualmente de manera ininterrumpida desde entonces, habiendo ya llegado a la edición número 48, manteniendo el espíritu con el que nació y actualizando anualmente su contenido. Desde 2006 pasó a llamarse Curso de Farmacia Clínica Joaquín Bonal.

Europa también se benefició del liderazgo de Joaquín Bonal. Fue presidente de la ESCF (European Society of Clinical Pharmacy) en los años 80. Además, creó y presidió la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica y fue Director General de Farmacia del Ministerio de Sanidad. Una vez jubilado, presidió la fundación Pharmaceutical Care que acoge a farmacéuticos de todos los ámbitos asistenciales: FH, Farmacia Comunitaria y Atención Primaria. Trabajó para conseguir un modelo de farmacia clínica integrador que garantizara la continuidad asistencial. Estamos en deuda con él. 99

LA PERFECCIÓN DE LA INFORMÁTICA

La SEFH decidió comenzar en 2012 a entregar el Premio de Farmacia Hospitalaria José Ramón Ferrándiz Gosalbez para manuscritos originales y revisiones sistemáticas publicadas en la Revista Farmacia Hos-



pitalaria y sus homólogas en países Latinoamericanos. El objetivo sigue siendo, desde su instauración, el de promover y premiar la innovación en el ámbito de la Farmacia Hospitalaria, mediante la publicación de originales y de revisiones sistemáticas en las revistas científico-divulgativas de nuestra especialidad.

Marta Valero Domínguez es Jefa de Servicio de Farmacia del Hospital de Valdecilla (Santander) y fue miembro del equipo de José Ramón Ferrándiz desde 1990, cuando se incorporó a dicho centro para realizar la residencia.

66 Cuando llegué a Valdecilla en 1990, José Ramón Ferrándiz ya era un ‘popé’, se trataba de un visionario con una idea clara, teníamos que implementar la tecnología y la seguridad en la base de nuestra actividad profesional. Sabía desde siempre que los hospitales son una de las organizaciones más complejas que existen y nada podía quedar al azar, esta inquietud la tenía gravada a fuego en la mente. Él supo arrastrar a su equipo, gracias a su capacidad de formar equipo y saber estimularlo, en este proyecto global, con mucho empeño, porque si se lo proponía nos arrastraba a todos hasta que se iba haciendo realidad su visión de hacia dónde teníamos que ir.

Pero esta gran personalidad comenzó a forjarse muchos años atrás, en una pequeña localidad de la provincia de Alicante llamada Mutxamel, en la que nació, que contaba con poco más de 5.000 habitantes en los años 70. En aquella década, Ferrándiz comenzó a trabajar en el Hospital General de Alicante, allí iniciaba una línea de trabajo que le acompañaría durante toda su carrera, el consenso con todos aquellos que intervenían en el circuito del medicamento. Fue una época en la que impulsó los primeros formularios de medicamentos en los hospitales y la distribución de medicamentos en dosis uni-

tarias, un sistema del que fue pionero en España. Además, trabajó en la centralización de la preparación de medicamentos parenterales y especialmente de la nutrición parenteral.

Más adelante, fruto de su inquietud, siguió trabajando con la mente puesta en la tecnología como base en todo el circuito de medicación. En 1980 impulsó la centralización de la preparación de la oncología en la farmacia del hospital y empezó a desarrollar un programa informático que ayudara a evitar errores de medicación con un circuito en el que el médico era quien prescribía, y la farmacia integraba las prescripciones que recibía en el programa de quimio. Fruto de aquello, hoy en día, el Servicio de Farmacia del Hospital de Valdecilla continúa con una producción muy importante de mezclas intravenosas.

Si profundizamos un poco más en este desarrollo tecnológico que vio la luz en la década de los 80 descubrimos que José Ramón Ferrándiz se apoyó desde el comienzo en un equipo, él siempre pensaba en rodearse de compañeros y buscaba involucrar a más profesionales. En este caso desarrolló un *software*, junto a otro compañero con aptitudes para la informática, que conseguía automatizar el módulo de órdenes médicas y de preparación de la quimioterapia, pero además optimizó la gestión de stocks consiguiendo no solo la eficiencia de puertas adentro sino crear un desarrollo que serviría para ser implantado en otros hospitales vecinos.

En el año 2000, el hospital de Valdecilla ya contaba con una intranet propia que recogía toda la información en el Servicio de Farmacia, además se utilizaba una web específica de información de medicamentos para todo el hospital, con todo ello Ferrándiz vio cómo se cumplía uno de sus sueños, incrementar la seguridad en todas las actividades que dependían de su departamento y ser proactivos en toda el área del medicamento. Éramos y somos un canal de información muy activo para todo el personal del centro hospitalario, incluyendo a médicos, enfermería y el personal del Servicio de Farmacia.

Nuevos desarrollos

El Servicio dirigido por Ferrándiz pronto se convirtió en lugar de pilotaje de nuevos desarrollos, con Grifols comenzaron a probarse los nuevos Kardex que suponían un sistema semiautomático de preparación de carros de unidosis, era una tecnología muy novedosa para automatizar el proceso de los

miles de dosis que manejaban. Además, comenzaron a probar la máquina Grifill (sistema cerrado para dosificación de soluciones estériles), una muestra más de la capacidad de liderazgo de José Ramón. Él era capaz de asumir cualquier cambio, era esa decisión la que conseguía arrastrarnos hacia adelante, todo lo que entraba en su cabeza podía hacerse, podía intentarse y si no lo conseguíamos por un camino siempre pensaba en otro.

Fruto de su empeño, José Ramón Ferrándiz ideó un programa informático que aunaba todo lo que tuviera que ver con la medicación, incluyendo tanto la prescripción por parte del médico como la validación farmacéutica. De ese desarrollo dependía toda la actividad de farmacia, incluyendo gestión, preparación, etc., este programa de prescripción asistida supuso una revolución que ayudaba en la toma de decisiones. Este éxito se inició en torno al año 2000, cuando comenzó a buscarse una colaboración con la Universidad de Cantabria que no cuajó, pero como siempre cuando una puerta se cerraba, José Ramón buscaba abrir otros caminos. En este caso consiguió contactar con un informático que tuvo la capacidad de entender perfectamente lo que Ferrándiz le iba diciendo acerca de funcionalidades, estructura y diseño. Además, aliarse con otros médicos con una gran capacidad de liderazgo, como un cirujano que trabajaba en proyectos de seguridad, y supo establecer alianzas en torno a ese programa que estaba naciendo y empezaba a ser pilotado. Se fue creando e implantando en varias plantas de nuestro hospital, poco a poco siguió creciendo y ahora mismo es una herramienta corporativa del servicio cántabro de salud y se usa en toda la Comunidad Autónoma.

Quienes trabajaron con José Ramón Ferrándiz destacan que era una persona muy inquieta, alguien que siempre estaba buscando información y novedades. Tras cualquier periodo de descanso volvía con nuevas ideas, nunca descansaba. En definitiva, siempre tuvo como máxima la seguridad y la incorporación de las tecnologías de información y comunicación (TICs) no solo en el Servicio de Farmacia sino en todos los agentes que intervenían en el circuito de la medicación.

El equipo que tuvimos la suerte de trabajar con él destacaríamos que toda esta labor profesional estaba sustentada en unos valores humanos como honestidad, rectitud, sencillez y humildad. Nunca se dejó doblegar por nadie, ni por sus superiores, y ante cualquier obstáculo o problema su actitud fue siempre de serenidad. Serenidad que supo transmitirnos en todo momento. 99

LEER, APRENDER Y COMPARTIR

Bernardo Santos Ramos fue director de la revista Farmacia Hospitalaria (2004-2008), miembro de su Comité de Redacción antes y después (de 1996 a 2000 y de 2016 a la actualidad) y Miembro de la Junta de Go-



bierno de la SEFH como delegado autonómico por Andalucía (2009 a 2011). Además, fue co-fundador del Grupo GENESIS, miembro activo de CRONOS, y participó en el Grupo 2020. Ha sido director de la Unidad de Gestión Clínica de Farmacia del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla y actualmente es FEA en Virgen del Rocío.

En 2016 la SEFH decidió crear Premio al mejor Residente en Farmacia Hospitalaria de 4º año de España y le puso el nombre de Roberto Marín. Una decisión que, tras conocer su historia, queremos narrar a quienes no tuvieron la fortuna de compartir trabajo, discusiones o momentos con él a través del recuerdo que nos acerca Bernardo Santos.

66 Para quien no conozca su historia, desgraciadamente Roberto Marín nos dejó con tan solo 37 años. Pero en tan poco tiempo fue capaz de impactar en todos aquellos que le conocimos. En mi caso tuve la suerte de disfrutar con él en los Servicios de Farmacia de los Hospitales Virgen del Rocío y Virgen de Valme de Sevilla y dentro del Grupo GENESIS de la SEFH donde, en pocos años, revolucionó la metodología de evaluación de medicamentos. Fue un andaluz sin complejos, rompió con estereotipos de nuestro territorio como el 'atraso' o la 'dependencia profesional'. Se reivindicaba profesionalmente, sin abandonar su acento andaluz, erigiéndose en un brillante comunicador y portavoz.

Todo en él era especial, intenso, conseguía exprimir todas las facetas de la vida como hizo con los estudios, donde fue premio extraordinario de carrera en Sevilla y número 2 a nivel nacional del examen FIR. Tuvimos la suerte de que entrara como Residente en Virgen del Rocío, y ya por aquel entonces nos dimos cuenta de que era una persona diferente, por sus cualidades hu-

manas, inteligente y perspicaz, pero con una sonrisa y con tiempo para escucharte. Siempre digo que hay personas inteligentes que se hacen insoportables, en su caso era todo lo contrario, fue conciliador y buscó el buen ambiente y hacer equipo.

Ambición positiva

Roberto era, además, una persona ambiciosa, en el buen sentido de la palabra. Siempre quería ir más allá, transformar nuestra Especialidad, nunca fue alguien limitado a cumplir con sus rutinas y desconectar. Le encantaba investigar e innovar, buscaba hacer cosas diferentes de lo habitual, darle vueltas a todo desde nuevos enfoques, ser creativo, pero, eso sí, desde la solidez de la metodología y la ciencia.

Recuerdo que ya de residente le proponíamos trabajos de investigación que no solo llevaba a cabo, sino que les daba una vuelta más de tuerca y nos desafiaba con aproximaciones novedosas y lúcidas. Más adelante, se incorporó al curso de evaluación de medicamentos que hacíamos desde varios años atrás y que seguimos haciendo con compañeros del Hospital Son Espases, en el que llevábamos una cierta inercia, y consiguió incorporar acciones de role playing, incluir formatos en vídeo y explicar la misma materia de manera diferente.

En aquella época aceptó un nuevo desafío dentro de la SEFH, el de Vocal de Residentes en la Junta de Gobierno, siempre lo vivía todo al máximo y estaba encantado de asumir retos. Poco más tarde se integró en el Grupo GENESIS y, como no, acabó de coordinador. Le dio un impulso increíble a su internacionalización, remodeló toda nuestra metodología y se erigió muy pronto en portavoz porque era muy buen comunicador.

También tengo que destacar su capacidad de autocrítica y de crítica con quienes estaban a alrededor pero siempre de manera constructiva, era muy asertivo. Solamente despreciaba el 'falso talento', no aguantaba a la gente que presumía de conocimientos, aquellos que son pura burbuja, con ellos era implacable y les rebatía desde la ciencia y la evidencia.

Adaptación y desarrollo

Su inteligencia emocional y capacidad empática le acompañaron en todo momento en su carrera hacia el conocimiento. Siempre intentaba rela-

cionar con el contexto y la audiencia las diapositivas de sus sesiones, buscaba excusas para motivar partiendo de entornos sociales, culturales y de manuales y libros que devoraba sin cesar para ampliar saberes. Buscó siempre la excelencia sin el despotismo, pienso que es algo raro en nuestra profesión, algo que nos hacía admirarle.

Cuando acabó la residencia se presentó a los premios Talentia que entregaba la Junta de Andalucía, por cierto, fue el primer sanitario que los ganó, siempre rompiendo barreras. Precisamente con el premio se fue a Londres a hacer un máster de un año en la Royal School of Pharmacy y allí, gracias a esa capacidad innata de adaptación y su mentalidad abierta, en poco tiempo comenzó a dominar el inglés y ampliar sus círculos sociales lo que le sirvió para continuar creciendo a nivel profesional.

Lector empedernido y transformador

Usó la internacionalización como herramienta de mejora, siempre decía: “miremos fuera a ver qué hacen otros, seguro que hay precedentes y podemos aprender”. Siempre tuvo autores referentes internacionales, pero no solo por acercarse a sus obras, sino que contactaba con ellos directamente. Esta obsesión por el conocimiento la aplicó tanto a la selección de medicamentos como disciplina en GENESIS, como incluso para su propia enfermedad, ya que llegó a contactar con el mayor experto mundial en la materia para discutir su caso. Fue buscando sus propios líderes en función de los temas que trataba e intentaba siempre forjar una relación profesional y personal.

Diagnóstico y vuelta a España

Tras conocer la noticia de su enfermedad, en Londres, enfocó su vida a aprovechar cada minuto, decía que cada día era un regalo que le daban y había que sacarle todo el jugo posible. Recuerdo que me decía: “cada día es un sueño, voy a aprovecharlo en positivo y no voy a enfadarme con nadie”. Su desarrollo profesional, como no podía ser de otra forma, continuó de manera exponencial. Fueron siete años en los que, pese a tratamientos muy duros, continuó creciendo y enseñándonos, éramos nosotros mismos los que no sabíamos cómo podía seguir adelante con todos los proyectos y su estado de salud.

En aquellos años le reclutaron como experto para los servicios centrales del Servicio Andaluz de Salud encargándole el apoyo a la política de uso racional del medicamento en Andalucía. Tiempo después fui yo mismo como jefe de servicio de Farmacia del Área Sur de Sevilla quien lo reclamé para que nos ayudara y estuvo con nosotros la última temporada de su vida, siempre sin perder la sonrisa, tendiendo puentes y construyendo. Sin descuidar una de sus actividades principales, también colaboró con la Fundación Josep Carreras en grupos de apoyo para pacientes hematológicos donde, además, desempeñó otros cargos de responsabilidad gracias a su perfil profesional.

Siempre admiré la forma en que se movía con gente de fuera del entorno de la Farmacia Hospitalaria, ya fueran economistas de la salud, epidemiólogos, o clínicos de diferentes especialidades. Recuerdo sus muchas reuniones en las diferentes comisiones en las que estaba involucrada la farmacia y cómo sabía trabajar en equipo a la hora de diseñar protocolos, consensuar decisiones, explicar estrategias o informar de datos de utilización.

Por último, no podría concluir este relato sin resaltar que, a diferencia de otros enfoques estrechos tradicionales que buscaban solo el ahorro en la política de compras, Roberto nos abrió los ojos para buscar, siempre con una base científica sólida, la sostenibilidad con perspectiva social o al menos del sistema sanitario, la equidad, la maximización del beneficio clínico, la mirada centrada en los pacientes en lugar de en la cuenta de gasto de farmacia. 99



Anexo

PREMIADOS CON LA MEDALLA JOAQUÍN BONAL DESDE SU CREACIÓN EN 2008

2009

Mercedes Mendaza

2011

Joaquín Giraldez

2013

Josep Ribas y Victor Napal

2014

Gerardo Cajaville y Concepción Barroso

2015

Francesc Puigventós

2016

Teresa Bermejo

2017

Carlos Codina

2018

Olga Delgado

2019

Ma Antonia Mangués

2020

Ma Josep Carreras

* convocatoria desierta en los años 2008, 2010 y 2012

GALARDONADOS CON EL PREMIO DE FARMACIA HOSPITALARIA JOSÉ RAMÓN FERRÁNDIZ DESDE 2011¹

La SEFH entregó hasta 2010 el 'Premio de la Fundación Española de Farmacia Hospitalaria a los mejores trabajos originales publicados en la revista Farmacia Hospitalaria'. En 2011 estos galardones pasaron a llamarse 'Premio de Innovación en Farmacia Hospitalaria Ramón Ferrándiz', y desde 2012 la denominación es 'Premio de Farmacia Hospitalaria José Ramón Ferrándiz'

2011

PRIMER PREMIO: *Aceptación de recomendaciones en el paciente con oportunidades de mejora farmacoterapéutica* / M. A. López-Montenegro Soria, M. Climente Martí, N.V. Jiménez Torres.

1º ACCÉSIT: *Consensus Methodo update the ginf formulary request form* / R. Marín Gil, B. Santos Ramos, S. Flores Moreno, E. Briones Pérez de la Blanca, J. Bautista Paloma

2º ACCÉSIT: *Monitorización de errores de medicación en dispensación individualizada mediante el método del carro centinela* / M. Pérez Cebrián, I. Font Noguera, L. Domenech Moral, V. Boso Ribelles, P. Romero Boyero, J.L. Poveda Andrés.

¹ La diferente nomenclatura de los autores obedece a cómo apareció registrado el artículo en la revista Farmacia Hospitalaria.

2012²

PRIMER PREMIO: *Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas* / M.Q. Gorgas Torner, F. Páez Vives, J. Camos Ramio, E. de Puig Cabrera, P. Jolonch Santasusagna, E. Homs Peipocho, J.A. Schoenenberger Arnaiz, C. Codina Jané y J. Gómez Arbones.

1º ACCÉSIT: *Evaluación de un protocolo de intercambio terapéutico de anti-depresivos de segunda generación: Resultados clínicos.* / F. Martínez Granados, E. Climent Grana, E. Pérez Martínez, J.P. Ordoñas Baines, J. Selva Otaolaurruchi y MA. Bernabeu Martínez.

2º ACCÉSIT: *Intervención farmacéutica al alta hospitalaria para reforzar la comprensión y cumplimiento del tratamiento farmacológico* / A. Sánchez Ulayar, S. Gallardo López, N. Pons Llobet, A. Murgadella Sancho, L. Campins Bernadas y R. Merino Méndez.

2º ACCÉSIT: *Elaboración de una relación de nombres de medicamentos similares en los que se recomienda utilizar letras mayúsculas resaltadas* / MJ. Otero López, R. Martín Muñoz, M. Sánchez Barba, R. Abad Sazatornil, A. Andreu Crespo, M. Arteta Jiménez, T. Bermejo Vicedo y G. Cajaraville Ordoñana.

2013

PRIMER PREMIO: *Desarrollo y validación de un modelo predictivo para la identificación de pacientes infectados por el VIH con problemas relacionados con los medicamentos. Estudio predictor* / R. Morillo Verdugo, MT. Martín Conde, MP. Valverde Merino, A. Illaro Uranga, JM. Ventura Cerda, J. Serrano Lopez de las Hazas, S. Plata Paniagua, O. Ibarra Barrueta, C. Moriel Sanchez, L. Ortega Valin, A. Fernández Palacín, C. Almeida González.

1º ACCÉSIT: *Eficiencia de tratamientos oncológicos para tumores sólidos en España* / I. Oyagüez, C. Frias, M. A. Seguí, M. Gómez-Barrera, MA. Casado, M. Queralt Gorgas.

2º ACCÉSIT: *Indicadores de calidad asistencial y la atención farmacéutica al paciente VIH+* / M^a T. Martín Conde, E. Monte Boquet, R. Morillo Verdugo.

² En la edición de 2012 se concedieron dos 2º accésit.

2014

PRIMER PREMIO: *Diseño de una matriz de riesgo para la valoración de los preparados estériles en los centros sanitarios* / A. M.^a Martín de Rosales Cabrera, C. López Cabezas y P. García Salom.

1º ACCÉSIT: *Análisis de la implantación de prácticas seguras en los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos* / M. J. Otero López, T. Bermejo Vicedo, AM. Moreno Gómez, MA. Aparicio Fernández, L. Palomo Cobos y Grupo trabajo TECNO de la SEFH.

2º ACCÉSIT: *Validación de polimorfismos genéticos asociados a toxicidad al tratamiento quimioterapéutico en pacientes de cáncer colorrectal* / L. Cortejoso, MI. García, P. García-Alfonso, C. Grávalos, L. Robles, E. González-Haba, M. Sanjurjo y LA. López-Fernández.

2015

PRIMER PREMIO: *Impacto de la Intervención Farmacéutica en el tratamiento del paciente mayor pluripatológico* / E. Delgado Silveira, E. M. Fernández Villalba, M. García-Mina Freire, M. S. Albiñana Pérez, M. P. Casajús Lagranja, J. F. Peris Martí.

1º ACCÉSIT: *Aclaramiento del Virus de la Hepatitis C inducido por PEG-Interferón-a y Ribavirina: Estudio Farmacogenético Multicéntrico en Hospitales Españoles* / J.R. Milara Paya, M. Outeda Macías, M. D. Aumente Rubio, P. Más Serrano, A. Aldaz Serrano, M. V. Calvo Hernández, M. S. García Simón, M. L. Martín Barbero, Grupo Trabajo SEFH-PkGen).

2º ACCÉSIT: *Implantación de un robot para la elaboración de antineoplásicos* / M. de la Paz Pacheco Ramos, A. E. Arena Peña, A. Santiago Pérez, C. Bilbao Gómez-Martino, M. D. Zamora Barrios, M. L. Arias Fernández.

2016

PRIMER PREMIO: *Evaluación de dos sistemas cerrados en el proceso de elaboración de quimioterapia parenteral* / S. Gómez Álvarez, B. Porta Oltra, M. Hernández Griso, F. Pérez Labaña y M. Climente Martí.

1º ACCÉSIT: *Comparison of the traditional pharmaceutical validation method versus an assisted pharmaceutical validation in hospitalized patients* / D. García Marco, M. V. Hernández Sánchez, S. Sanz Márquez, M. Pérez Encinas, C. Fernández-Shaw Toda, M. J. Jiménez Cerezo, J. M. Ferrari Piquero, M. Martínez Camacho.

2º ACCÉSIT: *Actualización de la estabilidad de los medicamentos citostáticos y otras mezclas intravenosas aplicando la metodología de la matriz de riesgo para la elaboración de medicamentos estériles* / A. Usaralde Pérez, P. Toro Chico y M. Pérez Encinas.

2017

PRIMER PREMIO: *Ensayo clínico aleatorizado sobre la eficacia de un equipo multidisciplinar en la morbimortalidad de pacientes ancianos atendidos en un servicio de urgencias. Diseño y resultados preliminares* / R. Santolaya Perrín, G. Jiménez Díaz, N. Galán Ramos, M. T. Moreno Carvajal, J. M. Rodríguez Camacho, J. F. Sierra Sánchez, J. Arévalo Serrano y B. Calderón Hernanz.

1º ACCÉSIT: *Estudio comparativo de preparación de fármacos peligrosos con varias modalidades de sistemas cerrados mediante simulación con fluoresceína* / E. González-Haba Peña, S. Manrique Rodríguez, A. M. Herranz Alonso, P. Pérez Castán, M. Moreno Gálvez, I. Iglesias Peinado y M. Sanjurjo Sáez.

2º ACCÉSIT: *Indicadores de calidad de tecnologías aplicadas a la farmacia hospitalaria* / E. Negro Vega, A. M. Álvarez Díaz, M. Queralt Gorgas Torner, C. Encinas Barrios, A. de la Rubia Nieto, Grupo de trabajo Tecno de la SEFH.

2018

PRIMER PREMIO: *Monitorización de la calidad del proceso farmacoterapéutico hospitalario mediante el programa paciente centinela / M. J. Fernández Megía, I. Font Noguera, M. Merino Sanjuán, J. L. Poveda Andrés.*

1º ACCÉSIT: *Uso de antineoplásicos orales en situaciones especiales en un hospital de tercer nivel: resultados en la vida real / C. García-Muñoz, P. P. Rodríguez-Quesada, J. M. Ferrari-Piquero.*

2º ACCÉSIT: *Implantación de Consultas Externas Monográficas de Atención Farmacéutica en un Servicio de Farmacia Hospitalaria / L. Margusino Framián, P. Cid-Silva, C. Martínez-Roca, M. García Queiruga, E. Fernández Gabriel, M. Mateos Salvador, M. T. Rabuñal Álvarez, M. I. Pedreira Vázquez, I. Martín Herranz.*

2019

PRIMER PREMIO: *Indicadores del uso hospitalario de antimicrobianos basados en el consumo / J. M. Gutiérrez Urbón, M. V. Gil Navarro, F. Moreno Ramos, M. Núñez Núñez, J. R. Paño Pardo, L. Periañez Párraga.*

1º ACCÉSIT: *Modelo de teleconsulta farmacéutica integrada en la historia clínica electrónica del paciente / M. Sanmartín Ucha, G. Piñeiro Corrales, Grupo de Trabajo de continuidad asistencial de la EOXI Vigo.*

2º ACCÉSIT: *Análisis bioquímico como método eficiente para aumentar la seguridad de la nutrición parenteral en neonatos / C. Salazar Santander, M. T. Miana Mena, B. González de la Presa, C. López Cabezas.*

2020

PRIMER PREMIO: *Minimización de costes del mantenimiento con rituximab a intervalos fijos o individualizados en vasculitis por anticuerpos contra el citoplasma de los neutrófilos / A. B. Guisado Gil, M. Muñoz Burgos, B. Santos Ramos, A. Ortega Eslava, F. J. García Hernández.*

1º ACCÉSIT: *Administración intrapleural secuencial de agentes fibrinolíticos y dornasa alfa en el empiema. Protocolo de uso clínico en base a su estabilidad fisicoquímica / C. Bastida Fernández, C. Salazar Santander, D. Soy, D. Sánchez, C. Díez.*

2º ACCÉSIT: *Encuesta de situación de la telefarmacia aplicada a la atención farmacéutica a pacientes externos de los servicios de farmacia hospitalaria en España durante la pandemia por la COVID-19 / B. Tortajada Goitia, R. Morillo Verdugo, L. Margusino Framiñán, J. A. Marcos Rodríguez, C. Martínez Fernández-Llamazares.*

GANADORES DEL PREMIO ROBERTO MARÍN AL
MEJOR RESIDENTE DESDE SU CREACIÓN EN 2016

2016

Rosa Cantudo

2017

Mercedes Manzano

2018

Marta Miarons

2019

Sergio Marín

2020

Yared González

25
años

(1995-2020)



Colabora:

