



ORIGINALES

Artículo bilingüe inglés/español

Variabilidad de la prestación farmacéutica a centros sociosanitarios residenciales desde los servicios de farmacia de hospital

Variability of pharmaceutical provision to nursing homes from hospital pharmacy services

María Rosa Cantudo-Cuenca¹, María Dolores Cantudo-Cuenca², Belén María Muñoz-Cejudo¹, Julio Cañizares Huarte-Mendicoa³

¹Servicio de Farmacia, Hospital San Agustín, Linares, Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén, Jaén. España. ²Servicio de Farmacia, Hospital San Juan de Dios, Sevilla. España. ³Centro Residencial para Personas Mayores de Heliópolis, Sevilla. España.

Autor para correspondencia

María Rosa Cantudo Cuenca
Avda. San Cristóbal s/n. 2.ª planta.
23700 Linares (Jaén), España

Correo electrónico:
rosa_cantudo@hotmail.com

DOI: 10.7399/fh.11104

Resumen

Objetivo: Analizar la situación y la posible variabilidad de la prestación farmacéutica a centros sociosanitarios residenciales públicos incluidos en un proyecto piloto vinculados a un servicio de farmacia de hospital del Servicio Andaluz de Salud.

Método: Estudio multicéntrico transversal. Se diseñó un cuestionario que incluye preguntas englobadas en: características del centro, legislación, guía farmacoterapéutica y prescripción, preparación y transporte, dispensación, administración, actividad farmacéutica y datos asistenciales.

Resultados: Se incluyeron los 13 centros del proyecto piloto; todos respondieron las 36 preguntas del cuestionario. Todos disponían de depósito de medicamentos. Todos dispensaban en dosis unitaria individualizada. Tres centros sociosanitarios no disponían de puesto de trabajo para el farmacéutico. El farmacéutico no se desplazaba al centro en tres de ellos.

Conclusiones: Aunque existe cierta variabilidad en la prestación farmacéutica a los centros sociosanitarios del pilotaje, se han identificado tanto fortalezas (por ejemplo, dispensación de medicamentos en dosis unitaria), como puntos de mejora (como el aumento de la presencia del farmacéutico en los centros).

Abstract

Objective: To analyse the situation and the possible variability of pharmaceutical provision to public nursing homes included in the "Project pilot" from hospital pharmacy services of the Andalusian Health Service.

Method: Cross-sectional multicenter study. A questionnaire of 36 questions including: nursing homes characteristics, legislation, pharmacotherapeutic guide and prescription, preparation and transport, dispensation, administration, pharmaceutical activity and healthcare data.

Results: We included 13 nursing homes. Everyone had a medicines store. All dispensed in individualized unit dose. Three nursing homes did not have a work space for the pharmacist. The pharmacist did not move to the nursing home in three of them.

Conclusions: Although there is variability in the pharmaceutical provision to nursing homes included in the "Pilot Project", we have identified strengths (unit dose system of medication distribution) and opportunities to improve (increase of the time of presence of the pharmacist in the nursing homes).

PALABRAS CLAVE

Centros sociosanitarios; Encuestas y cuestionarios;
Atención farmacéutica; Servicio de Farmacia Hospitalaria;
Proyecto piloto.

KEYWORDS

Nursing homes; Surveys and Questionnaires;
Pharmaceutical care; Hospital pharmacy service;
Pilot project.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia
Articles published in this journal are licensed with a
Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
La revista Farmacia no cobra tasas por el envío de trabajos,
ni tampoco por la publicación de sus artículos.

Introducción

La sociedad está sufriendo un progresivo y sostenido aumento de edad, lo que conlleva un incremento en la incidencia de enfermedades crónicas. El actual cambio de paradigma sanitario está generando reformas en el modelo asistencial con el fin de aportar continuidad asistencial, integración de los procesos y coordinación sociosanitaria, garantizando al mismo tiempo la sostenibilidad del sistema sanitario^{1,2}.

La prestación farmacéutica (PF) en los centros sociosanitarios residenciales (CSSR) constituye un punto clave para la mejora de la calidad asistencial y la optimización de los recursos sanitarios. En este sentido, el Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones³ establece medidas relativas a la atención farmacéutica en los centros de asistencia social. En concreto, especifica la obligación de establecer un servicio de farmacia hospitalaria (SFH) propio en los centros de 100 o más camas, o bien, mediante acuerdos o convenios, un depósito de medicamentos vinculado al SFH de la red pública de referencia³.

Esta nueva situación legal ha obligado a las comunidades autónomas a reestructurar su modelo de atención farmacéutica y, en los últimos años, gran parte de los gobiernos regionales han incluido en sus respectivas leyes de ordenación farmacéutica la regulación de la PF en CSSR. Sin embargo, aunque son muchas las comunidades autónomas que han desarrollado esta normativa, existe gran disparidad en los modelos desarrollados en el conjunto de España^{4,5}, e incluso aún quedan algunas que no se han ajustado al marco legal propuesto⁶.

Después de la Ley 22/2007, de 18 de septiembre, de Farmacia de Andalucía⁷ se publicó, en enero de 2016, el Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de PF en los CSSR de Andalucía⁸, que regula la organización de la gestión de la PF del Sistema Sanitario Público de Andalucía en los CSSR, para las personas residentes con derecho a la misma. A diferencia del Real Decreto-Ley 16/2012³, el Decreto andaluz indica la obligatoriedad de disponer, en los CSSR con más de 50 camas, de un depósito de medicamentos vinculado al SFH del hospital del Servicio Andaluz de Salud, dentro de su área de salud de referencia.

La aplicación de dicho Decreto comenzó en septiembre de 2016, en formato piloto, en los CSSR públicos de la Junta de Andalucía con gestión propia, dependientes de la Dirección General de Personas Mayores y más de 50 camas⁸. Tomando como punto de partida que las autoridades competentes no han dado instrucciones sobre cómo llevar a cabo el procedimiento de implantación de la PF a los CSSR del proyecto piloto, dicha prestación podría haberse iniciado de forma no homogénea. Por tanto, la finalidad del presente estudio es proporcionar información de los distintos modelos establecidos e identificar fortalezas y puntos de mejora ante la posible extensión del proyecto a otros centros.

El objetivo del trabajo es analizar la situación y la posible variabilidad de la PF a los CSSR, incluidos en el proyecto piloto, vinculados a un SFH del Servicio Andaluz de Salud en su área de salud de referencia.

Métodos

Estudio multicéntrico transversal. Para analizar la situación después de 16 meses del inicio del pilotaje, se diseñó un cuestionario cuya versión inicial, propuesta por los autores del estudio y con 42 preguntas, fue revisada por dos expertos colaboradores externos teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Adecuación de las preguntas: si permitían obtener la información requerida.
- Tipo de enunciado: adecuación del enunciado en cuanto a su expresión, redacción y extensión de los ítems.
- Estructura del cuestionario: idoneidad de la categorización de las preguntas y si seguían un orden lógico.

El cuestionario revisado fue remitido a través de correo electrónico en enero de 2018 a cada uno de los farmacéuticos de hospital responsables de CSSR de los SFH (12) que iniciaron, en septiembre de 2016, el proceso piloto de implantación de la PF a 13 CSSR de la Junta de Andalucía con gestión propia dependientes de la Dirección General de Personas Mayores y más de 50 camas (dos CSSR estaban vinculados a un mismo SFH con dos farmacéuticos de hospital responsables). Todas las preguntas debían ser respondidas obligatoriamente. Un mes después se realizó un recordatorio telefónico a aquellos que no habían contestado.

Estos centros tenían residentes dependientes y/o no dependientes. La situación de dependencia se determinó en función del nivel de autonomía de los residentes, obtenida mediante nueve variables del Conjunto Mínimo Básico de Datos, y de la intensidad del cuidado requerido, medido con el tiempo de enfermería⁹.

El registro y análisis de datos se realizó en Excel® 2007 entre marzo y abril de 2018. Se realizó un análisis descriptivo mediante media y desviación estándar (DE), o bien, mediana y rango intercuartílico, en caso de asimetría, para variables cuantitativas, y mediante frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.

Resultados

La versión final del cuestionario constaba de 36 preguntas. Seis se excluyeron, tras la revisión y consenso de los dos expertos, por no tener relevancia para el estudio. Éstas fueron agrupadas en siete secciones: a) características del CSSR (5 preguntas), b) legislación (3), c) guía farmacoterapéutica (GFT) y prescripción (5), d) preparación y transporte (7), e) dispensación (6), f) administración (3), g) actividad farmacéutica y datos asistenciales (7). Las preguntas del cuestionario se clasificaron en variables estadísticas: cuantitativas (5) y cualitativas (31), siendo estas últimas cerradas de tipo sí/no (20) o cerradas de opción múltiple (11).

Todos los farmacéuticos que iniciaron el pilotaje respondieron el cuestionario; el 69,2% tras el correo electrónico enviado, el resto después de contactar telefónicamente. Los diferentes SFH comenzaron la PF a CSSR en distintas fechas. Cuatro de ellos lo iniciaron en el año 2016; seis, en el primer semestre de 2017; un centro, en julio de 2017, y los otros dos, en octubre de 2017.

El número total de camas disponible fue 1.909, siendo la ocupación del 74,9%. Dos de los CSSR tenían más de 200 camas disponibles; siete, entre 100 y 200 camas; el resto, menos de 100. Tres centros tenían sólo residentes dependientes, en el resto residían tanto éstos como no dependientes. En cuanto a la atención farmacéutica prestada tras la implantación del piloto, todos disponían de depósito de medicamentos y *stock* para urgencias y/o patologías agudas. Diez centros disponían de un libro de contabilidad de estupefacientes y todos conservaban éstos bajo llave. En nueve centros se consensó una GFT. La mayoría de ellos implantó la prescripción electrónica asistida en todas las camas. Todos dispensaban en dosis unitaria individualizada. Tres CSSR no disponían de puesto de trabajo para el farmacéutico. El farmacéutico no se desplazaba al centro en tres de ellos. En la tabla 1 se presentan los resultados del cuestionario.

Discusión

Nuestro estudio refleja la variabilidad en la implantación de la PF a los CSSR incluidos en el pilotaje, consecuencia de la falta de directrices dadas de forma previa al inicio de este proyecto. Otro factor al que puede atribuirse dicha variabilidad es la diferencia en cuanto a la cartera de servicios de cada SFH. Además, aunque la ratio de dedicación contemplada en el Decreto⁸ es de 25 minutos para el farmacéutico, por cama y mes, no se está cumpliendo igualmente en todos los centros, hecho que puede influir en las distintas actividades farmacéuticas llevadas a cabo. Por otro lado, la implicación de los CSSR es otro de los puntos clave. De acuerdo con esto, el farmacéutico de hospital responsable de cada centro ha desarrollado la actividad de la mejor forma posible.

A través de este trabajo identificamos las fortalezas del pilotaje, dentro de las cuales encontramos que todos cuentan con un depósito de medicamentos con *stock* para urgencias y/o patologías agudas. Uno de los puntos clave de la atención farmacéutica especializada es el establecimiento de un sistema de gestión farmacoterapéutica basado en la evaluación y selección de medicamentos y productos nutricionales, mediante la creación de una Comisión de Farmacia y Terapéutica propia o la incorporación de representantes de los CSSR a la Comisión de Farmacia y Terapéutica del hospital, teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes y el nivel asistencial de los centros⁶. En más de dos tercios de los centros del pilotaje se ha consensado una GFT. Por otro lado, la integración de los sistemas de información y la utilización de las aplicaciones corporativas de prescripción electrónica asistida, implantada en 12 de los centros, ha permitido la dispensación de medicamentos en todos los centros por un sistema de dispensación en dosis unitaria individualizada. Ambos aspectos contribuirán

Tabla 1. Respuestas del cuestionario realizado a los 13 centros sociosanitarios residenciales

Pregunta del cuestionario	
a) Características del CSSR	
Camas disponibles: media (DE)	146,8 (58,9)
Camas ocupadas: media (DE)	110,0 (50,6)
Residentes dependientes: n (%)	989 (69,2)
Residentes no dependientes: n (%)	441 (30,8)
N.º de centros con depósito de medicamentos: n (%)	13 (100,0)
N.º de centros con stock para urgencias y/o patologías agudas: n (%)	13 (100,0)
N.º de centros con stock "de reserva" de medicación crónica habitual: n (%)	11 (84,6)
b) Cumplimiento de la legislación	
N.º de centros con compromiso de gestión* firmado: n (%)	10 (76,9)
N.º de centros que cuentan con libro de contabilidad de estupefacientes: n (%)	10 (76,9)
N.º de centros que conservan los estupefacientes bajo llave: n (%)	13 (100,0)
c) GFT y prescripción	
N.º de centros con GFT consensuada entre farmacéuticos de hospital y médicos: n (%)	9 (69,2)
Incluye anexos con información relevante: n (%)	4 (44,4)
Publicada con registro ISBN: n (%)	4 (44,4)
Principios activos incluidos en las GFT: media (DE)	280,3 (40,0)
N.º de centros con prescripción electrónica asistida en todas las camas: n (%)	12 (92,3)
N.º de centros según el programa de prescripción electrónica asistida utilizado: n (%)	
- APD ATHOS-Prisma®	10 (76,9)
- Farmatools®	3 (23,1)
Medicamentos no incluidos en GFT prescritos en cada CSSR** (en el momento de responder la encuesta): media (DE)	4,8 (5,9)
N.º total de residentes en todos los CSSR con uno o más medicamentos prescritos no incluidos en GFT (en el momento de responder la encuesta): n (%)	62 (4,3)
d) Preparación y transporte	
N.º de centros según la automatización o no en la preparación de los tratamientos individualizados de los residentes: n (%)	
- Automatizada (carrusel vertical)	5 (38,5)
- Manual	8 (61,5)
N.º de centros según la automatización o no en la preparación de reposición de medicamentos de stock: n (%)	
- Automatizada (carrusel horizontal)	2 (15,4)
- Manual	11 (84,6)
N.º de centros según el transporte de tratamientos individualizados: n (%)	
- Bolsas de plástico con cierre hermético individualizadas por residente y organizadas en cajas	7 (53,8)
- Carros de medicación con un cajetín para cada cama	4 (30,8)
- Maletín con cajetines de medicación	1 (7,7)
- Bandeja de distribución de medicación con siete pastilleros semanales extraíbles	1 (7,7)
N.º de centros a los que se transporta la medicación termolábil con dispositivo de registro de temperatura: n (%)	1 (7,7)
N.º de centros según el encargado del transporte de la medicación individualizada y de stock: n (%)	
- SFH	12 (92,3)
- CSSR	1 (7,7)
N.º de centros según los días de transporte de medicación por semana: n (%)	
- 1 día	4 (30,8)
- 2 días	7 (53,8)
- 7 días	2 (15,4)
N.º de centros según el encargado del transporte de medicación de urgencia: n (%)	
- SFH	4 (30,8)
- CSSR	8 (61,5)
- Recetas a oficina de farmacia***	1 (7,7)
e) Dispensación	
N.º de centros con sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria: n (%)	13 (100,0)
N.º de centros según la periodicidad de dispensación: n (%)	
En residentes dependientes (n = 13):	13 (100,0)
- Semanal	0 (0,0)
- Mensual	
En residentes no dependientes (n = 10):	4 (40,0)
- Semanal	6 (60,0)
- Mensual	

Tabla 1 (cont.). Respuestas del cuestionario realizado a los 13 centros sociosanitarios residenciales

Pregunta del cuestionario	
e) Dispensación (cont.)	
N.º de centros con dispensación de medicamentos excluidos de la financiación del Sistema Nacional de Salud pero incluidos en la GFT del hospital de referencia: n (%)	8 (61,5)
N.º de centros con dispensación de medicamentos de diagnóstico hospitalario y uso hospitalario: n (%)	13 (100,0)
N.º de centros con residentes con asistencia sanitaria privada: n (%)	8 (61,5)
N.º de centros según el responsable de la notificación de errores de dispensación: n (%)	
- Enfermería	12 (92,3)
- Médico	1 (7,7)
f) Administración	
N.º de centros según el sistema de administración: n (%)	
- Vasitos diarios	3 (23,1)
- Bandejas diarias	9 (69,2)
- Bandejas semanales	1 (7,7)
N.º de centros con residentes con soporte nutricional (en el momento de responder la encuesta): n (%)	10 (76,9)
Residentes con soporte nutricional por CSSR (en el momento de responder la encuesta): mediana (rango intercuartílico)	3,0 (5,0)
g) Actividad farmacéutica y datos asistenciales	
N.º de centros con puesto de trabajo para el farmacéutico de hospital: n (%)	10 (76,9)
N.º de centros con acceso remoto habilitado al terminal del SFH a través de una red privada virtual: n (%)	9 (69,2)
N.º de centros según la presencia física del farmacéutico (horas/semana): n (%)	
- Ninguna	3 (23,1)
- 1 a 6	6 (46,1)
- 7 a 12	4 (30,8)
N.º de centros en los que el farmacéutico controla la indicación de los medicamentos con visado de inspección: n (%)	10 (76,9)
N.º de centros en los que el farmacéutico realiza conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales: n (%)	12 (92,3)
N.º de centros en los que el farmacéutico realiza recomendaciones de administración de medicamentos y de compatibilidad con la nutrición enteral: n (%)	5 (38,5)
N.º de centros en los que el farmacéutico realiza actividades de farmacocinética e individualización posológica: n (%)	1 (7,7)

CSSR: centro sociosanitario residencial; DE: desviación estándar; GFT: guía farmacoterapéutica; n: número de CSSR; SFH: servicio de farmacia hospitalaria.

*Compromiso de gestión: documento normalizado con las actuaciones que el servicio de farmacia hospitalaria realizará conforme a lo establecido en el Decreto 512/2015⁸, y que debe ser suscrito por las personas responsables de la gestión tanto del centro hospitalario como del centro sociosanitario residencial.

**De éstos, solamente aquellos medicamentos no incluidos en guía farmacoterapéutica e incluidos en la financiación del Sistema Nacional de Salud son dispensados por el servicio de farmacia del hospital.

***Modelo de prestación farmacéutica a centros sociosanitarios residenciales anterior al Decreto 512/2015⁸.

al desarrollo de una atención farmacéutica especializada adecuada, con la valoración integral del paciente y la revisión continua y periódica de los tratamientos, actividades recomendadas según la bibliografía publicada⁶. Otra de las fortalezas, incorporada en todos los centros del pilotaje, es la cobertura de las necesidades de tratamiento con medicamentos de diagnóstico hospitalario y uso hospitalario en el propio centro, evitando la derivación al hospital. Además, el farmacéutico realiza la conciliación en las transiciones asistenciales en la mayoría de los CSSR.

Cabe destacar los puntos de mejora identificados tras el análisis del cuestionario, como una mayor automatización en la preparación de los tratamientos individualizados, con el fin de reducir los errores de medicación, tal y como se refleja en algunos trabajos¹⁰, y el transporte de la medicación termolábil con dispositivo de registro de temperatura para garantizar su adecuada conservación. Disponer de un puesto de trabajo para el farmacéutico (tres centros de nuestro estudio no cuentan con uno), así como tener acceso remoto al terminal del SFH a través de una red privada virtual (cuatro no lo tienen habilitado), es esencial para aumentar el tiempo de presencia física del farmacéutico en los CSSR. El objetivo es aumentar la integración del farmacéutico en el equipo interdisciplinar y mejorar la atención farmacéutica prestada, por ejemplo, la realización de recomendaciones de administración de medicamentos y de compatibilidad con el soporte nutricional, actividades que no se realizan en más del 60% de los centros del pilotaje. Únicamente se realizan actividades de farmacocinética e individualización posológica en uno de los centros del pilotaje, lo que puede deberse a que el farmacéutico responsable de este trabajo es distinto al encargado de la atención farmacéutica a CSSR.

Este aspecto es otra de las mejoras a implantar en aquellos centros donde el SFH de referencia disponga de esta actividad en su cartera de servicios.

Hasta el momento no existe ningún estudio en España donde se analice la situación y variabilidad de la PF a los CSSR de una comunidad autónoma. A nivel nacional existen algunos documentos que analizan diferentes modelos asistenciales. Un informe, publicado en 2013, contempla la variedad de experiencias de PF que podemos encontrar en España, tanto desde la oficina de farmacia como desde servicios de atención especializada; analiza la situación de aquel momento y hace una propuesta para su desarrollo desde los servicios de farmacia⁶. En España, la asistencia farmacéutica especializada en CSSR se ha desarrollado principalmente mediante dos modelos: creando un SFH propio de CSSR con o sin depósitos de medicamentos en otros CSSR vinculados al mismo o bien mediante el SFH del hospital de referencia con depósito de medicamentos en el CSSR⁶. El modelo implantado en todos los CSSR incluidos en nuestro estudio se basa, al igual que en otro estudio publicado en nuestro país¹¹, en la creación de depósitos de medicamentos vinculados a un SFH, establecidos mediante acuerdos entre las Consejerías competentes. Este estudio aborda algunos aspectos similares a los de nuestro cuestionario, y que dan valor a la atención farmacéutica especializada, como son: el desarrollo de un sistema de GFT para la gestión de la farmacoterapia; un sistema de distribución de medicamentos semanal, al igual que en todos los residentes dependientes de los centros del pilotaje; la dispensación de medicamentos de uso hospitalario, y la implantación de la prescripción electrónica asistida en los CSSR, entre otros.

Como limitaciones del estudio destacamos que el cuestionario utilizado no está validado. Además del bajo número de CSSR incluidos en el proyecto piloto del Decreto 512/2015⁸, todos ellos son de una misma comunidad autónoma, por lo que los resultados no serán muy generalizables. Otra limitación es que, en el momento del envío del cuestionario, dos SFH llevaban prestando el servicio tan sólo tres meses, hecho que puede ser una posible fuente de variabilidad en la atención prestada.

Una de las líneas futuras de investigación podría ser analizar cómo las diferencias en el procedimiento de implantación de la PF pueden influir en la calidad de la atención prestada o de los resultados en salud.

Podemos concluir que, aunque existe cierta variabilidad intercentros en cuanto a la PF, se han identificado fortalezas, principalmente la dispensación de medicamentos en todos los centros por un sistema de dispensación en dosis unitaria, y puntos de mejora, destacando la necesidad de aumentar el tiempo de presencia física del farmacéutico en los centros.

Financiación

Sin financiación.

Agradecimientos

Raúl Albornoz López, Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Susana Belda Rustarazo, Servicio de Farmacia, Campus de la Salud, Granada. Susana Cifuentes Cabello, Servicio de Farmacia, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. Jesús M.º Fernández Martín, Servicio de Farmacia, Hospital Regional de Málaga, Málaga. Estefanía Gabella Bazarot, Servicio de Farmacia, Hospital Nuestra Señora de la Merced, Osuna (Sevilla). Miriam Gallego Galisteo, Servicio de Farmacia, Hospital Punta de Europa,

Bibliografía

1. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. [Monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [consultado 15/5/2018]. Disponible en: <https://www.apeto.com/assets/asociosanitaria2011.pdf>
2. Ferrer-Arnedo C, Orozco-Beltrán D, Román-Sánchez P, coordinadores. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [Monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [consultado 15/5/2018]. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
3. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, n.º 98, 24 de abril de 2012.
4. Aliberas J, Catalán A, Pons JMV. Modelos asistenciales de prestación farmacéutica en centros sociosanitarios. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
5. Peris-Martí JF, Fernández-Villalba E, Bravo-José P, Sáez-Lleó C, García-Mina Freire M. Reflexión sobre la prestación farmacéutica en centros sociosanitarios; entendiendo la realidad para cubrir las necesidades. *Farm Hosp*. 2016;40(4):302-15. DOI: 10.7399/fh.2016.40.4.10430
6. Peris Martí JF, Fernández Villalba E, García-Mina Freire M, Santos Ramos B, Albiñana Pérez MS, Delgado Silveira E, *et al*. Prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios. Análisis de Situación y Propuesta CRONOS-SEFH. [Monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2013 [consultado 23/4/2018]. Disponible en: http://www.sefh.es/sefhpdfs/dossier_CRONOS_2013.pdf
7. Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, n.º 254, 28 de diciembre de 2007.
8. Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, n.º 2, 5 de enero de 2016.
9. Duque JM, Mateo A, coordinadores. Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidades de servicios. [Monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007 [consultado 23/9/2018]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imsersocalidad-01.pdf>
10. James KL, Barlow D, McArtney R, Hiom S, Roberts D, Whittlesea C. Incidence, type and causes of dispensing errors: a review of the literature. *Int J Pharm Pract*. 2009;17:9-30.
11. Martín Alcalde E, Blanco Crespo M, Horta Hernández AM. Implantación de un Modelo de Atención Farmacéutica Especializada en centros sociosanitarios. *Rev OFIL*. 2017;27(3):241-6.

Algeciras (Cádiz). Lucrecia García Martínez, Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Beatriz García Robredo, Servicio de Farmacia, Hospital Nuestra Señora de la Merced, Osuna (Sevilla). M.º del Pilar López López, Servicio de Farmacia, Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén). Rosario Mora Santiago, Servicio de Farmacia, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. Raquel Sánchez del Moral, Servicio de Farmacia, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. Bernardo Santos Ramos, Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Virgen del Rocío. Victoria Vázquez Vela, Servicio de Farmacia, Hospital Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera (Cádiz).

Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

Aportación a la literatura científica

El estudio muestra la situación de la prestación farmacéutica desde los servicios de farmacia de hospital a los centros sociosanitarios residenciales públicos de la Junta de Andalucía incluidos en el proyecto piloto y la variabilidad de ésta; datos obtenidos mediante envío de un cuestionario diseñado a tal efecto. Hasta la fecha no hay ningún estudio en España de estas características.

Los resultados del estudio indican que, aunque existe cierta variabilidad en la prestación farmacéutica a los centros sociosanitarios residenciales del pilotaje, se han identificado tanto fortalezas, principalmente la dispensación de medicamentos en dosis unitaria, como puntos de mejora, destacando la necesidad de un aumento de la presencia del farmacéutico en los centros.