ThiNKTANK

Grupo de Alto Nivel

Cronicidad, adherencia y Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD)

fundamed
fundación de ciencias del medicamento y productos sanitarios

Ref. TT 11/2017 SPD FUNDAMED

ThiNKTANK

fundamed
fundación de ciencias del medicamento y productos sanitarios

Grupo de Alto Nivel
Cronicidad, Adherencia y Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD)

PANEL DE EXPERTOS DE CATALUÑA

Antonio Torres
Presidente de la Federación de Asociaciones de farmacia de Cataluña (FEFAC).

Antonio Bernal
Presidente de la Alianza General de Pacientes (AGP).

Nuria Bosch
Colegio de Farmacéuticos de Barcelona (COFB).

Gloria Jodar
Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (COIB).

Jaume Sellarés
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB).

Pedro Beato
Presidente de Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) Cataluña.

Paqui Moreno
Presidenta de la Sociedad Española de Farmacia, Familiar y Comunitaria (SEFAC) de Cataluña.

Miguel Ángel Martínez Adell
Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMfiC).

Amparo Castellà
Gerència de Prestacions Farmacèutiques i Accés al Medicament, Servicio Catalán de la Salud (CatSalut).

Ana Juanes
Sociedad Española Farmacia Hospitalaria (SEFH).

Jaume Puig
Profesor titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra.

Marina Geli
Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Barcelona.

ThiNKTANK

fundamed
fundación de ciencias del medicamento y productos sanitarios

PANEL DE EXPERTOS DE VALENCIA

Jaime Giner
Presidente del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOF).

Juan José Tirado Darder
Secretario General del Colegio Enfermería de Valencia (CECOVA).

Juan Ginés Córdoba
Comisión de Salud del Parlament de Valencia de CIUDADANOS.

Cristina Aparicio
Sociedad Española De Farmacia Comunitaria (SEFAC) de Valencia.

María Teresa Climent
Presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) de Valencia.

Pablo Clerigues
Asociación Empresarial de Farmacéuticos con Oficina de Farmacia de Valencia (FARVAL).

Emilio Marmaneu
Presidente de la Fundación Alzheimer Salomé Moliner.

Silvia Ramos
Secretaria en Fundacion Alzheimer Salomé Moliner.

Concepción Vicedo
Confederación Empresarial de Oficinas de Farmacia de la Comunidad Valenciana (CONFAR).

José Antonio Monrabal
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia (ICOMV)

Luis Vañó
Presidente de Asociación de Hemofilia de la Comunidad Valenciana (Ashecova).

ThiNKTANK

fundamed
fundación de ciencias del medicamento y productos sanitarios

PANEL DE EXPERTOS DE ARAGÓN

Concepción Ferrer Novella
Presidenta del colegio Oficial de Médicos de Zaragoza (COMZ).

Francisco Javier Ruiz Poza
Presidente de la Asociación de Farmacéuticos Empresarios de Zaragoza (AFEZ).

Eduardo Satué
Presidente de la Sociedad Española de Farmacia, Familiar y Comunitaria (SEFAC) de Aragón Lifara.

Luis Miguel García Paricio
Presidente de la Societat Aragonesa de Medicina de Familiar y Comunitaria (SAMFYC).

Ramón Jordán Alva
Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza C.O.F. ZARAGOZA.

Antonio Pablo Martínez Barseló
Presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) Aragón.

Blanca Giménez Alcántara
Colegio de Enfermería de Zaragoza.

Juan Ramón Barrios
Presidente de CESIDA, Coordinadora estatal de VIH y SIDA.

Los miembros del panel de expertos no están necesariamente de acuerdo en la totalidad de las cuestiones analizadas. El documento se ha elaborado con las aportaciones de dichos expertos y refleja sus diferentes visiones y opiniones, y algunas de ellas pueden no contar con la unanimidad de los miembros.

Posicionamiento, consideraciones y conclusiones finales alcanzadas

En España la mitad de la población general padece al menos una enfermedad crónica y más del 70% en el caso de mayores de 65 años, siendo en su mayoría pluriatológicos y polimedicados. Los pacientes crónicos han pasado a ser los más demandantes en el abordaje terapéutico, los cuales consumen el 80% del gasto sanitario total. Esta situación supone un desafío para la sostenibilidad del sistema nacional de salud (SNS), por lo que debe adaptarse a las nuevas necesidades y demandas de atención socio-sanitaria. En este sentido, se han llevado a cabo diversas acciones enfocadas a una mejor gestión de la cronicidad a nivel nacional y regional, como la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS.

Uno de los aspectos clave en la atención del paciente crónico polimedicado es asegurar la adherencia farmacológica. La falta de adherencia supone un problema muy relevante que afecta hasta al 50% de los pacientes crónicos y conlleva un impacto negativo sobre la salud y la sostenibilidad del sistema.

Entre el conjunto de profesionales sanitarios, la oficina de farmacia puede jugar un papel esencial en la gestión de la cronicidad. El farmacéutico, desde su posición de cercanía y confianza con el paciente, puede realizar una revisión sistemática de la medicación mediante herramientas como los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), evitando así problemas relacionados con la medicación y asegurando la adherencia terapéutica.

Fundamed, junto con el patrocinio de la Fundación Mylan, ha tomado la iniciativa de reunir a un grupo de expertos de alto nivel para analizar la gestión de la cronicidad en España con el fin de mejorar la adherencia farmacológica en pacientes crónicos y polimedicados mediante herramientas como los SPD.

A continuación se recogen las principales conclusiones alcanzadas por este grupo de expertos, que en general se podría sintetizar en la necesidad de coordinar a los diferentes agentes sanitarios mediante el establecimiento de un protocolo de de comunicación eficaz, que permita la utilización de herramientas para la gestión de la cronicidad, especialmente en relación a la adherencia.

De forma resumida, estas son las conclusiones que se derivan del debate y análisis llevado a cabo por el panel de expertos:

- Sería necesario **aumentar la inversión económica** destinada a la cronicidad, así como optimizar los recursos existentes para reorientar el sistema de salud a este colectivo. Ante este escenario es imprescindible adoptar una **estrategia sanitaria a largo plazo** en el que el paciente sea el centro y teniendo en cuenta a todos los actores del SNS.
- Apostar por la **prevención y el diagnóstico precoz** de las enfermedades crónicas. Los expertos inciden en que dichas medidas son cruciales para mejorar el estado de salud la sostenibilidad del sistema sanitario. Actuar de forma preventiva ayuda a retrasar la aparición de patologías en el paciente e incluso evitar su existencia. El diagnóstico precoz incrementa las posibilidades de éxito del tratamiento, además de servir para paliar las consecuencias colaterales de las patologías asociadas.
- Promover la **formación, información y empoderamiento del paciente** crónico. Los expertos han destacado que un paciente más implicado en su salud, partícipe en la toma de decisiones, fomenta la calidad y humanización sistema sanitario, además de favorecer la sostenibilidad.
- Mejorar el manejo de pacientes crónicos reorientado los circuitos de trabajo y dinámicas de tránsito del paciente, disponiendo de un **Plan de Cronicidad** y **potenciando el papel de farmacéutico**. Los expertos coinciden en la relevancia que puede la oficina de farmacia, junto con otros profesionales sanitarios, en la gestión de la cronicidad, especialmente en relación al seguimiento farmacoterapéutico y la adherencia, poniendo a su disposición el acceso a la **historia clínica**. Asimismo, cabe destacar el rol que pueden tener en este contexto los programas de teleasistencia y las Tecnologías de Información y Comunicación **(TICs)**, especialmente en el caso de los pacientes más jóvenes.
- Sería necesario mejorar la **coordinación y comunicación entre profesionales sanitarios** para garantizar la calidad asistencial. Todos los expertos han considerado que la coordinación y comunicación de toda la cadena asistencial es el centro del debate, siendo el aspecto más deficiente en la actualidad en el contexto de la cronicidad. **Atención Primaria (AP), Farmacia Comunitaria y Enfermería** juegan un papel fundamental en el abordaje de la cronicidad, por lo que la Administración debe facilitar los medios y protocolos necesarios para el intercambio de información entre ellos. En este sentido, se debe impulsar la **formación e información conjunta y multidisciplinar** de todos profesionales sanitarios. Por otro lado, aunque entre las profesiones sanitarias existen espacios y competencias comunes, es necesario delimitar las funciones específicas de cada profesión.

- Potenciar las Estrategias nacionales y autonómicas dirigidas a asegurar la **adherencia en pacientes crónicos**, elemento clave en el manejo de la cronicidad. La mejora de la adherencia debe hacerse con la coordinación de toda la cadena asistencial y concienciando al paciente en la importancia del autocuidado a través de campañas informativas y herramientas como los SPD. En relación al uso racional de los medicamentos, los modelos asentados en la colaboración entre profesionales de la salud presentan más ventajas que los sistemas excluyentes
- **Intensificar el uso de SPD**. Todos los expertos coinciden en señalar que desde la oficina de farmacia, se puede contribuir en gran medida al cumplimiento terapéutico y la adherencia mediante herramientas como los SPD. Los SPD, poseen la capacidad de mejorar los indicadores en salud, la calidad de vida del paciente y evitar el uso de recursos mucho más costosos como las urgencias y hospitalizaciones, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema.

Resumen ejecutivo

Cuestiones analizadas	Sinopsis de las conclusiones alcanzadas
1. Porcentaje de la inversión destinada a pacientes crónicos dentro de los planes estratégicos de salud	Es indispensable revertir el sistema de salud y orientarlo al paciente crónico, mediante un **plan de inversiones fuerte**, con la **coordinación de profesionales sanitarios, los familiares y las instituciones**; que permita preservar la **sostenibilidad del SNS** a largo plazo. Para ello, la inversión económica destinada a los pacientes crónicos, debería verse incrementada, bajo el amparo de unas políticas sanitarias estables.
2. Impacto de las herramientas de prevención y diagnóstico precoz en gasto del SNS	Los Planes de prevención y diagnóstico son cruciales para la **sostenibilidad del sistema sanitario**. Actuar de forma preventiva ayuda a atrasar la aparición de patologías en el paciente e incluso evitar su existencia, fomentado el empoderamiento del paciente mediante su educación sanitaria. El diagnóstico precoz incrementa las posibilidades de éxito del tratamiento y sirve para paliar las consecuencias colaterales de las patologías asociadas.
3. Mejora del manejo de los pacientes crónicos	Sería preciso **reorientar los circuitos de trabajo y dinámicas de tránsito del paciente**, asegurando la coordinación entre profesionales sanitarios. Es imprescindible disponer de un **Plan de Cronicidad**, integrando la labor de los diferentes profesionales y otorgando recursos suficientes para ellos. Asimismo, se debe **potenciar el seguimiento farmacoterapéutico desde la oficina de farmacia**. El farmacéutico podría contribuir en mayor medida a un mejor manejo del paciente crónico poniendo al acceso de la farmacia el acceso a la **historia clínica**. También se deben tener en cuenta en este contexto los programas de **teleasistencia** y la incorporación de **TICs**.

Cuestiones analizadas	Sinopsis de las conclusiones alcanzadas
4. Coordinación entre profesionales sanitarios para garantizar la calidad asistencial. El rol del farmacéutico	En la coordinación entre profesionales el centro de la cuestión es el **intercambio de información** entre ellos. No obstante, actualmente son escasos los escenarios de colaboración, de manera que, en primer lugar, sería necesario **crear marcos de coordinación** y, especialmente, equipos de trabajo que incluyan a todos los profesionales de referencia para los pacientes crónicos. En relación a los profesionales sanitarios, destaca el papel fundamental de **Atención Primaria, Enfermería y de Farmacia Comunitaria**. La oficina de farmacia tiene la capacidad de jugar un papel clave en la gestión de la cronicidad aprovechando sus puntos fuertes: **la confianza, la accesibilidad, la proximidad al paciente y su capacidad de influencia**.
5. Coordinación entre la administración y los profesionales sanitarios	La administración debe poner los medios para que los profesionales puedan coordinarse, **facilitando la comunicación,** adaptando las normativas para que su participación sea costo-eficiente y gestionando los recursos públicos. Resulta esencial hacer desaparecer en el plano funcional la separación estructural entre **Atención Primaria y Atención Especializada**, procurando que toda la atención sea compartida y garantizando que se reciben los servicios necesarios, evitando duplicidades en las intervenciones y maximizando los resultados en salud.
6. Estrategias para promover la adherencia en pacientes crónicos	Existen diversos Planes y Programas autonómicos que refuerzan las acciones de la Estrategia nacional para promover la adherencia. Destacan Proyecto de Atención Farmacéutica al Paciente Crónico (**PCAF**) y el Programa de Educación Sanitaria a las personas mayores (**PESGG**) en Cataluña, así como los Programas de Revisión y Seguimiento de la Farmacoterapia (**REFAR**) de la Comunidad Valenciana, que cuentan con herramientas como los **SPD**. Todos ellos persiguen la adquisición por parte de los pacientes de un papel activo en la gestión de su enfermedad mediante formación y herramientas para la mejora de la conciliación en la prescripción, dispensación y cumplimiento de los tratamientos. Por otra parte, algunos expertos han señalado el impacto positivo de la **prescripción enfermera** en la adherencia terapéutica en pacientes crónicos.

Cuestiones analizadas	Sinopsis de las conclusiones alcanzadas
7. Factores que influyen en la falta de adherencia en los pacientes crónicos	Los más influyentes son los relacionados con el paciente: el olvido, preocupación por posibles efectos adversos, baja motivación, falta de información, conocimiento y habilidades adecuadas para gestionar los síntomas de la enfermedad y su tratamiento, bajas expectativa del tratamiento, temor de la dependencia o incredulidad en el diagnóstico. La falta de control por parte del profesional, para revisar, retirar fármacos innecesarios, detectar duplicidades o interacciones; también puede ser otro factor que contribuye al nivel de adherencia.
8. SPD: ventajas e implicaciones para pacientes crónicos	El SPD es un sistema semanal sencillo que puede contribuir en gran medida al cumplimiento terapéutico y la adherencia, Las ventajas e implicaciones que se derivan de los SPD son múltiples: - Los SPD hacen que el farmacéutico ofrezca un servicio personalizado a sus pacientes, creando un vínculo de confianza entre paciente y farmacéutico. - Facilitan el seguimiento del tratamiento, evitando las duplicidades, olvidos y errores. - Suponen un ahorro de tiempo para el farmacéutico a la hora de preparar la medicación. - Facilitan la manipulación de medicamentos, al unificarlos en un solo envase. De esta manera se evita la presencia descontrolada de fármacos en el botiquín del paciente y su uso inadecuado o el autotratamiento. - Personalizan la medicación. Gracias a las etiquetas adhesivas, los blísteres resultantes contienen toda la información que el paciente necesita para la toma de sus medicamentos.
9. Beneficios de la mejora de la adherencia en pacientes crónicos para el SNS	Mejorando la adherencia se consigue una mejora en los indicadores de salud y por tanto, una población más sana y con mejor calidad de vida, evitando gastos mayores por tener que intervenir con recursos mucho más caros que el tratamiento farmacológico, como las urgencias y hospitalizaciones. Además, se reducen los gastos por dependencia, los sociales y los costes del sistema en intervenciones de nivel asistencial más alto y por lo tanto mucho más caros, contribuyendo así la sostenibilidad del sistema sanitario.

Introducción

El aumento de la esperanza de vida junto con la mejora del sistema sanitario y con la adopción de ciertos hábitos no saludables (tabaquismo, sedentarismo, dieta inadecuada, etc.) ha ocasionado que las enfermedades crónicas sean el patrón epidemiológico dominante (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las enfermedades crónicas como patologías de larga duración y, generalmente, de progresión lenta que son responsables de 36 millones de muertes anuales a nivel mundial (2). Entre ellas se incluye el cáncer, diabetes, enfermedades neurodegenerativas, respiratorias y cardiovasculares.

En España la mitad de la población general padece al menos una enfermedad crónica y más del 70% en el caso de mayores de 65 años, siendo en su mayoría pluriatológicos y polimedicados (3). Según el Informe del Sistema Nacional de Salud (SNS) de 2015, las principales causas de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares (30,1%) y neoplasias (28,4%) (4).

Asimismo existe una relación directa entre la cronicidad y la dependencia (5). A medida que la enfermedad o enfermedades progresan, los pacientes pierden autonomía personal, apareciendo con frecuencia situaciones de discapacidad que se suman a factores adicionales como la edad avanzada o las secuelas de una patología previa. En este sentido se estima que más del 96% de las personas con algún nivel de dependencia padecen una enfermedad crónica (3).

El adecuado manejo de los pacientes crónicos supone un nuevo reto para el SNS, por el elevado número de recursos que éstos consumen. Según un informe publicado recientemente por la Sociedad Española de Directivos en la Salud (SEDISA) se estima que los pacientes crónicos consumen el 80% del gasto sanitario total, por lo que resulta necesario adaptar el sistema a esta situación (3). Asimismo, debido a la crisis económica, el peso del gasto sanitario público vs el PIB ha ido disminuyendo progresivamente en los últimos años y en 2017 será del 5,92%, un 0,55% inferior a 2011(6). Es por tanto indispensable cambiar el abordaje de los pacientes con patología crónica, trabajando en conjunto los diferentes profesionales de la salud, el entorno del paciente y las instituciones.

Con el objetivo de adaptar el sistema al marco socio-económico actual, en el año 2012 se publicó la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS que fue aprobada por el Consejo Interterritorial en junio de ese mismo año (1). El documento recoge la necesidad de trabajar en equipos interdisciplinares, formados por diferentes profesionales sanitarios y sociales que garanticen la continuidad en los cuidados de los pacientes, con la máxima implicación del paciente y de su entorno. También destaca como elemento clave el fomento de la adquisición de hábitos saludables para la prevención de las enfermedades

crónicas así como la necesidad de optimizar la terapia farmacológica. Igualmente, siguiendo las líneas del Plan Nacional del MSSSI, se han desarrollado Planes autonómicos para abordar la cronicidad, si bien su nivel implantación y líneas estratégicas son desiguales (7), (8), (9), (10), (11).

El Programa De Prevenció I Atenció A La Cronicitat De Catalunya consta de seis objetivos principales: implantar procesos clínicos integrados, potenciar los programas de protección, promoción y prevención, fomentar el autocuidado, desarrollar alternativas asistenciales en un sistema integrado, desplegar programas territoriales de atención a los pacientes crónicos complejos e implantar programas de uso racional del medicamento (8).

Asimismo, la Comunidad Valenciana también cuenta con la Estrategia para La Atención A Pacientes Crónicos. Ésta contiene cinco líneas estratégicas: orientar el sistema sanitario hacia la atención a la cronicidad, desplegar un modelo de atención centrado en el paciente y su entorno, desplegar políticas para la promoción de la salud y prevención de la cronicidad, potenciar la gestión del conocimiento sobre la cronicidad, desarrollar los sistemas y tecnologías de la información y la comunicación para la cronicidad (10).

Por su parte Aragón, como apoyo a la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del MSSSI, cuenta con un Programa nivel territorial enfocado a pacientes crónicos dependientes y recientemente han presentado un Plan de Crónicos basado en la creación de unidades específicas (11), (12).

En relación al conjunto de profesionales sanitarios, resulta fundamental su coordinación para optimizar los recursos. Entre ellos cabe destacar el papel de la oficina de farmacia como punto de acceso a la sanidad, que puede realizar una labor esencial en el control de los pacientes crónicos, con impactos positivos sobre la salud y la sostenibilidad del sistema.

La farmacia comunitaria, tiene la capacidad de contribuir al manejo de pacientes crónicos, especialmente mediante el control de la adherencia al tratamiento farmacológico pautado, elemento clave en las patologías crónicas. Las pautas de medicación complejas que requieren este tipo de pacientes inciden en la inadecuación farmacológica incluyendo la sobremedicación, la inframedicación y el incumplimiento terapéutico (13), (14) En este sentido, se ha estimado que la mitad de los pacientes crónicos no completa su tratamiento y que el 40% autorregula su medicación, ocasionando el 14% de los ingresos hospitalarios debido a consecuencias negativas de esta práctica (3). Un estudio reciente llevado a cabo en Castilla y León viene a incidir en este hecho, demostrando que más del 50% de los pacientes no retira la medicación adecuada (por exceso o por defecto) y que los pacientes retiran de media un 13% de medicación que no precisaban (15). Por tanto, en el manejo de la cronicidad es de vital importancia la revisión sistemática de la medicación. Esto se puede llevar a cabo desde la farmacia comunitaria mediante herramientas

como los SPD, evitando así problemas relacionados con la medicación y asegurando la adherencia terapéutica (1).

Otro colectivo profesional que se hace necesario reforzar es la Atención Primaria (AP), ya que constituye el nivel básico e inicial de la asistencia sanitaria y garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente.

Asimismo, con el fin de optimizar el seguimiento de pacientes crónicos, se deben tener en cuenta herramientas como la atención domiciliaria así como las tecnologías de la información y comunicación (TICs), especialmente en pacientes jóvenes (16), (1).

La adecuación del abordaje de la cronicidad, optimizando los recursos existentes e introduciendo nuevas herramientas, podrá garantizar la calidad, equidad, seguridad y eficiencia del SNS.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es elaborar un documento de análisis que recoja las medidas y reflexiones para una correcta gestión del paciente crónico en las Comunidades Autónomas de Cataluña, Valencia y Aragón, de tal forma que se garantice su calidad asistencial. En concreto, se pretende evaluar la adecuación del porcentaje de la inversión destinada a pacientes crónicos, el impacto de las medidas de prevención y diagnóstico en el gasto del SNS, la coordinación entre profesionales sanitarios, con especial atención a la farmacia comunitaria, así como las estrategias existentes para mejorar la adherencia, como la utilización de SPD, elemento clave en el manejo de la cronicidad.

Para ello se propiciará un debate intelectual de alto nivel con un grupo de expertos en materia sanitaria y de economía de la salud, con diferente experiencia en el sector, con el fin de elaborar un documento consenso que aborde la cuestión desde diferentes puntos de vista y aporte valor al debate.

Cuestionario realizado a los miembros del grupo de trabajo

Primera cuestión: ¿Considera adecuado el porcentaje de la inversión destinada a pacientes crónicos dentro de los planes estratégicos de salud de su CCAA?

Consideraciones previas

En la actualidad el SNS está centrado en la resolución de patologías agudas con un enfoque curativo. Si bien, el patrón epidemiológico ha cambiado sustancialmente en las últimas décadas y nos encontramos en una situación en la que las enfermedades crónicas constituyen la principal causa de mortalidad y morbilidad. A este hecho contribuyen varios factores, la mejora de la asistencia sanitaria y los avances científicos junto con la mayor posibilidad de sobrevivir a una enfermedad aguda, ha dado lugar a una mayor esperanza de vida y por tanto, ha originado el incremento de las patologías crónicas (17).

Las enfermedades crónicas son la causa del 60% de las muertes a nivel mundial, según datos de la OMS. Además se calcula que, antes del 2020, las enfermedades crónicas supondrán el 60% de la carga global de la enfermedad, serán responsables del 73% de las muertes en todo el mundo y, en los países en vías de desarrollo, representarán más del 50% de la carga de enfermedad. Casi 20 millones de personas en España padecen al menos una enfermedad crónica. Esta cifra no dejará de aumentar, sobre todo si se tiene en cuenta el envejecimiento poblacional, más del 70% de los mayores de 65 años tiene alguna enfermedad crónica y la media de enfermedades por persona se sitúa en cuatro.

Según muestran diversos informes se estima que los pacientes crónicos consumen hasta el 80% del gasto sanitario total, y que estos pacientes ya suponen hoy en día 6 de cada 10 ingresos hospitalarios y 8 de cada 10 visitas al médico de familia (3),(18), (19).

Por tanto, resulta necesario adaptar el sistema a esta nueva realidad, caracterizada por el envejecimiento de la población y la mayor incidencia de enfermedades crónicas.

Resultado del cuestionario

Puesto que el conjunto de pacientes crónicos incrementa cada año, la inversión económica destinada a este grupo de población debería ir proporcionalmente en aumento. Ante el actual escenario, es indispensable revertir el sistema de salud y orientarlo al paciente crónico, mediante un plan de inversiones fuerte, adecuado y realista, con la coordinación del equipo de salud, la familia y las instituciones; que permita preservar la sostenibilidad del SNS a largo plazo.

La Medicina de Familia, a través de AP, juega un papel fundamental en la gestión de la cronicidad. En la actualidad la inversión en AP es manifiestamente mejorable y supone un reto que es necesario afrontar (20), (21). Los Planes de Salud y Leyes Presupuestarias Autonómicas, teniendo en cuenta lo anterior, contemplan mejorar la resolución de la AP dotándola de mayor capacidad de autonomía de gestión y de seguimiento de pacientes crónicos (22). Asimismo, se están poniendo en marcha proyectos de abordaje al paciente crónico.

A su vez, es necesario fomentar políticas de prevención que fomenten la calidad de vida en la vejez. Estas políticas deben basarse en: cribados a nivel de AP y estilos de vida saludable junto al empoderamiento de los pacientes. Por lo tanto deberían destinarse más recursos a actividades de cribado y prevención de las patologías, de este modo se disminuirá el gasto sanitario.

Por otro lado, con el fin de adecuar el sistema al aumento de la cronicidad, además de diseñar nuevas estrategias, es importante contar con todos los profesionales sanitarios, incluyendo la oficina de farmacia, de manera que se optimicen los recursos. La farmacia es el primer punto de acceso a la sanidad y, por su capacitación, puede realizar una importante labor en el control de los pacientes crónicos, con impactos positivos sobre la salud y la sostenibilidad del sistema, que hay que potenciar.

Un ejemplo de ello son los proyectos de seguimiento de la evolución de pacientes crónicos complejos a través de las farmacias, como el Proyecto de Atención Farmacéutica al Paciente Crónico (PCAF) en Cataluña, que pretenden evaluar el impacto de la gestión de estos pacientes desde la farmacia, y la mejora del cumplimiento del tratamiento y el control de la enfermedad (23). Asimismo, este tipo de proyectos permiten evalúan la relación efectividad/coste y beneficio/coste de una intervención protocolizada desde las oficinas de farmacia e integrada con los equipos de AP. Los médicos de AP realizan la selección de los pacientes en base a unos criterios ya establecidos y los informan oportunamente del desarrollo del programa. A continuación, el paciente es derivado a su farmacia de referencia donde se le realizará el seguimiento farmacoterapéutico mediante diversas herramientas que pueden incluir la preparación de SPD. Los resultados preliminares de este programa muestran que la intervención del farmacéutico consigue mejorar el cumpli-

miento terapéutico en pacientes complejos en un 10% gracias a la educación sanitaria y en el grupo de pacientes con SPD la mejora del cumplimiento se cifra en un 11% (24). En este sentido, recientemente se ha puesto el estudio SPD-VALOR para valorar el impacto clínico y económico de los SPD en pacientes hipertensos no controlados y polimedicados. El estudio se está dirigido por la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) y realizando con el aval de la Agencia Española de Medicamentos y Productos (AEMPS) (25).

Asimismo es importante destacar la necesidad de inversión en formación de los profesionales que son parte del sistema, para lo cual es necesario el aporte de recursos provenientes del Estado destinado a estos procesos de aprendizaje.

Segunda cuestión: ¿En qué medida cree que las herramientas de prevención y diagnóstico precoz pueden afectar al gasto del SNS en el caso de patologías crónicas?

Consideraciones previas

La actual prevalencia de enfermedades crónicas ya supone un reto para la sostenibilidad del SNS, pero la previsión para los próximos 10 años es que las defunciones por enfermedades crónicas aumenten en un 17%.

Existen una serie de factores de riesgo comunes y modificables, causantes de enfermedades crónicas, que son responsables de una gran mayoría de muertes: alimentación inadecuada, consumo de tabaco y sedentarismo (26). Las enfermedades crónicas tienen un impacto considerable a nivel de costes para el SNS (el 80% del gasto sanitario total), que pueden reducirse incidiendo en la prevención de estos factores de riesgo. Un ejemplo de ellos es el caso del tabaquismo, los gastos directos de sanidad vinculados a los fumadores en España son un 44% más elevados que para los no fumadores.

Por tanto, es fundamental comprender la relevancia de intervenir contra ellas fomentando su prevención y diagnóstico precoz, y generando así una mejora de la salud y por tanto de ahorros; tal y como recogen los diferentes Planes de salud autonómicos (1), (22), (27).

Resultado del cuestionario

La prevención secundaria de las patologías a través de la detección y el diagnostico precoz en personas asintomáticas es una práctica habitual en sociedades occidentales con larga expectativa de vida con calidad; que permite a los sanitarios intervenir en los estadios subclínicos en los que anteriormente no se podía intervenir (28).

Las enfermedades crónicas son, en gran medida, prevenibles y generan una gran cantidad de costes económicos y sociales por lo que su abordaje constituye una importante responsabilidad social y política por parte de los poderes públicos.

Desde del ámbito sanitario es necesario reflexionar sobre la necesidad y la oportunidad de las prácticas preventivas diferenciando entre aquellas que tienen evidencia científica de las que se realizan por rutina. Existen una serie de requisitos previos para abordar una prevención secundaria: enfermedades con largo periodo de latencia, que sean fácilmente detectable por pruebas diagnosticas, que tenga un diagnostico claro, que el tratamiento precoz sea más efectivo en la fase de latencia que en el periodo de manifestación y que sea una patología con tratamiento, ya que sin tratamiento se “crearían” enfermos sin solución posible. La prueba de diagnóstico en fase asintomática para llevar a cabo el screening debe reunir las características de validez interna (eficaz y efectiva) y validez externa (fiable o reproductible).

Es evidente que una batería de herramientas de prevención secundaria aumenta el gasto sanitario en una primera fase, no solo por el hecho que se realizan pruebas a individuos asintomáticos, susceptibles de manifestar una patología, sino porque en todo screening poblacional por defecto también se realizan pruebas innecesarias a individuos que no las requieren y que aumentan el gasto sanitario. No obstante, la posibilidad de intervenir en prevención secundaria, y establecer diagnósticos precoces en las fases latentes de las patologías, se traduce en un gran avance en el abordaje de las patologías crónicas, reflejándose un ahorro del gasto sanitario y estableciéndose una cultura de prevención y no de curación, como lleva establecida en muchos países de nuestro entorno.

Por otro lado, para abordar eficazmente la amplia gama de determinantes de la salud asociados a la cronicidad, es necesario ir más allá del ámbito sanitario y adoptar un enfoque transversal en su prevención que integre la salud en otros ámbitos como la educación, los servicios sociales, el entorno laboral, el medio ambiente y la investigación. Hay que tener en cuenta, que los costes en el caso de las patologías crónicas, no solo son económicos, sino que ocasionan también otro tipo de costes como: el descenso de la productividad laboral, discapacitados, las jubilaciones prematuras y costes humanos que no pueden cuantificarse y que tienen relación con el dolor y el sufrimiento. El objetivo final ha de ser disminuir la prevalencia de los factores de riesgo que determinan la aparición o evolución

de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico: tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, inactividad física, alimentación no saludable y otros.

En este sentido, los Planes de prevención y diagnóstico son cruciales para la sostenibilidad del sistema sanitario ya que pueden contribuir a generar ahorros importantes. Actuar de forma preventiva ayuda a atrasar la aparición de patologías en el paciente e incluso evitar su existencia. El diagnóstico precoz incrementa las posibilidades de éxito del tratamiento, además de servir para paliar las consecuencias colaterales de las patologías asociadas, sobre todo el alto impacto producido no sólo por el gasto farmacéutico sino por la disminución del coste asistencial.

Asimismo, el Informe Cronos sobre el abordaje más eficiente de la cronicidad, señala como ejemplo de efectividad en la atención de pacientes crónicos una iniciativa desarrollada en las oficinas de farmacia, el programa ConSIGUE. Dicho programa está promovido por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, dirigido a evaluar el impacto del seguimiento farmacoterapéutico. ConSIGUE evaluó el impacto clínico, económico y humanístico del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en adultos mayores polimedicados en el ámbito de la farmacia comunitaria. Este servicio ha permitido reducir significativamente el porcentaje de problemas de salud no controlados, pacientes que acuden a urgencias y hospitalizaciones.

De esta forma, intervenciones desde la oficina de farmacia pueden ayudar al control y prevención de las enfermedades crónicas, lo que disminuye visitas al médico, hospitalizaciones y otros gastos derivados de ello, como los laborales.

El farmacéutico comunitario desarrolla actuaciones en patologías crónicas como la diabetes (por ejemplo, con el seguimiento del paciente o la detección de complicaciones del pie diabético) o en enfermedades cardiovasculares (con iniciativas como FarmaCardio de detección de riesgo cardiovascular, que ayudan al médico en el control del paciente (29). También destacan los programas desarrollados en farmacias de detección del cáncer de colon y el VIH sida.

En particular, la adherencia terapéutica desempeña un papel fundamental en la gestión de patologías crónicas, y por tanto supone un factor que puede influir notablemente en el gasto destinado a la cronicidad.

En este sentido, cabe señalar los SPD como una contribución relevante al ahorro en cuanto a la prevención de complicaciones derivadas de la medicación. Este sistema va más allá de unificar pastillas por tomas, destacando especialmente los beneficios de la conciliación de los medicamentos, que evita interacciones y duplicidades, y la mejora de la adherencia terapéutica.

Tercera cuestión: ¿De qué manera considera que se podría mejorar el manejo de los pacientes crónicos en su CCAA?

Resultado del cuestionario

El paciente crónico, además de experimentar un aumento en cifras, constituye el paciente más demandante del sistema y sin embargo, se continúa con un modelo hospitalocéntrico, mucho más centrado en responder a las urgencias que a la patología crónica. Existe una descapitalización científica y de recursos humanos que afecta al servicio que se puede dar desde la AP, que no solo es la puerta del sistema sanitario sino el eje del mismo.

Las iniciativas deben orientarse a:

- La estratificación de la población, que permite realizar intervenciones planificadas y proactivas, facilitando la planificación de recursos de manera eficiente.
- La gestión de la salud poblacional, con iniciativas orientadas a mejorar los resultados de salud.
- Iniciativas que transformen y faciliten la implantación y mantenimiento de un nuevo modelo de gestión más eficiente en el tratamiento de la cronicidad.

Sería preciso reorientar los circuitos de trabajo y dinámicas de tránsito del paciente, dependiendo la consecución de los objetivos de continuidad asistencial, del grado de coordinación efectiva que se consiga entre los distintos ámbitos de atención y dentro de los mismos. Dicha coordinación requiere mejorar el intercambio de información, acordar y establecer el ejercicio de las competencias de cada profesional de manera diferencial y optimizar y complementar las intervenciones sin que se produzcan duplicidades de servicios para maximizar los resultados en salud.

Por tanto, es imprescindible disponer de un Plan de Cronicidad que priorice el trabajo en AP, integrando la labor de los diferentes profesionales y otorgando recursos suficientes para ellos. Se trata de proporcionar la atención sanitaria, optimizando los recursos y minimizando los riesgos (30).

Uno de los aspectos más descuidados es generar un Plan de atención sociosanitaria y de atención domiciliaria que permita a los pacientes que los precisen ser atendidos en su entorno más cercano. Esta atención debe darse desde la AP, puesto que es frecuente crear unidades especializadas que actúan desde el hospital, lo cual genera una fragmentación de la atención. Otro de los temas básicos en la estrategia de cronicidad es el empoderamiento de los pacientes en el que debemos implicarnos todos. Un ejemplo de ello es la incapacidad del paciente para acceder libremente a su historial clínico y a permitir su consulta a los profesionales que le atienden, entre ellos al farmacéutico comunitario.

En este sentido, está demostrado que la intervención del farmacéutico en el seguimiento farmacoterapéutico es vital para el bienestar del paciente. Mediante la adherencia, seguimiento, formación, concienciación en hábitos saludables y la conciliación de su tratamiento, se puede evitar problemas relacionados con la medicación (PRMs). Estas acciones no sólo mejoran el gasto farmacéutico sino que evitarán los gastos asociados como reiteración de consultas en la AP o ingresos derivados. Además, otra función que se puede realizar desde la farmacia comunitaria es la de empoderar al paciente, que este sea consciente de su patología y de sus consecuencias es clave para que mejore su adherencia, su vivencia ante la enfermedad y por consiguiente mejore su calidad de vida.

Asimismo, el farmacéutico podría contribuir en mayor medida a un mejor manejo del paciente crónico poniendo al acceso de la farmacia (controlada y autorizadamente por el paciente) el acceso a la historia clínica y al contenido de sus prescripciones pasadas y en curso para actuar en dos ámbitos, el consejo farmacoterapéutico y la aportación de datos relevantes para hacerlos accesibles al conjunto del sistema.

Además de lo anterior, cabe destacar el papel que puede tener en este contexto, la coordinación de los programas de teleasistencia y atención médica y social, y la incorporación de las TICs en diversos aspectos.

Cuarta cuestión: En cuanto a los profesionales sanitarios. ¿Cómo cree que se podría mejorar la coordinación entre ellos para garantizar la calidad asistencial a los pacientes crónicos? ¿Qué rol podría jugar el farmacéutico en este contexto?

Consideraciones previas

El paciente, en su proceso asistencial, se mueve a lo largo de una cadena interdisciplinar formado por diferentes profesionales sanitarios: médicos, enfermeros, farmacéuticos y demás miembros del equipo de salud. Sin embargo, la coordinación y comunicación entre los mismos no siempre es adecuada, hecho que se ve agravado por la existencia de mecanismos de comunicación y registros obsoletos en la mayoría de los niveles asistenciales, a pesar de los avances de la tecnología.

La OMS, en su informe sobre la Salud Mundial en 2008 ya puso de manifiesto la necesidad de colaboración y comunicación del conocimiento científico entre profesionales sanitarios (31). Asimismo, organismos internacionales como la Asociación Médica Mundial, el Consejo Internacional de Enfermería, la Federación Internacional Farmacéutica, la Alianza Internacional de Pacientes y la Federación Internacional de Fabricantes y Asociaciones Farmacéuticas; han incidido en este hecho mediante la elaboración de un Documento Consenso que apela a la colaboración entre profesionales sanitarios (32).

En este sentido, y teniendo en cuenta el aumento de pacientes mayores, crónicos y polimedicados, la Federación Internacional Farmacéutica ha destacado la necesidad de una mayor colaboración con la farmacia comunitaria, que por su posición puede contribuir en gran medida en el seguimiento de estos pacientes garantizando su calidad asistencial (33).

Asimismo los Planes de cronicidad autonómicos también incluyen en sus líneas estratégicas la coordinación de los profesionales sanitarios, incluyendo la oficina de farmacia (10), (22), (8).

Resultado del cuestionario

El nuevo escenario sanitario que se plantea, con el aumento de enfermos crónicos y dependientes, requiere una atención integral y continuada, para ello es imprescindible un abordaje interdisciplinar y colaborativo en el que participen todos los profesionales sanitarios que intervienen en la atención al paciente, cada uno en el ámbito de sus competencias.

En la coordinación entre profesionales el centro de la cuestión es, sin lugar a dudas, el intercambio de información previa a la detección de sinergias y procesos colaborativos. No obstante, actualmente son escasos los escenarios de colaboración, de manera que, en primer lugar, sería necesario crear marcos de coordinación y, especialmente, equipos de trabajo multidisciplinar que incluyan a todos los profesionales de referencia para los pacientes crónicos.

Asimismo, la continuidad es necesaria para lograr una coordinación efectiva entre los distintos profesionales y organizaciones que atienden a un paciente a lo largo del tiempo. Aquí nos encontramos con la alta rotación de profesionales en la AP, especialmente del médico, lo que hace que los pacientes no se adhieran al tratamiento ya que muchas veces hay diferentes criterios en cuanto a los tratamientos indicados, situación que confunde al paciente y hace perder credibilidad.

La integración de los diferentes profesionales puede lograrse actuando sobre siete puntos fundamentales:

- Formación conjunta: es preciso tener sesiones de formación conjunta sobre tratamiento del paciente crónico e incentivar las sesiones clínicas multidisciplinares que debería articularse tanto en pregrado como en postgrado.
- Crear grupos de trabajo territorialmente con los profesionales de referencia de los pacientes.
- Comunicación oficial: se necesitan sistemas de comunicación entre los diferentes profesionales que sean digitales y protocolizados. Solo de esta manera es posible minimizar las dificultades de comunicación y obtener datos valiosos para la me-

jora del sistema. Las TICs y receta electrónica suponen dos buenas herramientas para este fin ya que éstas son compatibles con todos los actores del sistema.

- Desarrollar estudios para medir resultados de salud en la cogestión de pacientes, evaluando procesos y circuitos que permitan protocolizar
- Diseño conjunto de los Planes de Cronicidad. Solamente es posible generar una integración si todos los agentes sanitarios pueden aportar al diseño y retroevaluación de los planes de cronicidad, incluido el paciente.
- Establecer unas funciones bien delimitadas a cada uno de los agentes sanitarios implicados. Deben estar bien definidas las actuaciones y el feedback para valorar resultados.
- Empoderar al paciente.

Los profesionales de las diferentes áreas sanitarias deben coordinarse además con otros agentes de salud como los farmacéuticos comunitarios, cuya posición es idónea para proporcionar una unión entre el prescriptor y el paciente y para comunicar información sobre salud y medicamentos a la población. Su papel ha evolucionado en las últimas décadas desde elaborador y dispensador de fármacos hacia proveedor de servicios y de información y, últimamente, proveedor de cuidados de salud, contribuyendo a mejorar el acceso a la atención sanitaria, la promoción de la salud y el uso de los medicamentos.

Actualmente, la oficina de farmacia tiene la capacidad de jugar un papel clave en la gestión de la cronicidad aprovechando sus puntos fuertes: la confianza, la accesibilidad, la proximidad al paciente y su capacidad de influencia. Los Servicios Profesionales que puede prestar el farmacéutico son múltiples (34) (35), pero principalmente destacan tres tipos de actuaciones:

- Mejorar la adherencia a medicamentos: SPD, revisión del uso de la medicación (RUM), observación directa de los medicamentos…
- Evaluar los resultados de la medicación: revisión de la farmacoterapia, con criterios start-stop u otros (RFT), seguimiento farmacoterapéutico (SFT), conciliación de la medicación (CM)…
- Apoyar a los programas de salud pública: programas de vacunación de gripe, cribados de patologías frecuentes: hipertensión, hipercolesterolemia, asma/EPOC, diabetes…

El farmacéutico comunitario debe ser capaz de coordinarse de forma regular con el resto de profesionales sanitarios, sobre todo con AP (36). Las aportaciones del farmacéutico comunitario al tratamiento del paciente crónico deben atender al paciente donde lo necesite, preferentemente en la propia farmacia comunitaria, pero abriendo un programa de cuidado en el entorno sociosanitario y en la atención domiciliaria (37), (38).

Asimismo, para hacer realidad este escenario debe facilitarse el acceso a la historia clínica del paciente al farmacéutico, siendo especialmente importante en pacientes polimedicados y pluripatológicos, de cara a optimizar la adherencia, detectar PRMs y resultados negativos asociados a la medicación. El estado actual de la tecnología posibilita el acceso a la historia clínica del paciente. Si bien es cierto que esta información requiere un especial cuidado, al tratarse de datos sensibles, a medio plazo, serán a los propios pacientes a los que habrá que solicitar el acceso a su historia clínica.

Además de la historia clínica, cabe destacar la receta electrónica como elemento clave para la coordinación entre niveles asistenciales. A pesar de que el grado de desarrollo de la receta electrónica en España es elevado, existe una notable variabilidad en los modelos tecnológicos empleados por cada Servicio de Salud, siendo el modelo catalán un referente en cuanto a diseño técnico, funcional y marco legal (39).

Un ejemplo de coordinación entre niveles asistenciales que implica al farmacéutico es el Programa PCAF, mencionado anteriormente y definido por el Consejo de Colegios Farmacéuticos de Cataluña (CCFC) y el Servicio Catalán de Salud. Este programa evalúa la efectividad y seguridad de la intervención del farmacéutico en la gestión del paciente crónico (23). El Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia (MICOF) también ha apostado decididamente por el desarrollo de un catálogo de servicios profesionales en el ámbito de la atención farmacéutica, poniendo de relieve la implementación de servicios dirigidos específicamente a enfermos crónicos y polimedicados.

En este sentido, la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) ha firmado un convenio marco que prevé desarrollar un Plan en materia de adherencia a los tratamientos en farmacias (40). Por su parte, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) elaboró en 2012 el Plan Estratégico sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico para fomentar la implicación de la Farmacia en la gestión de estos pacientes (41).

En un futuro utópico se podrían hacer reuniones o sesiones entre centro de salud, junta vecinal, farmacéuticos del barrio y otros profesionales donde abordar problemas derivados del área de la cronicidad. Las profesiones sanitarias tienen espacios y competencias comunes que como expertos pueden aportar, sin embargo, también es necesario delimitar las funciones específicas de cada profesional.

Quinta cuestión: A la hora de gestionar la cronicidad ¿cómo considera que deben coordinarse la administración y los profesionales sanitarios?

Resultado del cuestionario

La administración sanitaria tiene un papel imprescindible a la hora de integrar todas las intervenciones sanitarias relacionadas con la cronicidad por parte de los diferentes profesionales en los diferentes centros estableciendo el marco para el desarrollo de los programas de coordinación. Ésta debe promover una adecuada política de recursos humanos, con una eficaz selección de personal, con personal altamente cualificado, no sólo en los aspectos técnicos, sino también con una gran calidad humana y una alta motivación de servicio público.

La coordinación entre profesionales sanitarios y la administración debe basarse en el respeto y la independencia del profesional sanitario, permitiendo la interacción rápida, segura, registrada y orientada a solucionar el problema o necesidad del paciente, eliminando cualquier barrera que dificulte el tratamiento mediante el contacto eficiente entre profesionales. Si bien la administración debe poner los medios para que los profesionales puedan coordinarse, facilitando la comunicación, adaptando las normativas para que su participación sea costo-eficiente y gestionando los recursos públicos (42). La administración debe consultar a los profesionales implicados antes de tomar decisiones, generar circuitos de evaluación de las políticas implantadas, respetar los consensos previos y evitar decisiones unilaterales y garantizar la seguridad jurídica en sus actuaciones.

El desarrollo de los modelos de atención a la cronicidad, como el “Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas” The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC), plantea la reorganización de los sistemas sanitarios, la alianza con la comunidad, el papel activo de los pacientes y sus familias en la atención y los cuidados y el desarrollo de prácticas asistenciales ligadas a la evidencia científica (43).

Asimismo, la farmacia comunitaria debe estar integrada en el sistema sanitario y en grupos de trabajo de estos centros, participado activamente en la toma de las decisiones, compartiendo información con otros profesionales sanitarios implicados en la atención al paciente. Es necesario potenciar la presencia del farmacéutico comunitario en los equipos sanitarios y la formación de grupos de trabajo interdisciplinares, en los que cada profesional aporte sus conocimientos y experiencia para lograr un objetivo común, la mejora de la salud de los ciudadanos.

Por otro lado, resulta esencial hacer desaparecer en el plano funcional la separación estructural entre AP y Atención Especializada, procurando que toda la atención sea compartida y garantizando que se reciben los servicios necesarios, en el momento y lugar adecuados y durante el tiempo preciso, evitando duplicidades en las intervenciones y

maximizando los resultados en salud. También debe potenciarse la atención domiciliaria para garantizar la continuidad en el proceso de cuidados y la respuesta efectiva a las necesidades sociosanitarias que puedan presentar los pacientes.

Además, es imprescindible eliminar la actual rigidez en los roles profesionales y organizar los recursos en relación a perfiles profesionales idóneos para dar respuesta a las necesidades específicas de las personas.

Sexta cuestión: La falta de adherencia al tratamiento supone un problema para el SNS, ocasionando un peor control de la enfermedad e incrementado sus complicaciones. ¿Se están llevando a cabo en su CCAA estrategias para promover la adherencia en pacientes crónicos? ¿En qué consisten?

Consideraciones previas

Según diversos informes se ha estimado que la mitad de los pacientes crónicos no completa su tratamiento y que el 40% autorregula su medicación, ocasionando el 14% de los ingresos hospitalarios debido a consecuencias negativas de esta práctica (3), (18), (44). Además, más del 50% de los pacientes no retira la medicación adecuada (por exceso o por defecto) y retiran de media un 13% de medicación que no precisan (15). La falta de cumplimiento terapéutico repercute directamente en la salud de los pacientes, aumentando su morbimortalidad; pero también tiene repercusiones en cuanto a los costes para el SNS, ya que puede ocasionar un aumento del número de ingresos hospitalarios o las visitas a los servicios de urgencias (18). De hecho la no adherencia a los tratamientos farmacológicos provoca un coste estimado a los gobiernos europeos de 125.000 millones de euros anuales (44).

En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios (45).

Por su parte, Farmaindustria ha impulsado junto entidades sanitarias y asociaciones de pacientes el Plan de Adherencia al Tratamiento que se basa en la articulación de una serie de medidas que implican a todos los niveles y profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos y enfermeros) en una estrategia que necesita de la intervención activa de las administraciones sanitarias y del propio paciente (18).

Resultado del cuestionario

Sin duda la falta de adherencia es un problema para el SNS, ya que lleva al incumplimiento de los objetivos terapéuticos e implica multitud de complicaciones.

Para que un paciente mejore su adherencia debe adquirir un papel activo en el proceso de gestión de su enfermedad, aumentar su autonomía e incrementar su capacidad de autocuidado. Es necesario que conozca la enfermedad y la entienda, así como el tratamiento prescrito y la importancia de cumplirlo. Considerando la importancia de los hábitos de vida asociados y garantizando el uso correcto de los medicamentos.

Entre las estrategias para la mejora de la adherencia se encuentran:

- Estrategias técnicas: simplificación del régimen, dosis menos frecuentes, fórmulas de liberación controlada, combinación de fármacos.
- Estrategias educativas: información médica en la consulta médica; dispensación informada (el farmacéutico debe asumir la responsabilidad sobre los medicamentos dispensados y suministrar la información necesaria oral o escrita para reforzar la adherencia); educación sanitaria.
- Estrategias conductuales:
    - Sistemas Personalizados de Reacondicionamiento (SPD).
    - Sistemas de Recuerdo Horario (SRH): basan su eficacia en que el olvido es una de las principales causas del incumplimiento. Los SRH los podemos clasificar en: sistemas de recuerdo horario de la toma (alarmas horarias, llamadas telefónicas, mensajes SMS, etc.) y en Sistemas de recuerdo de la pauta y de instrucciones básicas (hoja de medicación, etiquetas adhesivas con pictogramas, Apps para móviles, etc.).
    - Tratamiento de observación directa (TOD).
- Técnicas de apoyo social: incluye información verbal y no verbal, dada por otros, ya sea la comunidad, familia o amigos que tiene efectos conductuales positivos en la adherencia del paciente (terapia familiar, grupos de apoyo, etc.).
- Técnicas dirigidas a profesionales: información, cursos y recordatorios a los profesionales sanitarios; el propio control y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios favorece el cumplimiento.

Las estrategias para promover la adherencia en pacientes crónicos varían a lo largo del territorio nacional, en las cuales los Planes de Cronicidad y de Salud juegan un papel relevante en el manejo de pacientes crónicos en relación a la adherencia farmacológica (1), (9), (8), (22). Entre otras líneas de trabajo en este sentido destacan: potenciar el desarrollo de herramientas y sistemas analíticos transversales de la prestación farmacéutica, establecer un modelo para la revisión de tratamientos para pacientes crónicos e implementar herramientas para la mejora de la conciliación en la prescripción, dispensación y cumplimiento de los tratamientos (22).

Por ejemplo, desde el MICOF se ha desarrollado un catálogo de servicios de la farmacia comunitaria orientados hacia la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud como de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos. Entre estos servicios se incluye el Servicio de preparación de Sistemas Personalizados de Reacondicionamiento (SPR) o SPD (46). En esta misma comunidad, también se está abordando la racionalización de la polimedicación a través del Programas de Revisión y Seguimiento de la Farmacoterapia (REFAR) mediante dos subprogramas: REFAR-AR, para el seguimiento de alertas de productos farmacéuticos y revisión de la farmacoterapia y REFAR-EA, para el seguimiento de la eficiencia y adherencia de los tratamientos farmacoterapéuticos (47).

En Cataluña se están llevando a cabo pruebas piloto sobre el uso del SPD y la actuación del farmacéutico de oficina para mejorar la adherencia en el paciente crónico complejo, con la participación de todos los profesionales sanitarios y el sistema propiamente dicho. En la misma comunidad, también cuenta con el Programa de Educación Sanitaria a las personas mayores sobre el buen uso de los medicamentos (PESGG), además del PCAF, que contemplan la mejora de la adherencia terapéutica como un pilar fundamental utilizando una mensajería fluida con el médico de referencia.

Asimismo el Gobierno de Aragón aprobó el Decreto 93/2015, siendo la primera CCAA en regular los requisitos y procedimientos para la dispensación de SPD en las oficinas de farmacia de la comunidad (48). Si bien aunque varias farmacias ya utilizan este sistema, actualmente la prueba piloto que evaluaba los resultados del SPD en adherencia y las ventajas de concertar en el futuro este servicio con los colegios farmacéuticos se encuentra parada (49). Asimismo, cuenta con un Programa de revisión del uso de medicamentos, dirigido a pacientes ancianos, que realiza enfermería y médicos de AP (50).

En la misma línea, otras comunidades como Baleares o País Vasco, también disponen de proyectos en activo utilizando SPD con el fin de mejorar la adherencia en pacientes crónicos y polimedicados (51) (52).

Por otra parte, algunos expertos han señalado que la Prescripción Enfermera, aunque está en desarrollo y en constante debate, supone importantes y demostradas ventajas para los pacientes. Entre sus ventajas, la prescripción enfermera, promueve el acercamiento del profesional al usuario, reduce gastos y burocracia, optimiza recursos y mejora la calidad asistencial y las listas de espera. Igualmente, aumenta la seguridad para el paciente, ya que existe un control más continuo del tratamiento a seguir, se detectan más rápido y con mayor exactitud los efectos adversos, y se facilita su cumplimiento del tratamiento tal y como está pautado.

Séptima cuestión: ¿Qué factores cree que tienen una mayor relevancia en la falta de adherencia en relación este tipo de pacientes?

Consideraciones previas

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema que aumenta a medida que lo hace la carga de enfermedades crónicas y que tiene importantes consecuencias, como se ha descrito anteriormente (45). Para corregir esta situación, es necesario considerar y comprender los factores que influyen en el incumplimiento terapéutico, de manera que se puedan llevar a cabo acciones efectivas.

Resultado del cuestionario

Una de las grandes dificultades relacionadas con los pacientes crónicos es el hecho de asumir su condición, implicando aceptar un tratamiento farmacológico como parte de su vida. Para ello es imprescindible la toma de conciencia y asumir la responsabilidad de su propia salud, lo que se traduce en que el paciente pueda desarrollar su vida cotidiana dentro de los parámetros normales esperados, desarrollando todos los aspectos que desee.

La falta de adherencia, intencionada o no, es un fenómeno multidimensional determinado por la acción de ciertos factores de tipo socioeconómicos, relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria, con la enfermedad, con el paciente y con el tratamiento.

Para abordarlo, la clave está en identificar estos factores, lo que permitirá diseñar estrategias individuales para corregirlo y evitar sus graves consecuencias. Los más influyentes son los relacionados con el paciente: el olvido, preocupación por posibles efectos adversos, baja motivación, falta de información, conocimiento y habilidades adecuadas para gestionar los síntomas de la enfermedad y su tratamiento, bajas expectativa del tratamiento, temor de la dependencia o incredulidad en el diagnóstico.

Al inicio de tratamientos nuevos, los factores que pueden influir en la falta de adherencia son: las dudas sobre la necesidad, el uso o manejo de dispositivos complejos y efectos del tratamiento instaurado. Sin embargo, en tratamientos instaurados los factores más determinantes son: la pérdida de percepción de su necesidad, olvido, hartazgo por la polimedicación, pérdida de la percepción de riesgo que llevó a tomar la medicación.

Si, además, a estos factores se le asocian edad avanzada, trastornos cognitivos leves o moderados de memoria, fragilidad y vulnerabilidad social y/o económica existirán importantes dificultades adicionales para mejorar la adherencia.

La falta de control por parte del profesional, para revisar, retirar fármacos innecesarios, detectar duplicidades o interacciones; también puede ser otro factor que contribuye al nivel de adherencia.

Algunas medidas que se pueden adoptar con el fin de fomentar la adherencia terapéutica son: censar a los pacientes polimedicados a través de la oficina de farmacia, educar a los pacientes al respecto de su tratamiento, la importancia del cumplimiento y los problemas de la falta de adherencia en cada caso o, revisar que se mantienen los tratamientos necesarios en los cambios de nivel asistencial. Se debería preguntar a los pacientes por sus inquietudes acerca de la medicación (efectos adversos o riesgo de dependencia), discutir con el paciente sobre cómo incorporar la toma de medicación a su rutina diaria o facilitarla mediante el uso de recordatorios (TICS) o sistemas personalizados de reacondicionamiento.

Octava cuestión: ¿Conoce los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD)? En caso afirmativo, ¿qué ventajas e implicaciones podría tener su uso en pacientes crónicos?

Consideraciones previas

Los SPD son dispositivos dirigidos a pacientes crónicos y polimedicados, dispensados desde la oficina de farmacia, que consisten en unificar en un único envase, de forma protocolizada, a disposición del paciente sus medicamentos, reacondicionándolos según su pauta posológica en dispositivos multicomparmentales adecuados de un solo uso. Este sistema es aplicable a todos los medicamentos que por sus características puedan permanecer estables en el SPD durante el tiempo previsto.

El objetivo principal de los SPD es contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, siendo el farmacéutico comunitario el responsable de la implantación del Servicio de Seguimiento farmacoterapéutico con SPD en los pacientes que lo requieran (53).

Como se ha mencionado anteriormente, los SPD se están utilizando en las oficinas de farmacia a lo largo del territorio nacional.

En Cataluña se están llevando a cabo pruebas piloto sobre el uso del SPD y la actuación del farmacéutico para mejorar la adherencia en el paciente crónico complejo. Además, el empleo de SPD como herramienta para mejorar la adherencia está considerado en el Plan de salud catalán (22).

Desde el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia se ha desarrollado un catálogo de servicios de la farmacia comunitaria que incluye el Servicio de preparación de Sistemas Personalizados de Reacondicionamiento (SPR) o SPD (46).

Por su parte, Aragón cuenta con un Decreto que regula los requisitos y procedimientos para la dispensación de SPD en las oficinas de farmacia de la comunidad, sin embargo

la prueba piloto que evaluaba los resultados del SPD en adherencia se encuentra parada en la actualidad (48), (49).

Resultado del cuestionario

El SPD es un sistema semanal sencillo que, debidamente explicado a los pacientes, puede ser una gran herramienta para el cumplimiento terapéutico y la adherencia, sobre todo en crónicos polimedicados con pautas de medicación complejas, que viven solos y son candidatos a la fragilidad y los ingresos hospitalarios. Las ventajas e implicaciones que se derivan de los SPD son múltiples:

- Los sistemas de dosificación personalizada de medicamentos hacen que el farmacéutico ofrezca un servicio personalizado a sus pacientes, de esta forma se crea un vínculo de confianza entre paciente y farmacéutico.
- Facilitan el seguimiento del tratamiento. El SPD para farmacia ayuda al farmacéutico a centralizar toda la información de sus pacientes. Gracias a esto, se mejora la adherencia al tratamiento, se evitan las duplicidades, olvidos y errores y además actúa como ayuda de memoria de tal forma que los pacientes pueden comprobar si se han tomado la dosis.
- Suponen un ahorro de tiempo para el farmacéutico. La preparación de los blísteres es más rápida con una máquina de carga semiautomática y al software de gestión del sistema de dosificación personalizada de medicamentos Así pues, el farmacéutico podrá preparar los medicamentos de más pacientes en menos tiempo.
- Facilitan la manipulación de medicamentos, al unificarlos en un solo envase. Un blíster nuevo desechable cada semana. En él, los pacientes de su farmacia encontrarán sus medicamentos repartidos por días (cada día diferenciado por un color distinto) y por las horas del día en que les toca la toma del medicamento. De esta manera se evita la presencia descontrolada de fármacos en el botiquín del paciente y su uso inadecuado o el autotratamiento.
- Personalizan la medicación. Gracias a las etiquetas adhesivas, los blísteres resultantes contienen toda la información que el paciente necesita para la toma de sus medicamentos.

Como se ha mencionado anteriormente, los resultados preliminares del programa piloto PCAF en Cataluña, los SPD junto con la intervención farmacéutica, muestran una mejora significativa de la adherencia (24). Asimismo, un estudio sobre adherencia terapéutica en pacientes transplantados con tratamiento inmunosupresor ya sugiere que los pacientes con SPD presentan mejor tasa de adherencia que los que autocontrolan su medicación (54).

La implementación de los SPD va más allá de ser únicamente un dispositivo para facilitar la toma o simplificar la pauta, dado que, mediante la alianza terapéutica con el paciente, el farmacéutico obtiene la información clínica relevante en relación al tratamiento establecido y, a través de un proceso de evaluación, puede conciliar con el resto de profesionales sanitarios. La suma de las estrategias del seguimiento farmacoterapéutico y SPD ayudan en la cogestión de los pacientes con los equipos de AP, de manera que esta coordinación entre profesionales permite obtener mejores resultados del tratamiento establecido, gracias a una mejor adherencia del paciente.

Además de las ventajas para el propio paciente, el uso de SPD también conlleva beneficios para el cuidador no profesional como la disminución del riesgo de errores de medicación, facilitación de la administración de la medicación y la atención a los pacientes.

Para el sistema sanitario, los SPD también tienen un impacto positivo en cuanto a la racionalización del uso de medicamentos, la mejora de los resultados terapéuticos y la racionalización del gasto terapéutico. En este sentido, el uso de SPD supone de media un ahorro en medicación de 15,2 euros por paciente y mes, lo cual implica un ahorro cercano al 15% en el coste medio de la medicación de cada paciente al mes (15).

En las actuales condiciones de implantación del servicio existen diferentes cuestiones que deberían abordarse si se busca la universalidad de acceso a aquellos pacientes que lo requieran:

- Incrementar la información del funcionamiento del programa SPD entre los diferentes profesionales (médicos, gestoras de casos/enfermeras, asistentes sociales) como parte programas de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), dado que su desconocimiento puede crear situaciones que despierten susceptibilidades o generen problemas en la incorporación y seguimiento de pacientes al programa.
- La sostenibilidad económica del servicio, puesto que a día de hoy la prestación del mismo y la selección de los pacientes incluidos en el programa están sujetos a la viabilidad de las farmacias que no reciben una retribución económica que permita hacer frente al coste que supone la intervención realizada, que representa una media de 19,85 € paciente/mes (en pacientes crónicos 32,12€), de manera que no pueden atender a todos los pacientes que serían susceptibles de favorecerse del programa (55).

Si bien, es importante remarcar que, como demuestran los estudios de adherencia con SPD, lo que aporta valor para garantizar la adherencia no son sólo los dispositivos en sí, que facilitan la administración correcta y segura de la medicación, sino el programa de SFT asociado a su uso.

Novena cuestión: ¿Qué beneficios considera que tendría para el SNS la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes crónicos?

Resultado del cuestionario

El incumplimiento terapéutico es un problema de salud pública importante con implicaciones tanto clínicas como económicas. La no adherencia tiene consecuencias negativas como la interferencia en la efectividad de los tratamientos, la aparición de complicaciones o aumento en la gravedad del cuadro, procedimientos diagnósticos y tratamientos adicionales, aumento del costo de la atención de salud, deterioro de la calidad de vida del paciente, la baja satisfacción usuaria con la atención en salud que recibe y el desgaste del equipo y baja motivación en el trabajo con el paciente crónico.

El objetivo de identificar y tratar a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, es reducir el riesgo de enfermedades asociadas, como la enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebro-vascular, insuficiencia renal crónica o complicaciones neurológicas.

Mejorando la adherencia se consigue una mejora en los indicadores de salud y por tanto, una población más sana y con mejor calidad de vida, evitando gastos mayores por tener que intervenir con recursos mucho más caros que el tratamiento farmacológico, como las urgencias y hospitalizaciones. Además, se reducen los gastos por dependencia, los sociales y los costes del sistema en intervenciones de nivel asistencial más alto y por lo tanto mucho más caros, contribuyendo así la sostenibilidad del sistema sanitario

El análisis del impacto económico en España de la adherencia en enfermedades crónicas como la cardiovascular (ECV), y enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC), muestra beneficios económicos muy relevantes. En el caso de ECV, aumentar en diez puntos porcentuales la adherencia evitaría más de 8.700 muertes y hasta 7.650 eventos cardiovasculares, con un gasto sanitario directo evitable de 75 millones de euros. En cuanto a los resultados para EPOC, mejorando en diez puntos la adherencia se lograría evitar 190.000 exacerbaciones, con un gasto sanitario directo evitable de 80 millones de euros (18).

Por otro lado, mejorar la adherencia permite evaluar la relación coste beneficio de los diversos tratamientos instaurados, al tener la certeza de que los tratamientos se han cumplido como estaban prescritos.

ANEXO I - Cataluña

Contexto específico de Cataluña

En Cataluña, el 75-80% de los recursos sanitarios están destinados a la atención de los pacientes crónicos, que suponen en torno al 20% de la población (19). Se desconoce la inversión destinada a pacientes crónicos en Cataluña ya que el Presupuesto de Salud no lo detalla, sin embargo, el proyecto de Ley de Presupuestos de Cataluña señala que uno de los objetivos de Salud es "mejorar la resolución de la AP dotándola de mayor capacidad de autonomía de gestión y de seguimiento de pacientes crónicos". Además, la Línea 6 del Plan de Salud de Cataluña 2016-20 está dedicada a "Atención integrada y cronicidad".

El envejecimiento y la enfermedad crónica en Cataluña

- En Cataluña, la esperanza de vida es de 81,4 años. Este aumento ha ido en paralelo a la disminución de la mortalidad y un aumento de la morbilidad y de la patología crónica. De hecho, la esperanza de vida libre de discapacidad se reduce a los 66 años (56).
- Según datos de la encuesta de salud del 2014, Cataluña cuenta con un porcentaje de sobre-envejecimiento muy alto (15.4 %). Es decir, 15,4 de cada 100 personas de 65 años o más superan los 84 años. Aspecto que se refleja en una mayor incidencia de pacientes crónicos.
- En la encuesta de Salut de Catalunya del 2015, se refleja que un 34,3 % de la población general tiene alguna patología o problema de salud crónico. Este porcentaje es mayor en las mujeres y aumenta en los grupos de más edad (del 12,3 % en la población de 0 a 14 años al 69,7 % en la población a partir de los 75 años).
- Los problemas de salud crónicos más frecuentes son los osteoarticulares (dolor de espalda y artrosis) que, de hecho, representan el 70% de las visitas a los centros de AP. Otros problemas crónicos son la mala circulación, la hipertensión, la migraña, la depresión o ansiedad, las alergias crónicas y el colesterol elevado.
- Del total de enfermos crónicos, se estima que 140000 sufren también dependencia, lo que representa un 6% de la población del territorio catalán. Además, el 50% de estos pacientes desarrolla enfermedades crónicas múltiples.
- Las enfermedades crónicas serán la causa principal de discapacidad en 2020, y en 2030 se doblará la incidencia actual de este tipo de enfermedades en personas de más de 65 años.

- Cerca de 1,3 millones de personas tienen más de 65 años (un 16,5% del conjunto de la población catalana) y los últimos años se ha incrementado notablemente el índice de sobreenvejecimiento: en 14% tiene más de 85 años.
- Según la Encuesta de salud de Cataluña 2006 (ESCA), cerca de 350000 personas tienen una dificultad grave para realizar las actividades básicas instrumentales de la vida diaria.
- El 75% de los ciudadanos muere a causa de una enfermedad crónica.
- Por su incidencia en la población y por la tasa de morbilidad que conlleva, la cronicidad es uno de los problemas prioritarios en materia de salud. Por ello, el Programa presentado hoy por el Gobierno, prevé el desarrollo de unas estrategias coordinadas e integradas en el sistema sanitario catalán, tanto en materia de prevención como de tratamiento personalizado y orientación continuada de los pacientes crónicos y de sus familiares.

Teniendo en cuenta el contexto actual, el Departament de Salut de la Generalitat ha puesto en funcionamiento el **Plan de Salud** 2016-2020 (22), el **Programa de Prevención y Atención de la Cronicidad** del Gobierno catalán (19), el **Proyecto de Atención Farmacéutica al Paciente Crónico** (PCAF) (23) y el **Programa de Educación Sanitaria a las Personas Mayores** (PESGG) (57).

Plan de Salud de Cataluña 2016-2020

El plan, que se divide en 12 líneas estratégicas de acción, y en 3 grandes ejes: la salud, las políticas y los instrumentos (22). Asimismo dedica la línea estratégica 6 a la atención integrada y la cronicidad, la cual contempla:

- Implementación de un modelo de atención integral, centrado en las personas con enfermedades crónicas y con necesidades complejas, desde una óptica poblacional. Los principales ejes de trabajo de este punto son: implementar modelos de atención centrada en la persona y de toma de decisiones compartidas, definir entre profesionales del ámbito sanitario y el social la estrategia común de valoración integral de la complejidad, establecer criterios unificados en cuanto a la planificación avanzada de la atención y las decisiones anticipadas y adecuar los planes de atención y la gestión de casos al modelo de atención integral.
- Implementación del modelo de atención integrada en los territorios y los equipos asistenciales. Los ejes de trabajo incluyen: extender los procesos clínicos integrados y las rutas asistenciales para las enfermedades crónicas más prevalentes, implementar de manera generalizada las rutas o los pactos territoriales de atención integrada a las condiciones de complejidad y rediseñar los equipos y los dispositivos asistenciales desde un enfoque territorial y poblacional.

- Desarrollo de instrumentos transversales facilitadores del modelo de atención integrada. Mediante los siguientes ejes de trabajo: Integrar los sistemas de información y comunicación, modelizar la atención integrada en entornos y condiciones singulares, elaborar planes de formación de profesionales y líderes y potenciar la generación de conocimiento y posicionamiento en contextos externos.
- Modelo organizativo de atención integral a la población adulto e infantil con necesidades paliativos y en situación de final de vida. Para ello se deberá planificar territorialmente la atención paliativa y al final de la vida para la población ó pediátrica y adulta y diseñar e implementar las rutas asistenciales de cronicidad avanzada y atención paliativos en todos los territorios.
- Atención integrada al paciente crónico complejo de salud mental. Para lo cual se hace necesario: consensuar las rutas asistenciales de atención a los pacientes crónicos complejos de salud mental (PCCSM) en el marco de las rutas asistenciales a la complejidad o los pactos funcionales de atención integrada a los territorios, definir el proceso de gestión clínica integral en el territorio y generar un modelo de buenas prácticas compartidas.

En cuanto a medidas para mejorar la adherencia terapéutica el Plan propone las siguientes líneas a trabajar:

- Potenciar el desarrollo de herramientas y sistemas analíticos transversales de la prestación farmacéutica, sobre la base de criterios clínicos.
- Establecer un modelo para la revisión de tratamientos para pacientes crónicos e implementar herramientas para la mejora de la conciliación en la prescripción, dispensación y cumplimiento de los tratamientos.
- Establecer planes de actuación para la detección de problemas de seguridad clínica en materia de medicamentos.
- Implementar un modelo del Plan de medicación con la integración de todos los tratamientos instaurados.
- Potenciar herramientas para informar, formar y ofrecer educación sanitaria sobre el uso e medicamentos: Canal Medicament y farmacia, CedinCat i Butlleti de información terapéutica (BIT), La meva salut, programas de actualización terapéutica y jornadas monográficas.
- Generar y difundir conocimientos a través de la plataforma GeCoFarma (Generant Coneixement sobre la Prestació Farmaceutica).

Programa De Prevención y Atención a la Cronicidad de Cataluña (PPAC)

Las Consejerías de Salud y de Bienestar Social y Familia de la Generalitat de Catalunya han puesto en marcha el Programa de prevención y atención a las enfermedades crónicas (8) que consta de seis objetivos principales:

- **Implantar rutas asistenciales integradas**: contempla una visión global e integradora de la asistencia primaria y la hospitalaria, incluyendo la hospitalización de agudos y la sociosanitaria.
- **Potenciar los programas de protección, promoción y prevención**: fomento de la vida activa y la autonomía de la persona enferma, incorporando la toma de decisiones anticipadas, y su entorno familiar para identificar síntomas, adelantarse a las crisis y planificar las curas. Además señala la importancia de la prevención y control de tabaquismo y alcohol, así como promoción de una alimentación saludable, vacunación,
- **Fomentar las estrategias de autocuidado**: se trata de que el paciente conozca cómo evolucionará la enfermedad, qué puede esperar y cómo puede hacerle frente y, por otro lado, de poner a su alcance los recursos que ofrecen los servicios sanitarios y sociales facilitándole el acceso
- **Desarrollar alternativas a la hospitalización en un sistema integrado**: hospitalización domiciliaria, hospitales de día, potenciar el uso de las TIC…
- **Desplegar programas territoriales de atención a los pacientes crónicos complejos**. Como muestra la Tabla 1 y 2, existen proyectos en todo el territorio catalán con implicación de los diferentes niveles asistenciales.
- **Implantar programas de uso racional del medicamento y mejorar la adherencia terapéutica**. Mediante:
    - Filtros y ayudas para la gestión eficiente de la prescripción electrónica. Algunos de estos filtros (dosis máximas / altas, número de envases por intervalo, etc.) alertan los profesionales en el momento de la prescripción, por lo que tienen la opción de decidir cambiar o no la prescripción original sobre la base del su criterio clínico.
    - Diseño del plan de mejora de sistemas de alertas automatizadas: duplicidades y alertas de seguridad. El nuevo módulo de seguridad en la receta electrónica tiene como objetivo mejorar la seguridad clínica de los pacientes mediante la prevención de efectos adversos relacionados al

uso de medicamentos. Inicialmente, los contenidos clínicos se basan en la detección de interacciones farmacológicas, duplicidades terapéuticas, fármacos desaconsejados en geriatría, dosis máximas y medicamentos teratógenos.

- Implementación de programas de uso racional y conciliación de medicamentos.

Proyecto de Atención Farmacéutica al Paciente Crónico (PCAF)

Se trata de un piloto definido por el Consejo de Colegios Farmacéuticos de Cataluña (CCFC) y el Servicio Catalán de Salud (CatSalut), con el fin de hacer un seguimiento de la evolución de pacientes crónicos complejos desde las farmacias catalanas (23). El PCAF pretende evaluar el impacto de la atención farmacéutica en la gestión compartida de los enfermos crónicos complejos, y la mejora del cumplimiento del tratamiento y el control de la enfermedad por parte de pacientes que sufren procesos crónicos de difícil gestión.

Asimismo el PCAF también evalúa la relación efectividad/coste y beneficio/coste de una intervención protocolizada desde las Oficinas de Farmacia e integrada con los equipos de AP. Los médicos de AP realizan la selección de los pacientes en base a unos criterios ya establecidos y los informan oportunamente del desarrollo del programa. Una vez que el paciente confirma su intención de participar, el médico lo deriva a su farmacia de referencia. La tarea del farmacéutico consiste en realizar un seguimiento farmacoterapéutico del paciente para controlar que toma adecuadamente la medicación prescrita por el médico. Para hacer este seguimiento el médico puede indicar, o no, la preparación de SPD.

Los resultados preliminares del programa muestran que **la intervención del farmacéutico consigue mejorar el cumplimiento terapéutico en pacientes complejos en un 10% gracias a la educación sanitaria y en el grupo de pacientes con SPD la mejora del cumplimiento se cifra en un 11% (24).**

Programa d'Educació Sanitària a la Gent Gran (PESGG)

Este programa consta de charlas informativas que se dirigen a las personas mayores, ya que son un colectivo en el que, con frecuencia, la polimedicación está presente y, por tanto, un grupo prioritario en la promoción del buen uso de los medicamentos. En este sentido, el objetivo del Programa es potenciar la autonomía de las personas mayores para fomentar el uso racional de los medicamentos.

El Programa, está adscrito al Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), se lleva a cabo con la colaboración del Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña y se enmarca en las líneas estratégicas del CatSalut y del Plan de Salud 2011-2015. Además, está integrado en el proyecto Europeo "Envejecimiento activo y saludable" donde se recogen iniciativas puestas en marcha en toda Europa enfocadas a prolongar una vida activa e independiente a las personas mayores. Por el momento entre 2006 hasta 2015 se han realizado 723 sesiones con un total de 33.692 asistentes.

Conclusiones alcanzadas por el panel de expertos de Cataluña

Existe una necesidad de **aumentar la inversión económica destinada a la cronicidad**, orientando el sistema de salud a este colectivo, con la **coordinación de profesionales sanitarios, la familiares y las instituciones**.

Se debe incidir en la importancia de la **prevención y el diagnóstico precoz** de enfermedades crónicas.

La mayor barrera existente en el manejo de la cronicidad radica en la **falta de coordinación entre profesionales sanitarios**. Para mejorar este aspecto se debe poner a su disposición herramientas de **comunicación adecuadas**, estableciendo un procedimiento concreto para dicha comunicación y realizando **formaciones multidisciplinares**, principalmente entre AP, enfermería y farmacia comunitaria.

La **adherencia farmacológica** es un factor vital en el manejo de la cronicidad que debe mejorarse mediante las herramientas como los **SDP**, campañas informativas y la coordinación de toda la cadena asistencial. También sería necesaria la creación de una escala validada y un **registro de la adherencia**.

La **farmacia comunitaria** juega un papel fundamental en el manejo de pacientes crónicos, desde su posición de proximidad y confianza, que debe ser aprovechada. En este sentido, es de vital importancia su coordinación con AP.

Para mejorar la adherencia, el paciente debe ser consciente de su proceso. En este sentido, se debe formar a los pacientes en su **autocuidado** desde oficina de **farmacia, AP y enfermería**.

ANEXO II - Comunidad Valenciana

Contexto específico de la Comunidad Valenciana

En la Comunidad Valenciana el 78,6% de la población entre 65 y 74 años padece algún tipo de enfermedad crónica, porcentaje que aumenta al 85,7% entre los mayores de 84 años (58). El envejecimiento de la población ha ocasionado un considerable incremento del gasto destinado a la asistencia sanitaria de la población mayor, gasto que continuará creciendo durante los próximos años si aumenta el índice de dependencia y con él la demanda de cuidados.

Por ello el porcentaje de inversión en Sanidad va en aumento cada año, de hecho la partida sanitaria de la Generalitat de Valencia continúa otro año coronando el grueso de los presupuestos. La tendencia del ejercicio 2016 ha superado el crecimiento de otros anteriores y ha pasado del 31,9% del total de 2015 al 34,4% para año 2016.

Sin embargo, la Medicina de Familia, a través de AP, elemento clave en el manejo de la cronicidad, experimenta una desproporción en la inversión sanitaria, representando solo el 14,6% del gasto en sanidad. De esta cifra se extrae que si el presupuesto de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana es de unos 6000 millones de euros para el año 2017 y de éstos 4.000 millones se dedican a la asistencia sanitaria, la inversión en AP sería de 600 millones de euros aproximadamente. Por tanto, la inversión en cronicidad, que debe ser gestionada principalmente desde AP, es mejorable y constituye un reto que se debe afrontar.

Envejecimiento y cronicidad en la Comunidad Valenciana

Según los datos de la Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana (59), (27):

- La proporción de personas mayores de 65 años que hace una valoración negativa de su estado de salud es del 58,71% (50,02% en hombres y 65,41% en mujeres)
- El 78,6% de la población en la Comunitat Valenciana entre 65 y 74 años padece algún tipo de enfermedad crónica, porcentaje que aumenta al 85,7% entre los mayores de 84 años.

- Los problemas de salud crónicos más prevalentes son la diabetes, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, los problemas degenerativos como la artrosis, los dolores de espalda, el insomnio y ciertos trastornos psiquiátricos como la depresión. Las personas con niveles de ingresos y de estudios más bajos son las más afectadas.
- Casi el 10% de la población de 65 a 74 años tiene limitaciones (funcionales, físicas o sensoriales) severas y el 28,16% tiene limitaciones leves. En el grupo de edad de 75 a 84 años el 57,5% de la población tiene algún tipo de limitación funcional y en el grupo de mayores de 84 años el 77,1% de las personas.
- El 17,3% de los encuestados de 65 a 74 años declaró tener mucha o alguna dificultad para caminar 500 metros sin ayuda, el 31,3% entre los 75 y 84 años y el 42,6% entre los encuestados de 85 o más años de edad.
- En cuanto a la dependencia, el 37% de los encuestados de 65 a 74 años, el 23,1% de los de 75 a 84 años y tan sólo el 9,4 % de los mayores de 84 años puede realizar sin ayuda las actividades de la vida diaria en el hogar.
- El envejecimiento de la población ha ocasionado un considerable incremento del gasto destinado a la asistencia sanitaria de la población mayor, gasto que continuará creciendo durante los próximos años si aumenta el índice de dependencia y con él la demanda de cuidados.
- Entre 2000 y 2013, la esperanza de vida al nacer en la Comunidad Valenciana aumentó 3,9 años, alcanzando los 83 años para el conjunto de la población (80,4 años en hombres y 85,6 en mujeres).
- Las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de AP. Las mujeres realizan consultas médicas con más frecuencia que los hombres (40,9% frente al 28,6%).

Teniendo en cuenta el contexto actual, la Consejería de Sanidad de la Comunitat Valenciana ha puesto en funcionamiento el Plan de Salud 2016-2020 (58), la Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana (59), el Programa de Revisión y Seguimiento de la Farmacoterapia (REFAR) (47), así como el Programa Valcronic (60), el portal CUIDATE y el proyecto Resi-EQIFar que se pondrá en marcha en 2018 .

Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2016-2020

El Plan se configura en torno a cuatro ejes fundamentales y 5 líneas estratégicas de las cuales, la línea 2 está dedicada a la cronicidad (58):

Línea 2. Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud

- **2.1.** Actuar sobre los factores de riesgo comunes a las principales enfermedades crónicas
- **2.2.** Disminuir la morbimortalidad por enfermedades cardio y cerebrovasculares
- **2.3.** Ofrecer un modelo integral y personalizado de atención al cáncer
- **2.4.** Frenar la tendencia creciente de la diabetes
- **2.5.** Mejorar el abordaje de las enfermedades respiratorias crónicas
- **2.6.** Prestar atención sanitaria y social a las enfermedades neurodegenerativas y demencias
- **2.7.** Desarrollar un modelo integral de atención a la salud mental
- **2.8.** Garantizar la atención de pacientes crónicos complejos y paliativos que incluya a las personas cuidadoras
- **2.9.** Realizar programas de cribado basados en la evidencia
- **2.10.** Disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles sometidas a vigilancia
- **2.11.** Mejorar la atención de las enfermedades raras

Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana (2014)

Cuenta con un total de cinco líneas estratégicas, de las que sólo una es diferente a las que aparecen en la estrategia nacional (59).

- **Orientar el sistema sanitario hacia la atención a la cronicidad**, con las siguientes líneas: a. liderazgo y compromiso Institucional, b. enfoque poblacional, c. reorganización de servicios para la continuidad asistencial, d. integrar políticas sanitarias y sociales.
- **Desplegar un modelo de atención centrado en el paciente y su entorno**, incluyendo las siguientes líneas estratégicas: a. la atención a la cronicidad desde la visión Integral b. el paciente como eje. Fomentar los auto-cuidados c. potenciar la utilización del portal CUIDATE CV d. apoyo a los cuidadores e. Impulsar la seguridad del paciente mediante la racionalización de la polimedicación.
- **Desplegar políticas para la promoción de la salud y prevención de la cronicidad**, incluyendo las siguientes líneas estratégicas: a. desarrollar la Estrategia de sobre envejecimiento activo b. hacer visible la atención de la Cronicidad en los Planes y programas de Salud c. fomentar el desarrollo de programas, basados en la evidencia. d. Involucrar a la sociedad en la atención a la cronicidad.
- **Potenciar la gestión del conocimiento sobre la cronicidad**, incluyendo las siguientes líneas estratégicas: a. estandarización de los procesos y desarrollo de vías clínicas b. la formación y la comunicación entre profesionales c. investigación.
- **Desarrollar los sistemas y tecnologías de la información y la comunicación para la cronicidad**, incluyendo las siguientes líneas estratégicas: a. Integración/ coordinación Sistema de Información corporativos b. Herramientas de ayuda a la decisión clínica c. Desarrollo de e-salud y m-salud.

En lo que respecta a la continuidad de cuidados y la coordinación sociosanitaria aparece como prioridad en las intervenciones generales propuestas por la Estrategia. Además forma parte de la línea estratégica “Orientar el sistema sanitario hacia la atención a la cronicidad”, concretamente de la línea de actuación “Reorganización se servicios para la continuidad asistencial”. En esta línea se destaca el papel principal de la AP.

En cuanto a la coordinación sociosanitaria, se encuentra incluida en la línea estratégica “Orientar el sistema sanitario hacia la atención a la cronicidad”, en la línea de actuación “Integrar políticas sanitarias y sociales”.

Programa de Revisión y Seguimiento de la Farmacoterapia (REFAR)

El programa REFAR es un instrumento de la Conselleria de Sanidad para establecer programas y protocolos específicos con el fin de evaluar la asistencia farmacéutica a los pacientes, especialmente crónicos y polimedicados (47). Estos incluyen la revisión periódica de los tratamientos de los pacientes y las actuaciones específicas para garantizar la seguridad, la efectividad y la eficiencia de los mismos.

En el marco del Sistema Nacional de Salud, los programas de revisión de la utilización de medicamentos promueven actuaciones dirigidas a mejorar la calidad asistencial para pacientes crónicos y polimedicados y la eficiencia en el uso de los recursos a los efectos de mejorar: el cumplimiento terapéutico. El conocimiento de los pacientes respecto el uso e indicaciones de los medicamentos y la detección de problemas derivados del uso de medicamentos.

El programa de revisión y seguimiento de la farmacoterapia en la Conselleria de Sanitat (REFAR), facilita el cumplimiento del artículo 16 de la Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (61).

Como principales objetivos, el Programa REFAR contempla: la revisión medicación y detección problemas relacionados, mejorar cumplimiento y efectividad de los tratamientos y mejorar conocimiento pacientes del uso e indicaciones de los tratamientos.

Acciones que se realizan en el marco de REFAR:

- Control y seguimiento de tratamientos y pautas posológicas
- Control de la eficiencia de los tratamientos en términos de eficacia, seguridad y coste/efectividad
- Detección posibles efectos adversos y errores de medicación (revisión tratamientos y entrevistas personalizadas)
- Educación sanitaria
- Evitar acumulación medicamentos en domicilio y retirar caducados
- Ayudar al cumplimiento (simplificación pauta posológica, hojas de medicación explicativas o sistemas personalizados de dosificación)

El programa REFAR se estructura en los siguientes subprogramas:

- **REFAR-AR** para el seguimiento de alertas de productos farmacéuticos y revisión de la farmacoterapia. Incluye: alertas de medicamentos y productos sanitarios, revisión de utilización de medicamentos, formación en herramientas informáticas de prescripción, dispensación y análisis de utilización de medicamentos así como revisión de las bases de datos de soporte (seguridad, efectividad y eficiencia en la prescripción, dispensación y análisis de la utilización de productos farmacéuticos.
- **REFAR-EA**: seguimiento de la eficiencia y adherencia de los tratamientos farmacoterapéuticos: captación, valoración y seguimiento.

Desde la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, así como desde los propios Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana, se identifican los pacientes susceptibles de revisión de tratamientos y seguimiento de los diferentes subprogramas mediante los siguientes gestores, los cuales forman las diferentes líneas de actuación del Programa REFAR:

- Gestor A/S: identificación y seguimiento de los tratamientos afectados por alertas de seguridad de medicamentos de uso humano.
- Gestor MI: identificación de subgrupos terapéuticos o principios activos con utilización inadecuada.
- Gestor S/S: identificación de los tratamientos por criterios STOPP/START
- Gestor PRM: identificación de tratamientos susceptibles de revisión en cuanto a seguridad en la utilización de productos farmacéuticos (problemas relacionados con los medicamentos).
- Gestor SCP: facilitar resultados en salud de utilización de medicamentos en poblaciones con la misma carga de enfermedad (sistema clasificador de pacientes).

Las actividades del programa REFAR están integradas como una tarea diaria dentro de los procesos sanitarios usuales desarrollados por médicos, enfermeros, farmacéuticos, y profesionales sanitarios implicados en la farmacoterapia del paciente, los cuales forman un equipo multidisciplinar que actúa de manera conjunta, contribuyendo ello a mejorar la salud y el bienestar de los pacientes.

Programa Valcronic

Valcronic es un programa desarrollado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana desde el año 2012, puesto en marcha desde las áreas de primaria de los departamentos de Elche y Sagunto. El programa contempla dos modalidades de intervención, por un lado el control y seguimiento de la enfermedad crónica a través de la telemonitorización del paciente y por otro, la mejora de los hábitos de vida saludable y fomento del autocuidado. La solución de telemonitorización por parte de Telefónica se integra con el sistema de historia clínica electrónica de esta comunidad autónoma: Abucasis. Con más de 500 pacientes, es una de las mayores experiencias de este tipo en Europa.

Respecto a sus primeros resultados destacan:

- Mejora del control del peso, la presión arterial y la diabetes. Reducción de un 51,9 % las urgencias en AP y un 32,3 %en el hospital.
- Disminución de un 33,2 por ciento los ingresos por causa urgente y de un 23,8 % de los ingresos por descompensación de las patologías tratadas.

Portal CUIDATE

Portal de la Comunidad Valenciana que fomenta el autocuidado de los pacientes y ofrece información con el fin de mejorar la salud poblacional.

El menú principal se divide en dos partes: vida saludable y problemas de salud. La primera está orientada a la población que, con independencia de sus problemas de salud, desee tener acceso a información sobre cómo mejorar su estado de salud. La segunda parte, problemas de salud, incorpora los apartados: Cáncer, Cardiovasculares, Diabetes.

El nuevo programa “Pacient Actiu” de la Conselleria de Sanitat ofrece apoyo a las personas con enfermedades crónicas para que adquieran un mejor autocuidado de su salud y se desarrolla mediante talleres que imparten otros enfermos crónicos, y tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de estas personas, así como conseguir hábitos y estilos de vida más saludables.

Proyecto Resi-EQIFar

En marzo de este año la Consejería de Salud valenciana anunció su intención de implantar en 2018 un nuevo modelo de prestación farmacéutica destinado a residencias denominado Resi-EQIFar (62)

Esta iniciativa supondrá adquirir, preparar y dispensar de forma centralizada las dosis unitarias semanales de tratamiento (sistemas SPD) de 27.000 plazas de pacientes institucionalizados en centros socio sanitarios de la Comunitat Valenciana, incorporando a su vez un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria por cada 400 plazas (más de 65), en los diferentes Departamentos de Salud, que ejercerán su actividad asistencial mediante la provisión de atención farmacéutica especializada.

Para llevar a cabo el programa paralelamente habrá una plataforma logística asociada a la Unidad de Farmacotecnia del Servicio de Farmacia de La Fe, que está acreditada para la preparación de los sistemas SPD (63)

Conclusiones alcanzadas por el panel de expertos de la Comunidad Valenciana

Se debe **aumentar el presupuesto destinado a cronicidad**, principalmente a través de **AP**. También sería necesario una mayor inversión en nuevos sistemas de gestión para que haya una mejor coordinación a lo largo de cadena asistencial

En cuanto a la formación de profesionales sanitarios, teniendo en cuenta el envejecimiento poblacional, cabe destacar necesidad de fomentar, además de formación conjunta, la **formación en geriatría**.

Actualmente existe un problema de **comunicación entre profesionales sanitarios** que debe ser abordado desde la Administración facilitando los medios necesarios para ello. Uno de los puntos clave para mejorar la comunicación con farmacia comunitaria, agentes clave en la gestión de la cronicidad, son los **sistemas informáticos**. Sería necesario unificar estos sistemas mediante una herramienta común para toda la cadena asistencial, que permitiera compartir la **historia clínica** del paciente, entre otras acciones. Los cambios recientes en la receta electrónica no permiten conocer al farmacéutico la patología de base del paciente

En el manejo de la cronicidad es esencial garantizar la **adherencia al tratamiento**. En este sentido, la **oficina de farmacia** tiene un papel fundamental, ya que puede llevar a cabo diversas acciones, como poner los **SPD** a disposición del paciente, sin incrementar el gasto total en sanidad. Otras medidas que deberían fomentarse para mejorar la gestión de pacientes crónicos son: la **hospitalización domiciliaria** y **teleasistencia**.

Papel de **SPD** desde la oficina de farmacia es especialmente beneficioso en cuanto al **seguimiento asociado**, además, entre sus ventajas destaca el **empoderamiento** del paciente. Para la implementación de los SPD se requiere una estrecha colaboración entre **AP y la oficina de farmacia** mediante un sistema de comunicación eficaz entre ellos.

Para la implementación de los **SPD** se requiere una estrecha **colaboración entre AP y la oficina de farmacia** mediante un sistema de comunicación eficaz entre ellos, que debe facilitar la administración.

ANEXO III - Aragón

Contexto específico de Aragón

- Actualmente en Aragón, el 34% de los hombres y el 41% de las mujeres de edad media padecen, al menos, dos enfermedades crónicas de forma simultánea, cifra que asciende al 67% a partir de los 65 años.
- Además, en los últimos años se observa que, en términos absolutos, la multimorbilidad o coexistencia de enfermedades crónicas en una misma persona, aumenta entre la población de menor edad.
- En Aragón hay unas 225.000 personas mayores de 65 años, de las cuales, tres cuartas partes viven solas en sus domicilios.
- Aproximadamente 65.000 personas mayores de 65 años en Aragón y 32.000 personas entre 6 y 64 años presentaban discapacidad moderada, severa o total, lo que supone el 8% de la población aragonesa.
- Entre el 6% y el 7% de la población aragonesa precisa ayuda de otros para realizar alguna de las actividades necesarias para desenvolverse en la vida diaria.

Teniendo en cuenta el contexto actual, Aragón, como apoyo a la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del MSSSI (1), cuenta con un Programa a nivel territorial enfocado a pacientes crónicos dependientes (11), Plan de Crónicos (12) y con el Proyecto de la Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón (64), si bien éste último aún continúa perfilándose.

Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes

Este programa tiene como objetivo principal garantizar tanto la equidad como la accesibilidad a una atención sanitaria integral y continuada de los enfermos crónicos y dependientes.

Para ello, establece itinerarios específicos para cada tipo de paciente, en virtud de sus características clínicas y personales. En estos itinerarios no se descarta ni la atención sanitaria más compleja, cuando así lo requiera el paciente, ni tampoco aquellos servicios específicos de cuidados y rehabilitación que deba recibir en su entorno más próximo (11). El programa contempla la utilización de todos los recursos existentes en la Comunidad Autónoma, tanto los propios como aquellos gestionados por entidades sin ánimo de lucro y por asociaciones de pacientes.

Plan de Crónicos de la Comunidad de Aragón

El nuevo Plan de Crónicos de la Comunidad, presentado recientemente en la Comisión de Sanidad, incluye una distribución de pacientes crónicos complejos por médico que, junto a un equipo de AP, analiza sus casos concretos y establece un programa de seguimiento específico. Además incluye evaluaciones periódicas y la información por escrito a los familiares acerca de los signos de alarma que se deben evitar y los cuidados más específicos.

El principal objetivo del Pan es crear unidades específicas para enfermos crónicos para mejorar su asistencia sanitaria cuando tienen una situación de salud compleja. Los responsables de esta asistencia serán los médicos y las enfermeras de AP (12).

Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón

Se trata de una iniciativa del Departamento de Sanidad orientada a promover y mejorar la salud de las personas en la región. El plazo para que asociaciones, instituciones, consejos de salud, sociedades científicas y colegios profesionales realicen aportaciones al texto a través de la página web finaliza el 31 de octubre del 2017 (64).

En AP, la estrategia incorpora acciones sobre los problemas y necesidades de salud de la población de cada zona y la atención de sus desigualdades. Mediante las actividades comunitarias se potencia la participación y la capacidad de personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas de salud y estilos de vida.

La estrategia ha sido elaborada por un grupo interdisciplinar de profesionales del primer nivel asistencial en Aragón y propone tres vías de acción para los equipos: el desarrollo y evaluación de proyectos comunitarios, la identificación en la agenda comunitaria de las actuaciones promotoras de salud en la zona, y el enfoque comunitario basado en activos. En este sentido, la coordinación entre los diferentes profesionales de la salud resulta fundamental.

Otros programas relacionados con la oficina de farmacia

A principios de 2017, un total de 144 farmacias de la comunidad autónoma de Aragón anunciaron su participación en el programa '**enMente**', puesto en marcha por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) (65). Dicho programa, se centra en potenciar el papel del farmacéutico en el abordaje de la enfermedad de Alzheimer. La idea es que estos profesionales puedan contribuir a identificar, prevenir o monitorizar patologías asociadas, informar sobre posibles ayudas a los pacientes y/o cuidadores, así como destacar e incidir en la importancia de la adherencia al tratamiento, entre otros aspectos.

Recientemente, Aragón se ha integrado ya en el **proyecto de interoperabilidad de receta electrónica** del Sistema Nacional de Salud que ha puesto en marcha el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Las Comunidades que actualmente forman parte de este proyecto además de Aragón son Canarias, Extremadura, Galicia, Navarra y Valencia, pero se prevé que a lo largo de 2017 todas las comunidades estén adheridas a este sistema (66).

SPD en Aragón

El Gobierno de Aragón aprobó el Decreto 93/2015, siendo la primera CCAA en regular los requisitos y procedimientos para la dispensación de SPD en las oficinas de farmacia de la comunidad (48). Si bien aunque varias farmacias ya utilizan este sistema, actualmente la prueba piloto que evaluaba los resultados del SPD en adherencia y las ventajas de concertar en el futuro este servicio con los colegios farmacéuticos se encuentra parada (49).

Seguimiento farmacoterapéutico en Aragón

En atención primaria existe un programa de revisión del uso de los medicamentos, que hacen las enfermeras y médicos en los centros de salud y que está más dirigido a pacientes ancianos.

Conclusiones alcanzadas por el panel de expertos de Aragón

Es necesario **aumentar el presupuesto destinado a la cronicidad**, que actualmente es insuficiente en Aragón. Teniendo en cuenta el envejecimiento de la población, el sistema sanitario debe reorientarse al paciente crónico mediante la adopción de **una estrategia a largo plazo**, en la que participen **todos los actores sanitarios**. Además, debe considerarse la colaboración público-privado para garantizar la sostenibilidad de SNS.

Con independencia de la adecuación del presupuesto destinado a cronicidad, se debe **optimizar los recursos existentes**, utilizando todo el potencial de los diferentes agentes de la salud. Las intervenciones, cuando son multidisciplinares, en materia de salud dan mejores resultados. En concreto, **AP y Farmacia Comunitaria** juegan un papel fundamental en la gestión del paciente crónico. Además, también es importante destacar el papel de **Enfermería** en este sentido, que en Aragón aún está pendiente de desarrollar y potenciar. Asimismo, debe potenciarse el uso de programas de **teleasistencia y hospitalización domiciliaria**.

Para garantizar la calidad del SNS, resulta fundamental la **humanización del sistema**. El paciente debe ser el centro de todo modelo sanitario, potenciando su formación y facilitando su participación en la toma de decisiones.

Actualmente, la **coordinación de todos los agentes sanitarios** supone el mayor reto para el abordaje de la cronicidad. Para mejorar este aspecto, la Administración debe establecer los **medios y protocolos de comunicación** adecuados. Además, sería necesario la **formación e información conjunta** de los profesionales y una figura que coordinase a todos los agentes sanitarios, que podría ser **AP**, ya que es el eje sobre el que basculan todos los elementos del sistema. Por otro lado, aunque entre las profesiones sanitarias existen espacios y competencias comunes, es necesario delimitar las funciones específicas de cada profesión.

Es necesario potenciar las estrategias dirigidas a **asegurar la adherencia**, elemento clave en el manejo de la cronicidad. En sentido, la **oficina de farmacia** puede desempeñar un papel muy relevante, por su posición de proximidad con el paciente y distribución a lo largo de todo el territorio. Asimismo, la **Prescripción Enfermera**, que aunque está en desarrollo y constante debate, supone importantes y demostrables ventajas para los pacientes, como la mejora de la adherencia terapéutica. En relación al uso racional de medicamentos, los modelos asentados en la colaboración entre profesionales de la salud presentan más ventajas que los sistemas excluyentes.

Los **SPD** constituyen una herramienta muy útil para **mejorar la adherencia desde la farmacia comunitaria**. Si bien, requieren el trabajo conjunto y el flujo de información con AP, hecho que se debe facilitar desde la administración.

ThiNKTANK

fundamed
fundación de ciencias del medicamento y productos sanitarios

Coordinación y elaboración del documento

Santiago de Quiroga
Vicepresidente Ejecutivo de Fundamed

Marta Estévez
Consultora Sanitaria de Fundamed

Almudena Díez
Responsable de Calidad de Fundamed

Fundamed agradece a la Fundación Mylan el patrocinio que ha hecho posible la edición de este documento. La Fundación Mylan no ha intervenido en su redacción.

Fundación Mylan
para la Salud

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2012. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
2. OMS | Enfermedades crónicas [Internet]. WHO. Available from: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
3. Soluciones para la gestión de la cronicidad-SEDISA [Internet]. 2015. Available from: https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/INFORME%20SEDISA.compressed.pdf
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015 [Internet]. Available from: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Resum_Inf_An_SNS_2015.pdf
5. Abellán-Hervás MJ, López-Fernández C, Santi-Cano MJ, Deudero-Sánchez M, Picardo-García JM. Who is the user of socio-health interventions and what are their needs? Enfermeria Clin. 2016 Feb;26(1):49–54.
6. Plan Presupuestario 2017- Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas [Internet]. Available from: http://www.minhafp.gob.es/Documentacion/Publico/CDI/EstrategiaPoliticaFiscal/2017/Actual_Plan_Presupuestario_2017.pdf
7. Gaceta Médica. Los expertos instan a poner en práctica los instrumentos para la cronicidad. [Internet]. www.gacetamedica.com. Available from: http://www.gacetamedica.com/hemeroteca/los-expertos-instan-a-poner-en-practica-los-instrumentos-para-la-cronicidad-JALG_899426
8. El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya 2011-2014 [Internet]. Available from: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/destacats_a_la_dreta/avaluacio_cronicitat_2011_2014.pdf
9. Pland Cronicidad Cantabria 2015-2019 [Internet]. Available from: http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf
10. Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana [Internet]. [cited 2017 Apr 12]. Available from: http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2792-2014.pdf
11. Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes- Aragón [Internet]. Available from: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/06_Planes_Estrategia/LIBRO%20Programa%20de%20Atenci%C3%B3n%20a%20Enfermos%20Cr%C3%B3nicos%20Dependientes.pdf
12. Aragón presenta su Plan de crónicos articulado en unidades específicas [Internet]. [cited 2017 Oct 16]. Available from: https://www.redaccionmedica.com/autonomias/aragon/aragon-presenta-su-plan-de-cronicos-articulado-en-unidades-especificas-7869
13. Barroso AV, Moral EG. Polimedicación e inadecuación farmacológica: ¿dos caras de la misma moneda? Pharm Care Esp. 2011;13(1):23.

14. Fialová D, Onder G. Medication errors in elderly people: contributing factors and future perspectives. Br J Clin Pharmacol. 2009 Jun;67(6):641–5.

15. El Global. Castilla y León se prepara para la “inminente” interoperabilidad ya desde este verano [Internet]. [cited 2017 May 31]. Available from: http://www.elglobal.net/farmacia/castilla-y-leon-se-prepara-para-la-inminente-interoperabilidad-ya-desde-este-verano-XG923213

16. Gaceta Médica. Aumentar la adherencia terapéutica con ayuda de las nuevas tecnologías [Internet]. www.gacetamedica.com. Available from: http://www.gacetamedica.com/hemeroteca/aumentar-la-adherencia-terapeutica-con-ayuda-de-las-nuevas-tecnologias-ITLG_831854

17. Informe Cronos: Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos [Internet]. Available from: http://www.thebostonconsultinggroup.es/documents/file165265.pdf

18. Plan de Adherencia. Farmaindustria [Internet]. Available from: http://www.farmaindustria.es/adherencia/

19. V Congreso Nacional de Atención Sanitaria al paciente crónico: Cataluña [Internet]. Available from: https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/10/NP-11-04-13VCongresoCronicos_DatosCataluna.pdf

20. Segura Benedicto A. Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014 Jun 1;28:7–11.

21. Interactivo EM. El incierto futuro de la Atención Primaria [Internet]. El Médico Interactivo. Available from: http://www.elmedicointeractivo.com/articulo/tribuna/incierto-futuro-atencion-primaria/20160930153335106432.html

22. Plan de salut Catalunya 2016-2020 [Internet]. Available from: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/Documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf

23. Proyecto PCAF: “el antes y el después” de la farmacia catalana [Internet]. www.elglobal.net. Available from: http://www.elglobal.net/hemeroteca/proyecto-pcaf-el-antes-y-el-despues-de-la-farmacia-catalana-DAEG_898847

24. Noticia - Col·legi de Farmacèutics de Barcelona [Internet]. Available from: http://www.cofb.org/web/guest/Noticia/-/journal_content/56_INSTANCE_V6ao/10136/978634

25. Adherencia: mejor con tratamiento simplificado y adaptado al paciente | @diariofarma [Internet]. diariofarma. 2016 [cited 2017 Jun 2]. Available from: https://www.diariofarma.com/2016/11/07/adherencia-mejor-tratamiento-simplificado-adaptado-al-paciente

26. OMS | Prevención de las enfermedades crónicas [Internet]. WHO. [cited 2017 Apr 6]. Available from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/

27. Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana 2007-2011 [Internet]. Available from: http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1275-2007.pdf

28. Documento marco sobre cribado poblacional [Internet]. Available from: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Cribado_poblacional.pdf

29. FarmaCardio [Internet]. [cited 2017 Mar 30]. Available from: http://farmacardio.com/es

30. Estrategia Seguridad del Paciente 2015-2020 [Internet]. Available from: https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/

31. OMS | Informe sobre la salud en el mundo 2008 [Internet]. WHO. Available from: http://www.who.int/whr/2008/es/

32. Consensus Framework for Ethical Collaboration between Patients' Organisations, Healthcare Professionals and the Pharmaceutical Industry [Internet]. [cited 2017 Apr 6]. Available from: http://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2014/01/Consensus-Framework-FINAL.pdf

33. FIP Statement of Policy on Collaborative Pharmacy Practice (2010, Lisbon) [Internet]. [cited 2017 Apr 6]. Available from: https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=318&table_id=

34. Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria sobre prácticas tuteladas - SEFAC [Internet]. Available from: http://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/system/files/journals/808/articles/fc2014-6-3-05-practicas-tuteladas_0.pdf

35. Un sanitario por descubrir- SEFAC [Internet]. Available from: http://www.sefac.org/files/NP%20_SEFAC_libro_Un_Sanitario_por_descubrir.pdf

36. Sección de Farmacia Comunitaria de la FIP. Visión 2020. Fedet [Internet]. Available from: http://www.fip.org/files/fip/CPS/Vision_2020_Spanish.pdf

37. Manifiesto Abarán: El farmacéutico comunitario En la atención domiciliaria y Sociosanitaria - SEFAC [Internet]. Available from: https://www.sefac.org/media/2015/Manifiesto_Abaran.pdf

38. Cómo debe ser la farmacia que necesita la sociedad -SEFAC [Internet]. Available from: https://www.sefac.org/contenido/san-sebasti%C3%A1n-presentaci%C3%B3n-libro-c%C3%B3mo-debe-ser-la-farmacia-que-necesita-la-sociedad

39. La coordinación entre niveles asistenciales mediante la receta electrónica. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. [Internet]. Available from: http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2014/pdf/coordinacion_receta_electronica_RED_aquas2014.pdf

40. Global E. Sefac y Esteve implantarán un plan de adherencia en farmacias [Internet]. www.elglobal.net. Available from: http://www.elglobal.net/farmacia/sefac-y-esteve-implantaran-un-plan-de-adherencia-en-farmacias-CK729352

41. Plan Estrategico SEFH al paciente cronico 2012 [Internet]. Available from: http://www.sefh.es/sefhpdfs/plan_estrategico_sefh_af_paciente_cronico2012.pdf

42. Propuesta técnica de desarrollo del acuerdo suscrito entre el ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad y el consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos. [Internet]. Available from: http://www.portalfarma.com/profesionales/consejoinforma//Documents/Acuerdo-Marco-Julio-2014-Farmaceuticos.pdf

43. WHO | Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action [Internet]. [cited 2017 May 12]. Available from: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccreport/en/

44. Impacto económico de la no adherencia en los costes farmacéuticos [Internet]. Available from: https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/2b4bd1b3f6c1cc790f69b63e4967770da8058dfe.pdf

45. OMS | El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [Internet]. [cited 2017 Mar 24]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/

46. SPR. Capacitación preparación de Sistemas Personalizados de Reacondicionamiento. MICOF Valencia [Internet]. MICOF - Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia. [cited 2017 Apr 17]. Available from: //www.micof.es/ver/8103/spr--capacitacion-preparacion-de-sistemas-personalizados-de-reacondicionamiento.html

47. REFAR: Programa de revisión y seguimiento de la farmacoterapia - Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública [Internet]. Available from: http://www.san.gva.es/web/dgfps/-refar-programa-de-revision-y-seguimiento-de-la-farmacoterapia;jsessionid=B8603A7762C2B3E5252C3D458C94A4C8.appli7_node2

48. DECRETO 93/2015, de 5 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan los requisitos y el procedimiento para la dispensación de los Sistemas Personalizados de Dosificación en las oficinas de farmacia en Aragón. - BRSCGI [Internet]. [cited 2017 Apr 17]. Available from: http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=854179145252

49. El Global. Aragón insiste en que los SPD son “estrategias de marketing” de las boticas [Internet]. www.elglobal.net. Available from: http://www.elglobal.net/farmacia/aragon-insiste-en-que-los-spd-son-estrategias-de-marketing-de-las-boticas-XC433347

50. Aragon_hoy. El programa de revisión del uso de los medicamentos ha incorporado a 70.000 pacientes en 2015 - Aragón_hoy [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 16]. Available from: http://aragonhoy.aragon.es/index.php/mod.noticias/mem.detalle/relmenu.9/id.172720

51. Baleares sienta las bases de su modelo estratégico de atención a la cronicidad | @diariofarma [Internet]. diariofarma. 2017 [cited 2017 Jun 1]. Available from: https://www.diariofarma.com/2017/05/09/baleares-sienta-las-bases-modelo-estrategico-atencion-la-cronicidad

52. País Vasco: Administración y COF firman la puesta en marcha del piloto de SFT a crónicos y polimedicados [Internet]. Correo Farmacéutico. [cited 2017 Jun 1]. Available from: http://www.correofarmaceutico.com/2017/05/17/al-dia/salud-publica/pais-vasco-administracion-y-cof-firman-la-puesta-en-marcha-del-piloto-de-sft-a-cronicos-y-polimedicados

53. Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto [Internet]. [cited 2017 Apr 6]. Available from: https://www.boe.es/boe/dias/2011/08/20/pdfs/BOE-A-2011-14021.pdf

54. Adherència al tractament immunosupressor en pacients receptors de transplantament renal. Circular Farmacèutica, 70(4), 156–165.Padullés, A., Cobo, S., Santacana, E., Colls, M., Bagaría, G., Cruzado, J. M., … Llop, J. M. (2012) [Internet]. Available from: http://www.cofb.org/c/document_library/get_file?uuid=c70bd876-4975-4b5e-bf9e-54b5df8b8772&groupId=10136

55. Rius, P., Gascón, M. P., Sánchez, A., Barau, M., Capdevila, C., & Estrada, M. (2013). Servicio de sistemas personalizados de dosificación: coste del servicio frente al margen de los medicamentos. Pharmaceutical Care Espana, 15(1), 10–20. [Internet]. Available from: http://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/101

Bibliografía

56. Salud y Bienestar Social ponen en marcha el Programa de prevención y atención a las enfermedades crónicas [Internet]. Available from: http://www.ticsalut.cat/flashticsalut/html/es/articulos/doc35468.html

57. Programa d'educació sanitària a la gent gran sobre el bon ús dels medicaments (PESGG) [Internet]. Medicaments i farmàcia. Available from: http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/formacio/xerrades-per-a-gent-gran/

58. Plan de salud de la Comunitat Valenciana (2016-2020) [Internet]. Available from: https://fcsalud.ua.es/es/portal-de-investigacion/documentos/normativa-de-salud/plan-de-salud-de-la-comunidad-valenciana.pdf

59. Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana- 2014 [Internet]. [cited 2017 May 11]. Available from: http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2792-2014.pdf

60. La experiencia de Valcronic en la Comunidad Valenciana [Internet]. [cited 2017 Sep 15]. Available from: https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/vii-reunion-pppyea/11.pdf

61. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. [cited 2017 May 11]. Available from: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715

62. Global E. El proyecto valenciano Resi-EQIFar velará por una farmacoterapia eficaz [Internet]. www.elglobal.net. [cited 2017 May 18]. Available from: http://www.elglobal.net/farmacia/el-proyecto-valenciano-resi-eqifar-velara-por-una-farmacoterapia-eficaz-CG811343

63. Cornejo A. "La resistencia al cambio aconsejaba no abrir a consulta las bases de Resi-EQiFar" [Internet]. www.elglobal.net. [cited 2017 May 18]. Available from: http://www.elglobal.net/farmacia/la-resistencia-al-cambio-aconsejaba-no-abrir-a-consulta-las-bases-de-resi-eqifar-GY890282

64. Proyecto Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón. [Internet]. [cited 2017 Sep 6]. Available from: http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/Sanidad/AreasTematicas/SanidadProfesionales/EstrategiasSalud/EstrategiasSalud_2/ci.Estrategia_Atencion_Comunitaria.detalleDepartamento?channelSelected=21b1fedcb73a3510VgnVCM1000002e551bacRCRD

65. Arranca el proyecto "enMente" en las farmacias aragonesas [Internet]. [cited 2017 Sep 7]. Available from: http://www.imfarmacias.es/noticia/11557/arranca-el-proyecto-enmente-en-las-farmacias-aragonesas

66. Zaragoza EP. Los aragoneses pueden retirar medicamentos en otras comunidades gracias a la receta electrónica [Internet]. heraldo.es. 2017 [cited 2017 Sep 7]. Available from: http://www.heraldo.es/noticias/aragon/2017/05/08/aragon-integra-proyecto-interoperabilidad-receta-electronica-1174228-300.html

Fundación Mylan
para la Salud

Fundación de Ciencias del Medicamento
y productos Sanitarios (FUNDAMED)
Barón de la Torre, 5 - Madrid 28043
Tel.: +34 91 383 43 24 (Ext.: 2003)
www.fundacionfundamed.org