



EDITORIAL

Artículo bilingüe inglés/español

La prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios: navegando entre dos aguas

Pharmaceutical benefits in nursing homes: falling between two stools

Salvador Peiró¹

¹Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO), Valencia, Spain. Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), Valencia, España.

Autor para correspondencia

Salvador Peiró

FISABIO

Avda. Catalunya 21, 46020 Valencia.

Correo electrónico:

peiro_bor@gva.es

Recibido el 20 de marzo de 2019;

aceptado el 27 de marzo de 2019.

DOI: 10.7399/fh.11247

Cómo citar este trabajo

Peiró S. La prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios: navegando entre dos aguas. Farm Hosp. 2019;43(3):79-81.

El perfil de los centros sociosanitarios: personas frágiles con enfermedades crónicas y polimedicaadas

En España hay algo más de 5.400 centros sociosanitarios (CSS), con alrededor de 400.000 plazas^{1,3}, un 4-5% de nuestros mayores de 65 años que causarían unos 140 millones de estancias anuales, casi cinco veces más que las causadas en hospitales de agudos. El 77% de los residentes tienen 80 o más años² e incorporan una significativa proporción de personas con problemas de dependencia, deterioro cognitivo, malnutrición, riesgo de úlceras por presión, de caídas y un buen número de enfermedades crónicas⁴, en muchos casos combinadas en forma de plurimorbilidad.

La mayor parte de estas enfermedades crónicas cursan con exacerbaciones y recurrencias, deterioro progresivo, incapacidad funcional, pérdida de autonomía y, a medio-largo plazo, muerte. El camino de la residencia a urgencias, al hospital general y al de media-larga estancia es recorrido constantemente en ambas direcciones. En promedio, la salud de estas personas es peor que las de su misma edad y sexo que se mantienen en la comunidad. Requieren servicios sanitarios complejos, diseñados para la atención a largo plazo, integrados y coordinados a través del continuo de atención, con acceso a diversos profesionales, a diferentes niveles asistenciales y a distintos recursos. Y, aun con muchas experiencias de interés en las diferentes comunidades autónomas (CCAA), los sistemas sanitario y sociosanitario tienen mucho camino por recorrer en esta tarea.

La prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios: dos modelos para un mismo objetivo

La mayor parte de estos pacientes toman más de cinco fármacos diarios, y muchos más de 10, incluyendo benzodiazepinas, hipnóticos, antipsicóticos, analgésicos (incluidos opioides) y antiinflamatorios, antiagregantes y anticoagulantes orales, insulina, etc. La polimedicaación suele ser necesaria en pacientes con plurimorbilidad, pero los efectos adversos son una de las principales causas de hospitalización en personas mayores^{5,7}. Muchas personas tomando muchos medicamentos al día durante muchos

días supone mucho gasto farmacéutico (aunque lo del gasto depende de la perspectiva: lo que para unos son gastos, para otros son ingresos). A cifras promedio de gasto farmacéutico por pensionista (aproximadamente 1.000 euros/año), esos 400.000 residentes supondrían 400 millones de euros en farmacia comunitaria (sin contabilizar copagos). Pero probablemente su consumo es mayor que el promedio y añade un elevado empleo de fármacos para síntomas menores y suplementos no reembolsados, y de productos sanitarios (pañales para incontinencia, empapadores, otros). Los CSS son un mercado importante, tanto para las CCAA que los sufiran como para los proveedores que recibirán esos ingresos a cambio de los bienes y servicios que presten.

Las CCAA han abordado la prestación farmacéutica en los CSS mediante dos modelos diferenciados: los servicios de farmacia hospitalaria (SFH) y la farmacia comunitaria. Todas las CCAA han combinado estos modelos, aun en proporciones y con contenidos muy diferentes⁸. El primero puede ir desde la gestión del depósito de medicamentos a la integración completa de la prestación en un SFH de hospital público o un SFH propio. Se trata de un modelo que se ha mostrado capaz de abordar las diferentes funciones de la prestación farmacéutica (desde la selección y adquisición de medicamentos a la distribución individual, pasando por los aspectos de información, seguridad, calidad y atención farmacéutica), incluyendo la investigación y la docencia^{9,10}. Adicionalmente, comporta importantes ahorros en los precios de adquisición, tanto por los mecanismos de selección y compra centralizada como por la eliminación de márgenes de distribución^{10,11}.



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.

En el modelo alternativo, una farmacia comunitaria gestiona el depósito farmacéutico de un CSS de titularidad privada. Las debilidades del modelo español de farmacia comunitaria –microempresas propiedad de un farmacéutico pensadas para la distribución minorista– limitan las economías de escala que requiere la prestación de servicios farmacéuticos a los CSS. Adicionalmente, los incentivos subyacentes en este modelo –beneficios asociados al margen de distribución y reembolso final por el Sistema Nacional de Salud (SNS) sin responsabilidad financiera del centro residencial– son inadecuados para la gestión de la prestación², no estimulan el control del gasto y desincentivan algunas intervenciones valiosas (uso de guías farmacoterapéuticas, conciliación, desprescripción, prevención de problemas relacionados con medicamentos). Con todo, y en ausencia de SFH suficientes para atender adecuadamente esos 140 millones de estancias anuales que generan los CSS, este es todavía el modelo preponderante en España para la prestación farmacéutica residencial.

Un elefante en la cristalería

Muchas personas, frágiles, con complicados problemas de salud, medicación compleja, volumen de negocio importante y recursos públicos escasos requieren una estrategia inteligente que conduzca, en un plazo prudencial, a una mejora sustancial en la calidad de la atención farmacéutica en los CSS, pero la urgencia por reducir el déficit público no era el ambiente propicio para políticas refinadas. El Real Decreto-Ley (RDL) 16/2012 irrumpió en la gestión de la prestación farmacéutica en los CSS no con un plan a medio plazo (que incluyera recursos, objetivos y gestión operativa), sino regulando en el vacío. En España, el regulador tiene cierta tendencia a legislar sin aportar el soporte presupuestario y operativo para transformar las leyes en realidades, especialmente cuando el Estado central regula y las CCAA tienen que aportar los recursos. Dos criterios no clínicos configuraron la nueva regulación: el tamaño del centro (los de más de 99 plazas asistidas requerían un SFH propio, permutable por un depósito de medicamentos vinculado al SFH público del área) y la titularidad pública/privada (los centros de menos de 100 plazas requerían un depósito vinculado al SFH del área que los centros privados podían sustituir por la vinculación a una farmacia comunitaria).

La mayor parte de las CCAA se tomaron con parsimonia la adaptación al RDL 16/2012 debido a: 1) la necesidad de actualizar las regulaciones previas; 2) las políticas de austeridad en el sector sanitario –centradas en los recursos humanos y en la prestación farmacéutica– habían desbordado la capacidad de gestión de las administraciones sanitarias autonómicas; 3) la resistencia de las farmacias comunitarias a cambios que les hacían perder otra parte (otra más) de su mercado, y 4) la medida requería una reconfiguración y ampliación de los SFH. Según la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, harían falta casi 1.200 nuevos puestos de farmacia hospitalaria –sin contar personal de apoyo– sólo para abordar las residencias de más de 99 plazas¹⁰, un incremento imposible cuando las normas presupuestarias impuestas a las CCAA deficitarias exigían la estabilización y reducción de las plantillas con un cumplimiento estricto de las tasas de reposición.

Bibliografía

- Abellán García A, Aceituno Nieto MP, Ramiro Fariñas D. Estadísticas sobre residencias: Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de julio de 2017. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2018 [consultado 15/3/2019]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2017.pdf>
- Fernández Muñoz N, Vidal Domínguez MJ, Labeaga Azcona JM, Casado Durán P, Madrigal Muñoz A, López Doblas J, et al. INFORME 2016. Las Personas Mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2017.
- DBK. Residencias para la tercera edad (Mayo 2018 – 20° edición). Resumen. Madrid: DBK; 2018 [consultado 15/3/2019]. Disponible en: <https://www.dbk.es/es/estudios/15678/summary>
- Peris-Martí JF, Fernández-Villalba E, Bravo-José P, Sáez-Lleó C, García-Mina Freire M. Reflection on the pharmaceutical service in nursing homes; understanding reality to cover needs. *Farm Hosp*. 2016;40(4):302-15.
- Wimmer BC, Cross AJ, Jokanovic N, Wiese MD, George J, Johnell K, et al. Clinical Outcomes Associated with Medication Regimen Complexity in Older People: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(4):747-53.
- Angamo MT, Chalmers L, Curtain CM, Bereznicki LR. Adverse-Drug-Reaction-Related Hospitalisations in Developed and Developing Countries: A Review of Prevalence and Contributing Factors. *Drug Saf*. 2016;39(9):847-57.
- Salvi F, Marchetti A, D'Angelo F, Boemi M, Lattanzio F, Cherubini A. Adverse drug events as a cause of hospitalization in older adults. *Drug Saf*. 2012;35(Suppl 1):29-45.
- Alberas J, Catalán A, Pons JMV. Modelos de prestación farmacéutica en centros sociosanitarios. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària; 2015.
- Martín Alcalde E, Blanco Crespo M, Horta Hernández AM. Implantación de un modelo de atención farmacéutica en centros sociosanitarios. *Rev OFIL*. 2017;27(3):241-6.

En este número de *Farmacia Hospitalaria* se describe una de estas experiencias de reconfiguración en Andalucía. Iniciada en 2016 (tres años después del RDL 16/2012) y limitada a 13 CSS públicos de más de 50 plazas³, los autores reportan una notable variabilidad entre estos CSS, tanto en recursos estructurales como en procesos. El trabajo no informa del impacto de esta variabilidad en los resultados clínicos y, de hecho, no se dispone de estudios que permitan conocer la efectividad comparativa de los diferentes modelos o el impacto de la realización o ausencia de determinadas intervenciones de atención farmacéutica. Pero, aunque no podamos cuantificar los potenciales beneficios, la variabilidad en recursos y en procesos intranquiliza.

Por dónde seguir

En los próximos años, las CCAA intentarán extender el modelo de SFH a los CSS de más de 99 plazas y a los CSS públicos de más fácil acceso para estos servicios. La regulación los encaminará a completar esta parte de la reforma pendiente. Quizás también incluyan CSS con pacientes con mayor necesidad de este tipo de atención, con independencia de su tamaño y titularidad. Pero en paralelo también deberían desarrollarse otras estrategias. Las farmacias comunitarias continuarán prestando sus servicios a muchos CSS durante mucho tiempo: los contenidos y calidad de esta atención no deberían abandonarse.

También importa diseñar los incentivos para que los CSS tengan interés en gestionar la prestación farmacéutica con criterios de eficiencia y calidad. Sustituir el reembolso de lo gastado por una financiación farmacéutica per cápita (ajustada por complejidad de los residentes) podría ayudar. Y probablemente hay otros modelos que se puedan explorar. La gestión de la prestación farmacéutica por empresas podría permitir las economías de escala que no tienen las farmacias comunitarias. Aunque es probable que el ambiente en España no esté para experimentos, son soluciones que funcionan en otros países.

La prestación farmacéutica no es el único ni el principal problema que afrontan los CSS. Estamos lejos de esa atención integral, coordinada y longitudinal que requieren estos servicios y la gestión de la prestación farmacéutica es sólo una parte de esa reforma. No parece razonable que desde la atención farmacéutica nos esforcemos en desprescribir los antipsicóticos que prescribimos desde la atención médica sin plantearnos cuándo, cómo y por dónde rompemos ese círculo. Finalmente, sorprende la casi total ausencia de información sobre la efectividad, eficiencia, calidad y seguridad de los modelos organizativos y de las intervenciones de atención farmacéutica en nuestro país. La carencia de investigación sobre estos aspectos debilita la toma de decisiones de política y gestión sanitaria. Es cierto que la política y la gestión sanitaria nunca han necesitado muchas evidencias para tomar o dejar de tomar decisiones importantes¹⁴, pero quizás es otra de las cosas que deberían cambiar.

Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

10. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. El valor de la farmacia hospitalaria. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2016 [consultado 16/3/2019]. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/El_Valor_de_la_FH.pdf
11. Peris Martí JF, Fernández Villalba EM, 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 CRO-NOS-SEFH. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2013 [consultado 16/3/2019]. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/dossier_CRONOS_2013.pdf
12. Segú Tolsa I, del Álamo O. Diseño de un modelo integral de mejora de la gestión de los medicamentos y productos sanitarios en residencias asistidas. Madrid: Fundación Edad y Vida; 2015 [consultado 16/3/2019]. Disponible en: <https://www.edad-vida.org/wp-content/uploads/2017/04/Diseno-modelo.pdf>
13. Cantudo-Cuenca MR, Cantudo-Cuenca MD, Muñoz-Cejudo BM, Cañizares Huarte-Mendicoa J. Variabilidad de la prestación farmacéutica a centros sociosanitarios residenciales desde los servicios de farmacia de hospital. *Farm Hosp.* 2019;43(3):82-6.
14. Peiró S, Meneu de Guillerna R, Márquez Calderón S. Health services research in Spain: from scientific curiosity to decision making. *Gac Sanit.* 1995;9(50):316-20.