

EL VALOR DE LA FARMACIA HOSPITALARIA

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN
Y POSICIONAMIENTO

ÍNDICE

[pág. 4]	Introducción.
[pág. 5]	1. Farmacia Hospitalaria. Un acercamiento sencillo a un servicio de gran valor.
[pág. 6]	2. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Nos presentamos.
[pág. 10]	3. ¿Dónde trabaja el especialista en Farmacia Hospitalaria? Nuestro entorno, nuestra aportación.
[pág. 12]	4. Farmacia Hospitalaria: algunas cifras y datos.
[pág. 14]	5. El valor de la Farmacia Hospitalaria. Un aporte importante al SNS y al ciudadano.
[pág. 17]	6. Asuntos relevantes: 6.1. Medicamentos de Diagnóstico Hospitalario sin Cupón Precinto (DIHSC). Garantía asistencial y eficiencia económica, las claves para su permanencia en la Farmacia Hospitalaria. 6.2. Servicios de Farmacia Hospitalaria en Centros Socio Sanitarios y Centros Psiquiátricos. Desarrollo legislativo en las Comunidades Autónomas del RDL 16/2012. 6.3. Servicios de Farmacia Hospitalaria en Instituciones Penitenciarias. Necesidad de una red asistencial farmacéutica coherente, homogénea, ágil y acorde a la legalidad vigente.
[pág. 38]	Fuentes y Referencias Bibliográficas.



INTRODUCCIÓN

Desde la **Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)** se ha iniciado un plan de acción dirigido a **poner en valor el desempeño profesional de la Farmacia Hospitalaria**. Además, visualizar los resultados que obtiene, ante la sociedad en general y ante entidades, organismos e instituciones públicas y de gestión sanitaria en concreto que pueden tener capacidad de influencia en la toma de decisiones que afecten tanto a la propia profesión, como a la calidad de la asistencia sanitaria al paciente y al sistema nacional de salud en general.

En esta línea, esta guía denominada “**El valor de la Farmacia Hospitalaria: documento de información y posicionamiento**”, trata de ofrecer de un modo claro y didáctico, una visión general sobre la Farmacia Hospitalaria y un posicionamiento concreto sobre temas relevantes para la profesión y su repercusión sobre el Sistema Nacional de Salud en estos momentos.

FARMACIA HOSPITALARIA. UN ACERCAMIENTO SENCILLO A UN SERVICIO DE GRAN VALOR.

De forma oficial se define la **Farmacia Hospitalaria** como una especialización farmacéutica que **se ocupa de servir a la población en sus necesidades farmacoterapéuticas**, a través de la selección, adquisición, preparación, control, dispensación, información de medicamentos y otras actividades orientadas a conseguir una utilización apropiada, segura y coste-efectiva de los medicamentos y productos sanitarios, en beneficio de los pacientes atendidos en el hospital y su ámbito de influencia.

La definición de esta especialización farmacéutica en términos de misión y visión sería:

Misión

Contribuir a la mejora de la salud del paciente a partir de la dispensación y/o seguimiento farmacoterapéutico mediante una atención farmacéutica especializada que añada valor al proceso asistencial y que promueva y permita la utilización efectiva, segura y eficiente de los medicamentos en un marco de asistencia integral y continua.

Visión

Ser una profesión sanitaria líder, innovadora y de prestigio, reconocida como el puente que une al paciente con sus objetivos farmacoterapéuticos y al sistema sanitario con la máxima eficiencia.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA. NOS PRESENTAMOS.

La **Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)** es una asociación cuyo objeto es fomentar y promover las actividades científicas, técnicas, académicas, funcionales y docentes del farmacéutico de hospital y, por regla general, de todo lo concerniente a la Farmacia Hospitalaria, en beneficio de los ciudadanos y la sociedad en su conjunto.

Son sus **finés** específicos:

- **Asumir la representación de los socios** en sus relaciones con los distintos organismos o entidades de carácter técnico o científico, ya sean de índole nacional o internacional, y siempre que se trate de intereses profesionales.
- **Defender los derechos e intereses legítimos de la SEFH** como ente colectivo y de cada uno de sus asociados.
- **Fomentar** con todos los medios de que disponga toda clase de **actividades científicas** y su **difusión**, recabando el apoyo de cuantos estamentos tengan relación con la profesión farmacéutica.
- **Instituir premios, becas y distinciones** en la forma y medida que por la Asamblea General se establezca.
- **Colaborar** con los **organismos competentes** en cuanto se refiere a la **prestación del servicio farmacéutico** en su ámbito de actuación profesional, y asesorar u orientar sobre las normas para su cumplimiento.
- **Promocionar** las **relaciones** y contactos con cuantas comisiones, organismos, asociaciones y entidades, nacionales o extranjeras, relacionadas con su objeto social que puedan resultar **beneficiosas** para el **desarrollo** de la **Farmacia Hospitalaria**.
- **Informar** debidamente a todos los integrantes de la SEFH de toda clase de **cuestiones técnicas y legales**, en su más amplio sentido, y de cuanto se juzgue de **interés** para los **socios**.
- **Emitir** todo tipo de **dictámenes, informes** o cuantas consultas que le fueran sometidas por particulares, organismos públicos, tribunales de justicia o entidades científicas.
- Todos aquellos fines específicos y legales que resulten afines o complementarios del objeto social y de los previamente detallados.



Desde 1955, la SEFH ha evolucionado afrontando de manera proactiva los retos a los que se enfrentan los profesionales vinculados a los Servicios de Farmacia Hospitalaria y las necesidades de sus socios. El **Plan Estratégico 2015-2019**¹ proporciona una **hoja de ruta para garantizar** que la **SEFH** continuará siendo:

- Una **organización de gran valor** para los farmacéuticos de hospital en España y en todo el mundo.
- Un **recurso global** de información en el ámbito de la Farmacia Hospitalaria.
- Un **defensor fuerte y visible para la Farmacia Hospitalaria** y un comunicador clave tanto hacia la comunidad farmacéutica como al resto de la sociedad.
- Un **líder** reconocido en el diseño de una **estrategia global de gestión del conocimiento** en el ámbito de la **farmacia de hospital**.

La SEFH es una **referencia obligada de los farmacéuticos especialistas** en Farmacia Hospitalaria, que responde a las necesidades de sus socios. Uno de sus **principales objetivos** es establecer **sinergias de actuación con otras entidades y colectivos de interés** como administraciones públicas, centros de investigación, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, etc., en aras de fomentar actividades científicas y formativas en beneficio de la profesión farmacéutica, y en consecuencia, de la población en general.

La información, la formación, la innovación, la investigación, el desarrollo científico, la seguridad del paciente y trabajadores y la difusión científica son diferentes áreas ligadas entre sí, que se desarrollan en la SEFH y que forman parte de sus actividades diarias.

ESTRUCTURA DE LA SEFH

Los órganos de representación de la SEFH son:

- La Asamblea General
- La Junta de Gobierno
- La Junta Permanente
- La Presidencia
- Las Delegaciones Autonómicas

¹Objetivos del Plan Estratégico de la SEFH para los años 2015 – 2019 (Ver en el enlace: http://www.sefh.es/sefhquien/Plan_Estrategico_Junta_Nueva.PDF)



La **Asamblea General** es el órgano supremo de gobierno de la SEFH y adopta sus acuerdos de conformidad con el régimen de mayorías señalado en sus estatutos. Estará integrada por todos los asociados presentes en la misma previa convocatoria regular. Se reunirá con carácter ordinario o extraordinario.

La **Junta de Gobierno** de la SEFH está formada **por su Presidente** (que también lo es de la SEFH y de la Junta Permanente), **el Vicepresidente, el Secretario, el Tesorero**, los diecisiete **Delegados Autonómicos** de la SEFH y **un Vocal** de Residentes. A continuación se detalla su composición vigente en la fecha de elaboración de este documento (octubre de 2016):

Presidente:	D. Miguel Ángel Calleja Hernández
Vicepresidenta:	Dña. Ana Lozano Blázquez
Secretaria:	Dña. Montserrat Pérez Encinas
Tesorero:	D. Javier García Pellicer
Delegado Autonómico Andalucía:	D. Ramón Morillo Verdugo
Delegado Autonómico Aragón:	Dña. M ^a Dolores Solano Aramendia
Delegado Autonómico Baleares:	D. Pere Ventayol Bosch
Delegado Autonómico Canarias:	D. Fernando Gutiérrez Nicolás
Delegado Autonómico Cantabria:	Dña. María Ochagavía Sufrategui
Delegado Autonómico Castilla Y León:	Dña. Blanca de La Nogal Fernández
Delegado Autonómico Castilla - La Mancha:	Dña. Carmen Encinas Barrios
Delegado Autonómico Cataluña:	Dña. Edurne Fernández de Gamarra Martínez
Delegado Autonómico Comunidad de Madrid:	Dña. Eva M ^a Negro Vega
Delegado Autonómico Murcia:	Dña. Elena Pilar Urbieta Sanz
Delegado Autonómico Comunidad Valenciana:	D. Andrés Navarro Ruíz
Delegado Autonómico Extremadura:	Dña. M ^a José Izquierdo Pajuelo
Delegado Autonómico Galicia:	Dña. Guadalupe Piñeiro Corrales
Delegado Autonómico La Rioja:	Dña. Pilar Blazquez Bea
Delegado Autonómico Navarra:	Dña. Ana Ortega Eslava
Delegado Autonómico País Vasco:	Dña. Garbiñe Lizeaga Cundín
Delegado Autonómico Principado de Asturias:	Dña. Cristina Calzón Blanco
Vocal de Residentes:	D. Manuel Soria Soto



De forma más estable y continua la gestión recae en la **Junta Permanente**, formada por el Presidente, Vicepresidente, Secretario, Tesorero y los Delegados Autonómicos de las Comunidades Autónomas donde se celebre el Congreso anual anterior, actual y próximo.

La SEFH dispone de **21 Grupos de Trabajo** activos, con más de **700 socios** participando de los mismos.

Se puede consultar la composición actualizada de los órganos de gobierno de la SEFH en su página web (www.sefh.es).

3.

¿DÓNDE TRABAJA EL ESPECIALISTA EN FARMACIA HOSPITALARIA? NUESTRO ENTORNO, NUESTRA APORTACIÓN.

Según la legislación vigente^{2,3}, es **obligatorio** el establecimiento de un **Servicio de Farmacia Hospitalaria propio** en:

- Todos los hospitales que tengan cien o más camas.
- Los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos.
- Los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más.

El lugar donde el Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria ejerce su actividad profesional se puede clasificar según **dos tipos de entorno**, en función de la perspectiva utilizada:

- **Entorno físico y ámbito asistencial.** En qué tipo de centros y dentro de que ámbitos asistenciales ejerce su labor profesional.
- **Entorno funcional.** En qué áreas funcionales concretas desarrolla su labor profesional.

ENTORNO FÍSICO Y ÁMBITO ASISTENCIAL



² Última actualización del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Capítulo IV. Art. 6: Medidas relativas a la atención farmacéutica en los hospitales, en los centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos. BOE-A-2012-5403. (Ver en el enlace: http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/index.htm?ssUserText=213644&dDocName=167004)

³ Última actualización de la Ley 29/2006 de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. (Ver en el enlace: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf>)

ENTORNO FUNCIONAL

En cualquiera de los entornos anteriormente citados, las funciones que puede desarrollar el farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria se clasifican en las siguientes áreas:



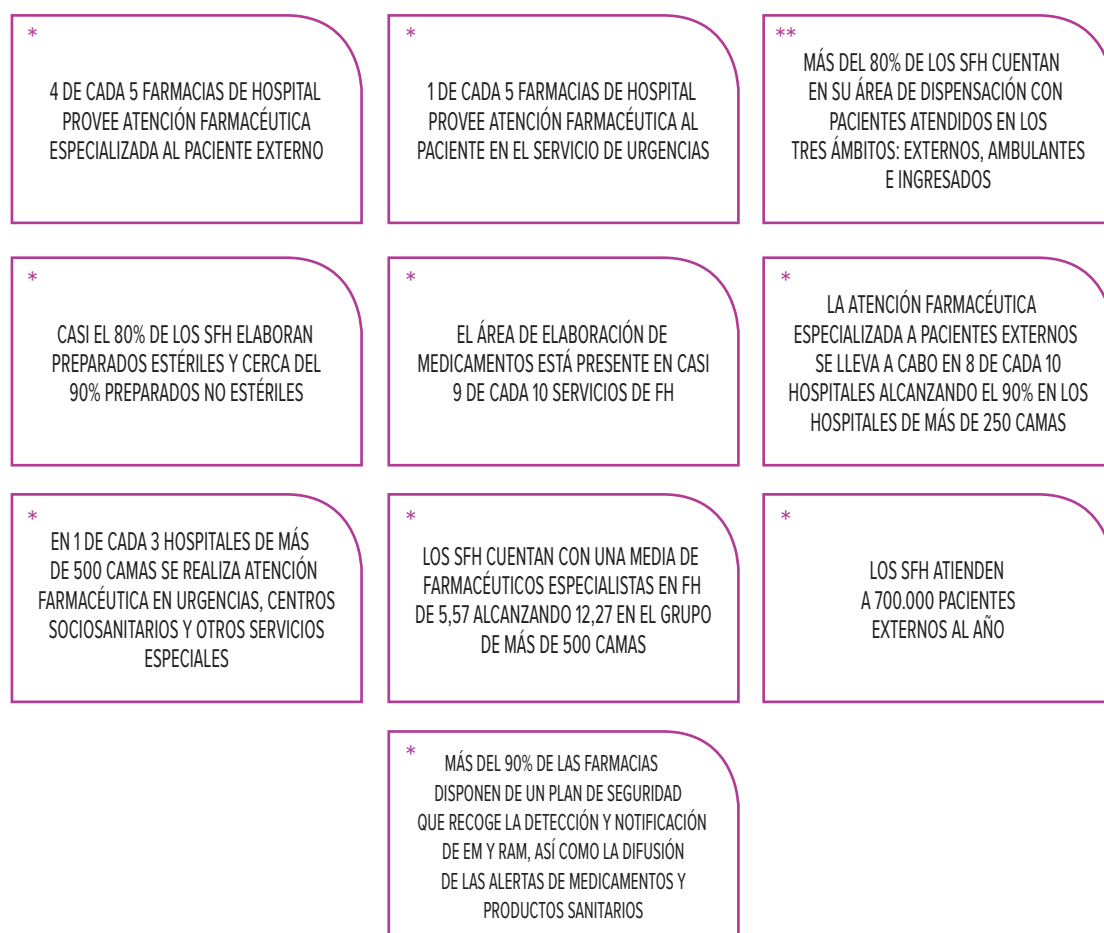
4.

FARMACIA HOSPITALARIA. ALGUNAS CIFRAS Y DATOS.

A continuación se refieren algunos datos y cifras que describen la Farmacia Hospitalaria.

FARMACIA HOSPITALARIA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Servicios y actividad



Fuentes: *Libro Blanco Farmacia Hospitalaria de la SEFH. **Documentación interna, página web de la SEFH.

Horarios



Fuentes: *Libro Blanco Farmacia Hospitalaria de la SEFH.

Docencia

*

DE MEDIA POR CADA SFH HAY UN PROFESOR ASOCIADO. EN SFH DE HOSPITALES DE MÁS DE 500 CAMAS ESTA MEDIA SUBE A 2,12

LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN FARMACIA HOSPITALARIA A TRAVÉS DEL FIR CONSTITUYE EL ÚNICO MODELO OFICIAL DE FORMACIÓN EN ESPAÑA

*

EL 37% DE LOS SFH CUENTAN CON ACREDITACIÓN DOCENTE PARA LA FORMACIÓN DEL FIR PROVEYENDO FORMACIÓN A UNA MEDIA DE 6 FIR

Fuentes: *Libro Blanco Farmacia Hospitalaria de la SEFH.

Investigación

*

EL 74 % DE LOS SFH DISPENSAN MUESTRAS PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA ALCANZANDO EL 90% EN AQUELLOS DE MÁS DE 250 CAMAS

*

A NIVEL LOCAL Y NACIONAL EL SERVICIO DE FH HA ACTUADO COMO PROMOTOR EN 137 PROYECTOS EN LOS 3 ÚLTIMOS AÑOS

Fuentes: *Libro Blanco Farmacia Hospitalaria de la SEFH.

FARMACIA HOSPITALARIA EN OTROS ÁMBITOS ASISTENCIALES

*

EL 29% DE LOS SERVICIOS DE FH TIENEN ADSCRITO ALGÚN CENTRO SOCIOSANITARIO SUPERANDO EL 40% EN LOS HOSPITALES DE MÁS DE 500 CAMAS

**

LA FH PRESTA SERVICIO A MÁS DE 335.000 PERSONAS DEPENDIENTES EN RESIDENCIAS DE MAYORES

LA FH PRESTA SERVICIO EN 51 CENTROS DE DISCAPACITADOS PSÍQUICOS, ATENDIENDO A MÁS DE 1.900 USUARIOS

DE 74 INSTITUCIONES PENITENCIARIAS EN ESPAÑA SOLAMENTE 15 TIENEN UN SERVICIO DE FARMACIA HOMOLOGADO CONFORME A LA NORMATIVA

EL 40% DE LOS SERVICIOS DE FH TIENEN AL MENOS UN CENTRO DE SALUD MENTAL CON UNA MEDIA DE 3 CENTROS POR CADA HOSPITAL

LA FH PRESTA SERVICIO EN 24 CENTROS DE ENFERMOS MENTALES, ATENDIENDO A MÁS DE 1.750 USUARIOS

Fuentes: * Libro Blanco Farmacia Hospitalaria. **SEFH. ***Dossier Cronos. 2013 (SEFH).



5.

EL VALOR DE LA FARMACIA HOSPITALARIA. UN APOORTE IMPORTANTE AL SNS Y AL CIUDADANO.

El principal **aporte de la Farmacia Hospitalaria** hacia el paciente, la sociedad y el sistema de salud, consiste en **mejorar los resultados en salud para los pacientes** a través de la provisión de un **tratamiento farmacoterapéutico individualizado**, atendiendo a las características propias del medicamento y del paciente, **optimizando la efectividad y la eficiencia de los tratamientos y la seguridad** en su uso, proporcionando toda la información necesaria, y favoreciendo la continuidad asistencial interniveles del paciente.

El rendimiento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria se deberá evaluar a partir del análisis de indicadores relacionados con el impacto en la mejora de la salud, la seguridad en el uso de medicamentos y la eficiencia en términos de coste-beneficio.

Los profesionales de la Farmacia Hospitalaria hemos estado más centrados en aumentar la calidad y cualificación de nuestra labor, en mejorar los procesos y procedimientos, y en aportar valor interno al conjunto del sistema sanitario, que en informar y generar una imagen o reputación de nosotros mismos y de nuestra actividad, y como ésta repercute en los pacientes y en el conjunto de la sociedad. Es decir, se priorizó el trabajo y la calidad del mismo frente a un ejercicio de imagen. Hoy **valoramos que una correcta difusión y promoción del trabajo profesional de la Farmacia Hospitalaria también permitirá aumentar el valor y el peso específico de nuestra labor.**

Así consideramos que de una forma sucinta podemos detallar el valor de la Farmacia Hospitalaria al conjunto de la sociedad en función del destinatario principal:

Paciente

- Proporciona **atención farmacéutica especializada** y un tratamiento farmacoterapéutico individualizado por paciente.
- Proporciona un **trato individualizado y adaptado** a las necesidades de información e inquietudes del paciente.

- **Mejora la adherencia al tratamiento**, primero porque la mide, y segundo porque se comunica y coordina con el resto del equipo asistencial del paciente, orienta e informa de forma adecuada al paciente sobre su tratamiento, y busca la coordinación de acciones y tiempos con el resto de entornos clínicos del hospital donde se encuentre el paciente.
- **Minimiza los incidentes** relacionados con la medicación.
- Incorpora **información sobre los tratamientos** y su **evolución** en la **historia clínica** del paciente quedando estos a disposición del resto de profesionales que intervienen en su asistencia.
- **Asume la responsabilidad** inherente a cualquier **aspecto relacionado con el tratamiento** que se derive de acceder y participar de la historia clínica del paciente.
- Facilita el **acceso al medicamento** cuando el desplazamiento es complicado para el paciente a través de iniciativas de entrega de los medicamentos en el domicilio de los pacientes.
- Promueve el **empoderamiento de los pacientes** formándoles en su enfermedad y en su tratamiento.

Sociedad

- Favorece la **mejora de la atención sanitaria** a todos los pacientes en general, y en particular a **los grupos de mayor riesgo** como personas mayores y crónicos polimedicados, en colaboración con el resto del equipo asistencial.
- Proporciona una **gestión eficiente y ahorro económico** en el gasto sanitario frente a otros modelos.
- Rige su **desempeño profesional** en base a la **equidad** y la **calidad asistencial**.
- Provee **información** sobre el **uso de medicamentos**.

Sistema Nacional de Salud

- Promueve el **Uso Racional del Medicamento**.
- Coordina la **Atención Farmacéutica Especializada** al paciente dentro del proceso integral de la asistencia sanitaria.
- Informa y **comparte criterio** a través de la historia clínica con el resto de profesionales que intervienen.
- Sirve de enlace entre el paciente crónico que requiere atención especializada y el resto de profesionales sanitarios.
- **Reduce los incidentes** relacionados con la medicación a través de la promoción y práctica de la farmacovigilancia, controlando los medicamentos y su evolución en el paciente.

- 
- Adapta y acondiciona **dosis de medicamentos** a las necesidades de los pacientes, consiguiendo un uso correcto del medicamento y un ahorro económico.
 - **Prepara medicamentos de alto riesgo** y mezclas intravenosas en condiciones de seguridad para el paciente y el personal sanitario.
 - **Valida los tratamientos** farmacoterapéuticos antes de su dispensación.
 - Promueve la asistencia sanitaria en general, y farmacéutica en particular, basada en la evidencia.
 - Apoya, promueve y gestiona nuevos sistemas de seguridad y nuevas tecnologías de la información integradas con el resto de sistemas sanitarios.
 - **Mejora la eficiencia** en el **uso de medicamentos** de los **pacientes crónicos**.
 - Lidera programas de mejora de la calidad de la prescripción y dispensación de medicamentos, especialmente en su **perspectiva de control y trazabilidad**, contribuyendo a minimizar la incidencia de errores.
 - Colabora con la **Agencia Española del Medicamento (AEMPS)** en la **evaluación** de medicamentos a partir de la experiencia en práctica clínica habitual, en los **Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT)** e informa sobre la incorporación de nuevos medicamentos en el marco del Sistema Nacional de Salud (SNS).
 - Participa en programas de calidad asistencial.
 - Realiza **informes farmacoeconómicos** e indicadores de gestión.
 - Promueve y participa en proyectos de investigación.

ASUNTOS RELEVANTES

Tras describir la Farmacia Hospitalaria y la aportación que sus especialistas hacen a la sociedad, al paciente y al Sistema Nacional de Salud, desde la SEFH se pretende informar, argumentar y realizar peticiones al respecto de tres asuntos relevantes:

- Medicamentos de diagnóstico hospitalario sin cupón precinto (DIHSC). Garantía asistencial y eficiencia económica, las claves para su permanencia en la Farmacia Hospitalaria, tal y como contempla la norma.
- Servicios de Farmacia Hospitalaria en Centros Socio Sanitarios y Centros Psiquiátricos. Desarrollo legislativo en las Comunidades Autónomas del RDL 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Servicios de farmacia hospitalaria en instituciones penitenciarias. Necesidad de una red asistencial farmacéutica coherente, homogénea, ágil y acorde a la legalidad vigente.

6.1. MEDICAMENTOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO SIN CUPÓN PRECINTO (DIHSC). GARANTÍA ASISTENCIAL Y EFICIENCIA ECONÓMICA, LAS CLAVES PARA SU PERMANENCIA EN LA FARMACIA HOSPITALARIA.

¿QUÉ QUEREMOS?

Informar que el actual sistema de dispensación de los medicamentos DIHSC (coloquialmente denominados DHDH) desde los Servicios de Farmacia Hospitalaria, además de ser el sistema legislado actualmente, es el más conveniente para el paciente (al acompañarlo de una atención farmacéutica especializada que consigue niveles de adherencia al tratamiento significativamente superiores que los conseguidos en la Oficina de Farmacia, mediante una adecuada gestión farmacoterapéutica del paciente y validación de su tratamiento), y el más eficiente para el Sistema Nacional de Salud, ya que se estima que su vuelta a la dispensación desde Oficina de Farmacia conllevaría un incremento del Gasto Farmacéutico superior a 500 millones de euros anuales en el conjunto del Estado Español.

¿CÓMO LO ARGUMENTAMOS?

Desde hace unos meses se están trasladando mensajes en los medios de comunicación especializados y llevando a cabo acciones de forma clara y organizada tendentes a lograr el objetivo de la vuelta y traslado de los medicamentos DIHSC, conocidos coloquialmente como medicamentos de diagnóstico hospitalario de dispensación hospitalaria (DHDH), al entorno a la Oficina de Farmacia.

A pesar de existir un marco legislativo contrario a esa intención, se pretende influir para que aquellos medicamentos que la administración sanitaria decidió^{4,5} que por motivos clínicos de seguridad asistencial y mayor eficiencia económica sanitaria pasasen de la Oficina de Farmacia a la Farmacia Hospitalaria, vuelvan a su entorno de origen.

Así, desde la SEFH queremos abordar esta propuesta desde **tres perspectivas** diferentes, **asistencial, económica y legal**, para argumentar la petición realizada, que aboga por mantener el sistema tal como está.

⁴Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud mediante la asignación de aportación del usuario. BOE-A-2013-9709. (Ver en el enlace: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-9709)

⁵Resolución de 1 de abril de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia que incluye la Relación de medicamentos que han pasado a dispensación en los Servicios de Farmacia de los Hospitales (Ver en el enlace: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/RelMedDispensacionHospital.pdf>)

Perspectiva asistencial

Adherencia al tratamiento

La dispensación y seguimiento de un paciente con una enfermedad compleja, crónica o que requiere un seguimiento y control clínico desde el centro hospitalario, añade ventajas desde el punto de vista clínico, que no pueden ser suplidas por la Oficina de Farmacia; como la coordinación médico-farmacéutico, la información/orientación individualizada en tiempo y forma adecuada por profesionales clínicos, el acceso a la historia clínica y la coordinación de acciones, tiempos, procesos y atención, entre los diversos entornos clínicos del hospital que tratan al paciente, teniendo todas ellos un claro resultado, **se obtienen niveles de adherencia al tratamiento significativamente superiores** en los pacientes seguidos desde los Servicios de Farmacia Hospitalaria.

Así, tal como se muestra en la imagen, los **valores de adherencia** mostrados en el **Plan de Adherencia al Tratamiento**⁶ promovido por Farmaindustria, de tratamientos con **seguimiento hospitalario** (Cáncer, VIH) se encuentran **entre el 70% y el 80%**, mientras en **patologías con seguimiento desde la farmacia comunitaria**, este valor cae hasta un **55%** en los mejores casos, lo que supone una disminución de más de 25 puntos porcentuales.

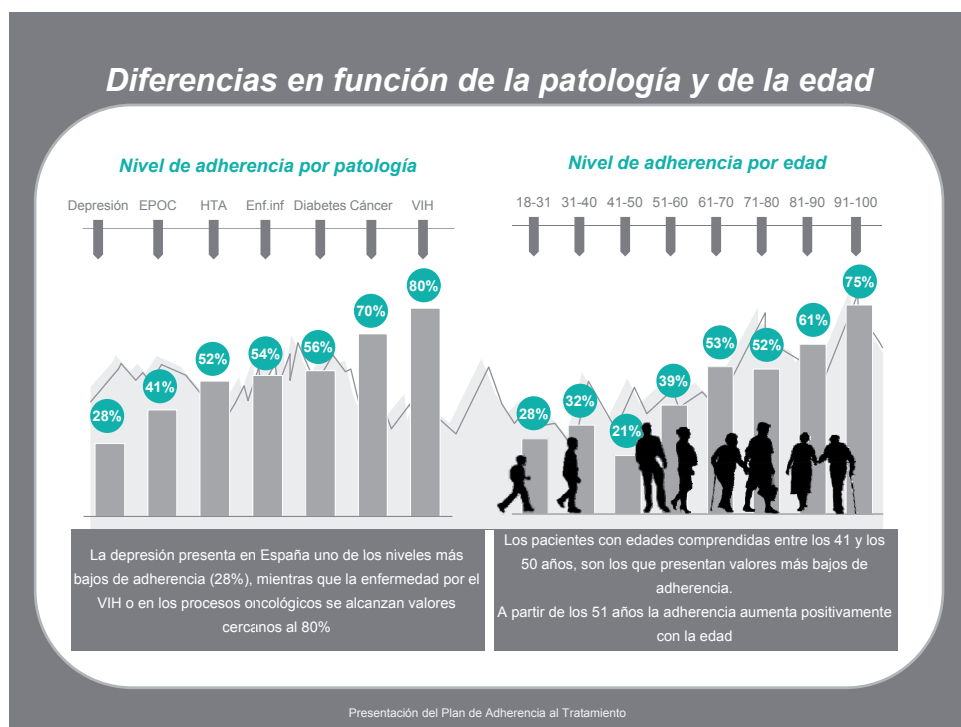


Imagen. Diferencias de adherencia al tratamiento según consta en la presentación del Plan de Adherencia al Tratamiento promovido por Farmaindustria.

⁶ Farmaindustria: Plan de Adherencia al Tratamiento (Uso Responsable del Medicamento-Autora: Gabriela Restovic Camus. EY. Pag: 8. Diferencias en función de patología y edad) (Ver en el enlace: <http://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2016/09/Plan-de-Adherencia.pdf>)



En el 90% de las Unidades de Pacientes Externos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (UFPE) se provee atención farmacéutica especializada en inicios y cambios de tratamiento, y en el 80% de los mismos atención farmacéutica especializada a demanda. En el primer caso se alcanza el 91% de la población cubierta, y en el segundo caso el 79% de la población⁷.

Acceso a la historia clínica

Desde una perspectiva asistencial, cabe cuestionarse si es factible que un paciente reciba la misma atención farmacéutica en una Oficina de Farmacia que en un Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hay un **elemento diferencial básico** que **impide** que el núcleo de **valor asistencial** de la **atención farmacéutica especializada** sea realizado desde la **Oficina de Farmacia**, la **ausencia de acceso a la historia clínica del paciente**, así como un **acceso muy complicado** en la práctica, a los **especialistas médicos** que atienden a estos pacientes.

Desde la Oficina de Farmacia se puede hacer una dispensación “activa”, se puede informar y/o educar al paciente sobre concienciación de la importancia del tratamiento, información de medicamentos, dieta y estilo de vida, y sobre los procesos administrativos relacionados con su continuidad asistencial. Se pueden trasladar, si se conocen, mensajes unificados con otros profesionales sanitarios, y sí, se pueden valorar interacciones, efectos adversos, y la adherencia al tratamiento, pero, **¿dónde se informa de las circunstancias que puedan detectarse?, si NO hay acceso a la historia clínica**. Y sobre todo, sin este acceso a la historia clínica **NO es viable realizar una adecuada gestión farmacoterapéutica del tratamiento, ni una adecuada validación del mismo. Y tampoco es factible asumir la responsabilidad inherente a cualquier aspecto relacionado con el tratamiento que se derive de acceder y participar de la historia clínica del paciente**.

El 90% de las Unidades de Pacientes Externos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (UFPE) acceden a la historia clínica electrónica del paciente⁷.

Privacidad y Confidencialidad

Desde una perspectiva asistencial, pero con un carácter más social, la **privacidad y confidencialidad** es otro **elemento importante a considerar**. En los hospitales se ha hecho un esfuerzo importante en este sentido con consultas, sistemas de información y sistemas de dispensación que aseguren la mayor



privacidad y confidencialidad para los pacientes. En el modelo de la Oficina de Farmacia deben garantizarse igualmente estos elementos.

Por otro lado, es factible que algunos pacientes prefieran ir donde no se les conozca, e incluso puede que vayan cambiando permanentemente de Oficina de Farmacia.

Cercanía al Paciente

Se argumenta como el gran beneficio del solicitado retorno de los medicamentos DIHSC a la Oficina de Farmacia, la amplia red existente y la cercanía al paciente.

Esta afirmación es evidente que tiene su parte de razón, pero no hay que olvidar que los pacientes siguen acudiendo al hospital para sus visitas, y que en la práctica se intenta siempre que sea posible ajustar las consultas de atención farmacéutica especializada y la dispensación de medicamentos a las visitas al especialista, por lo que en realidad, **la comodidad entendida como no traslado al hospital puede ser aplicable en determinados pacientes, habitualmente crónicos y estables, pero no en todos.**

La utilización de medios telemáticos para proveer atención farmacéutica especializada más allá de las visitas al hospital tienen lugar en el 71% de las Unidades de Pacientes Externos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (UFPE), y en un 9% de las mismas a través de páginas web o Apps para dispositivos móviles⁷.

También existen alternativas a la dispensación desde el propio hospital que pueden eliminar parte de estos viajes como las iniciativas de entrega de los medicamentos en el domicilio de los pacientes⁸, la “dispensación delegada”, la dispensación desde los Centros de Atención Primaria en aquellas comunidades en las que haya un farmacéutico en los mismos, u otras. Y finalmente, existen pacientes que les gusta y prefieren ir al hospital, y así lo manifiestan, al igual que habrá otros que les gustará y preferirán ir, sin duda, a su Oficina de Farmacia.

La comodidad entendida como ausencia de esperas es, en función del paciente, otro elemento de gran importancia. Es verdad que el incremento en el número de pacientes, visitas y dispensaciones, así como la creciente complejidad de los tratamientos y el incremento de carga administrativa, que imponen las

⁷ Encuesta Proyecto MAPEX. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2016. (Ver en el enlace: <http://sefh.es/mapex/index.php>)

⁸ San José B, Gil MA, Figueru MP. Atención farmacéutica y envío domiciliario de medicación a pacientes con leucemia mieloide crónica. *Farm Hosp.* 2015; 39(1):13-22.



administraciones sanitarias, hacen que las esperas en las unidades de pacientes externos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria sean mayores de las deseadas. Pero también es verdad, que cambios estructurales como la gestión de citas y/o ampliación de horarios, pueden y están ya ayudando a minimizar estas esperas, allí donde se han implementado. Y de paso, soslayan otro elemento importante de la perspectiva social, la pérdida de horas de trabajo de pacientes, que deben acudir en horario laboral a recoger su medicación. No obstante, **las esperas no son exclusivas del ámbito hospitalario** y existen en todas partes, o acaso la farmacia comunitaria va a tener inventario permanente de estos medicamentos. Lógicamente no, y el “vuelva usted esta tarde o mañana”, aparte de la propia cola en la Oficina de Farmacia, y de la visita al inspector para el visado, también suponen esperas.

Perspectiva económica

El cálculo del impacto económico que generaría la vuelta a la dispensación desde Oficina de Farmacia de los medicamentos DIHSC, es en teoría un sencillo ejercicio matemático, ya que si se conoce cuál es el consumo en un periodo de tiempo de dichos medicamentos, su coste de adquisición desde los Servicios de Farmacia Hospitalaria a Precio Venta Factura (precio final de adquisición con impuestos, no el Precio Venta Laboratorio) y se conoce el Precio Venta Público más IVA y los descuentos correspondientes a la gestión desde la Oficina de Farmacia (todos ellos regulados), el cálculo es sencillo.

Sin embargo, aquí el problema no está en los cálculos, sino en la disponibilidad de los datos de consumo y coste de adquisición desde la Farmacia Hospitalaria, al ser datos en disposición de las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas, con un acceso restringido.

Por ello solo podemos inferir un coste estimado de lo que supondría la vuelta de los DIHSC a su dispensación desde la Oficina de Farmacia, a partir de datos conocidos, y aunque se trata efectivamente de una aproximación, dada la magnitud de las cifras económicas resultantes, su relevancia queda por encima de su carácter de dato estimado.



Así, como aproximación tenemos:

- La Comunidad de Madrid informó en la “Jornada Medicamentos Innovadores y la Integración de la Atención Primaria”, organizada el 18 de mayo de 2016 por COFARES, que habían calculado que la vuelta de los medicamentos DIHSC a la Oficina de Farmacia supondría para dicha Comunidad un incremento del gasto farmacéutico del orden de 89 millones de euros anuales.
- Si el gasto farmacéutico hospitalario de la Comunidad de Madrid representa el 14,52% sobre el total nacional⁹, cabe inferir que a nivel estatal el incremento del gasto se situaría en unos 612 millones de euros anuales, cifra a la que se le deben restar los porcentajes de descuento regulados para la oficina de farmacia, aunque en todo caso se estiman cifras de incremento de gasto farmacéutico que **superen los 500 millones de euros anuales**.

Existe una aproximación económica previa en forma de nota informativa, realizada por la **Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE)**, parte interesada, que ha recibido una profusa promoción en medios de comunicación especializados, **cuyos cálculos son erróneos** y algunas de sus afirmaciones no se ajustan a la realidad. Así, al respecto cabe destacar:

- Utiliza como **precio de adquisición hospitalaria de referencia** el precio venta laboratorio (PVL), en vez del precio venta factura (PVF), **obviando** así por completo **descuentos en la contratación por concurso y otros procedimientos legalmente establecidos existentes en la adquisición de medicamentos a proveedor desde los Servicios de Farmacia Hospitalaria**, de muy diversas cuantías, y que en algunos casos supera el 90%.
- Basa sus cálculos en un envase con un PVL de 200€, cuando los **PVL oscilan entre 3,82€ y 15.666€**. La media de PVL de un envase de **medicamentos DIHSC** es de 1.243€. Igualmente obvia el montante global del conjunto de envases dispensados en el territorio del Estado Español.
- Habla de **copago en la sombra** de 744.000 pacientes anuales, según dicen, datos de la SEFH. Ese dato se refiere al conjunto de pacientes externos dispensados desde los Servicios de Farmacia Hospitalaria, no a los correspondientes a los medicamentos DIHSC.

Coste-Oportunidad

Siguiendo en la perspectiva económica, y dado el incremento de coste estimado anteriormente expuesto, consideramos necesario hablar del coste-oportunidad de la medida en caso de producirse, y de cómo **no parece razonable dificultar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y el acceso a la innovación**, en aras de una aparente comodidad de la cercanía, irreal en muchos casos.

⁹ MINHAP - Indicadores del gasto farmacéutico y sanitario: El % de gasto farmacéutico hospitalario que representa la Comunidad de Madrid sobre el global del Estado Español se obtiene de los Indicadores sobre Gasto Farmacéutico y Sanitario ofrecidos por el Ministerios de Hacienda.
(Ver el enlace: <http://www.minhap.gob.es/es-ES/CDI/SeguimientoLeyEstabilidad/Paginas/Indicadores-sobre-Gasto-Farmac%C3%A9utico-y-Sanitario.aspx>)



Al tiempo, la **devolución de estos medicamentos** que en la práctica ocurre en determinados casos, y el **ahorro que se deriva de su adecuada gestión para el reenvasado y ajuste de dosis dispensadas**, son otros factores que mejoran la eficiencia económica del actual sistema.

Externalización privada de un servicio público

Para terminar esta perspectiva económica, queremos llamar la atención en, que aun siendo legítima la defensa de los intereses mercantiles de los representantes de la farmacia comunitaria, y sin minusvalorar la capacidad profesional de nuestros compañeros, creemos que esta **intención de cambio de lugar de dispensación, responde más a intereses comerciales que a intereses basados en la mejora de la calidad clínica y asistencial**. Significa una “externalización privada del servicio” sin una aportación de mejora en la calidad del mismo, trasladando ese mayor coste al ciudadano y al Sistema Nacional de Salud.

Perspectiva legal

La reforma en el año 2011 y las posteriores del Art. 2 de la Ley de Garantías, justifica legalmente la dispensación desde los Servicios de Farmacia Hospitalaria, sin necesidad de visado a pacientes no hospitalizados, de aquellos medicamentos que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad acuerde establecer reservas singulares. No existe duda a este respecto.

En fechas recientes, se ha producido una sentencia del Tribunal Supremo, avalando la resolución del Tribunal Superior de Andalucía, donde se anulaba la **resolución del SAS (SC 0403/2010)** que ordenaba la salida de ciertos medicamentos DH de especial vigilancia, desde las Oficinas de Farmacia a los Servicios de Farmacia Hospitalaria. Pero es importante aclarar y entender, que esta **anulación se fundamenta en la ausencia de competencia del SAS para esta decisión, que pertenece al Estado, y no entra en materia**.

Dicho esto, y aunque puedan producirse otras anulaciones de resoluciones similares dictadas a nivel autonómico, **cualquier cambio en la ubicación de dispensación de este grupo de medicamentos requiere de una modificación de la Ley de Garantías**. Y aunque esta modificación puede darse en dicho sentido, no olvidemos tampoco que la **AEMPS** tiene la competencia para ampliar los grupos de medicamentos con reservas singulares, por lo que también puede generar en la práctica el efecto contrario.



POR TANTO:

- La atención farmacéutica especializada provista desde los Servicios de Farmacia Hospitalaria genera una **adherencia al tratamiento superior, al menos en 25 puntos porcentuales**, que la que se consigue desde la Oficina de Farmacia.
- **No es factible realizar una adecuada gestión farmacoterapéutica del tratamiento**, ni una adecuada validación del mismo, **sin acceso a la historia clínica del paciente ni contacto con los médicos especialistas del paciente**.
- No es factible por la Oficina de Farmacia asumir la responsabilidad inherente a cualquier aspecto relacionado con el tratamiento de un paciente que se derive de acceder y participar de la historia clínica del mismo.
- **Existen alternativas a la dispensación desde el propio hospital**, principalmente en pacientes estables crónicos, que **disminuyen la necesidad de acceder al Hospital** como las iniciativas de entrega de los medicamentos en el domicilio de los pacientes, la **dispensación delegada**, o la **dispensación desde los Centros de Atención Primaria** en aquellas comunidades en las que haya un farmacéutico en los mismos.
- Se estima que la vuelta de los medicamentos DIHSC a la Oficina de Farmacia supondría un **incremento de coste de más de 500 millones de euros anuales** a nivel del conjunto del Estado Español, por el incremento en el precio de adquisición para el Sistema Nacional de Salud.
- La dispensación de medicamentos DIHSC desde los Servicios de Farmacia Hospitalaria es perfectamente legal, y la reciente sentencia del Tribunal Supremo donde se anulaba la resolución del SAS SC 0403/2010 que ordenaba la salida de ciertos medicamentos DH de especial vigilancia desde las Oficinas de Farmacia a los Servicios de Farmacia Hospitalaria **se fundamenta en la ausencia de competencia del SAS para esta decisión, que pertenece al Estado, y no entra en materia**.



Por todo ello:

Queremos informar que el actual sistema de dispensación de los medicamentos DIHSC desde los Servicios de Farmacia Hospitalaria, además de ser el sistema legislado actualmente, es el más conveniente para el paciente y el más eficiente para el Sistema Nacional de Salud, ya que se estima que su vuelta a la dispensación desde Oficina de Farmacia conllevaría un incremento del Gasto Farmacéutico superior a 500 millones de euros anuales en el conjunto del Estado Español.



6.2. SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS Y CENTROS PSIQUIÁTRICOS. DESARROLLO LEGISLATIVO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DEL RDL 16/2012 DE MEDIDAS URGENTES PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE SUS PRESTACIONES.

¿QUÉ QUEREMOS?

El desarrollo normativo del RDL 16/2012 y su cumplimiento a nivel de todas las Comunidades Autónomas del Estado Español, con la incorporación de la atención farmacéutica especializada, dependiente de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (propios o del hospital de referencia) en los centros socio sanitarios; con el fin de contribuir a un cuidado eficiente de los pacientes institucionalizados, mejorar sus resultados en salud, disminuir sustancialmente el gasto en medicamentos, crear empleo y dar cumplimiento a la legislación vigente.

¿CÓMO LO ARGUMENTAMOS?

Perspectiva legal

En las últimas dos décadas, todas las Comunidades Autónomas han incluido en sus respectivas leyes de ordenación farmacéutica, la regulación de la prestación farmacéutica en centros socio sanitarios. Esto es un reflejo de la **creciente preocupación** por la **atención al paciente institucionalizado** que precisa de una asistencia específica y adaptada a las características de la dependencia. Sin embargo, por el momento **no existe un modelo único de atención sanitaria para este tipo de pacientes en el conjunto de España**, lo que también ha influido en que **no exista un modelo homogéneo de prestación farmacéutica**.

Por otra parte, la estructura y la organización de los centros de asistencia social para pacientes de elevada dependencia, que por lo general dependen de Servicios Sociales, dificultan también la instauración de un modelo sencillo de prestación farmacéutica. Existen residencias de titularidad privada, con y sin ánimo de lucro, con y sin plazas concertadas, residencias públicas y residencias



públicas con gestión privada (concesión administrativa de la gestión). En este sentido, debe tenerse en cuenta **que la titularidad del centro (pública o privada) en el que se encuentra el paciente no condiciona la financiación pública de la prestación farmacéutica** cuando el paciente tiene derecho a ello.

De forma general, estas **leyes** regulan **la obligatoriedad de establecer un tipo diferente de servicio farmacéutico en función de la titularidad del centro** (público, privado, privado con concierto con la administración pública) **y del número de camas**. La diversidad de servicios farmacéuticos que recogen es importante, pues incluyen el Servicio de Farmacia Hospitalaria (propio, establecido en el mismo centro socio sanitario, o bien el del hospital de referencia), el servicio de farmacia de atención primaria, la Oficina de Farmacia y depósitos de medicamentos o botiquines que estarían vinculados bien a un Servicio de Farmacia Hospitalaria o a una Oficina de Farmacia.

Son pocas las Comunidades Autónomas, que han desarrollado esta normativa y su aplicación ha resultado muy desigual en el conjunto del Estado. **La necesidad de optimizar los recursos y disminuir el gasto en farmacia**, ha llevado en los últimos años a la **implantación de diferentes iniciativas o modelos de suministro y/o atención farmacéutica**. Así, la mayoría de Comunidades Autónomas están introduciendo modelos mixtos, con un reparto de la prestación entre la farmacia especializada y la Oficina de Farmacia, en función de la titularidad de la residencia o el número de plazas, sin tener en cuenta criterios clínico-asistenciales o de necesidades de los pacientes.

Esto es propio de un estado descentralizado en materia sanitaria, pero también se debe a una falta en la aplicación de criterios (estructurales, organizativos y asistenciales) que clarifiquen qué sistema de prestación farmacéutica (suministro, dispensación y atención farmacéutica) es el más eficiente en términos, no solo económicos sino también clínicos y de resultados en salud, de forma global.

El **RDL 16/2012** de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, en su **Art. 6** trata de impulsar a nivel nacional la **obligatoriedad de la regulación de la prestación farmacéutica en el ámbito de los centros de asistencia social**, apostando claramente por la incorporación de los Servicios de Farmacia Hospitalaria al ámbito asistencial. En concreto, marca claramente la **obligación de la**



existencia de un Servicio de Farmacia Hospitalaria en todos los centros socio sanitarios de más de cien camas.

El artículo 6 del RDL 16/2012 dice textualmente:

1. Será obligatorio el establecimiento de un Servicio de Farmacia Hospitalaria propio en:

- *Todos los hospitales que tengan cien o más camas.*
- *Los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos.*
- *Los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más.*

2. No obstante lo anterior, la consejería responsable en materia de prestación farmacéutica podrá establecer acuerdos o convenios con centros hospitalarios, eximiendo a estos centros de esta exigencia, siempre y cuando dispongan de un depósito de medicamentos vinculado al Servicio de Farmacia Hospitalaria del hospital de la red pública que sea el de referencia en el área o zona sanitaria de influencia correspondiente.

3. Asimismo, los centros hospitalarios, los centros de asistencia social que presten asistencia sanitaria específica y los centros psiquiátricos que no cuenten con Servicio de Farmacia Hospitalaria propio y que no estén obligados a tenerlo dispondrán de un depósito que estará vinculado a un servicio de farmacia del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe de servicio, en el caso de los hospitales del sector público, y a una Oficina de Farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un Servicio de Farmacia Hospitalaria, en el supuesto de que se trate de un hospital del sector privado.

La obligatoriedad marcada por el RDL 16/2012 no se cumple por igual en todas las Comunidades Autónomas, lo que supone, además de un incumplimiento de la legislación, una clara afección al principio constitucional de equidad e igualdad de derechos de todos los españoles, más aún en servicios básicos como son los sanitarios, sociales y de dependencia.

Perspectiva asistencial

La Farmacia Hospitalaria se ha desarrollado en el ámbito socio sanitario siguiendo **dos modelos de organización** cuya diferencia fundamental es, la existencia o no de una estructura propia para el ámbito de atención:

- **Establecimiento de un Servicio de Farmacia Hospitalaria en el propio centro de asistencia social**, con depósitos de medicamentos en otros centros vinculados a este Servicio de Farmacia.

- 
- **Establecimiento de un depósito de medicamentos en el centro de asistencia social**, vinculado y dependiente del Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital de referencia.

La incorporación de Servicios de Farmacia Hospitalaria responsables de la prestación farmacéutica en centros de asistencia social, independientemente del modelo organizativo, están obteniendo importantes resultados sanitarios y económicos, al aplicar las herramientas propias de la farmacia especializada y trabajar, con el resto del equipo asistencial, en la mejora del cuidado del paciente institucionalizado.

Los resultados asistenciales que se muestran a continuación son globales, ya que el modelo actual establecido en cada Comunidad Autónoma, condiciona el grado en que determinadas actividades pueden desarrollarse; aunque son los que cabría inferir de la traslación a la legislación sanitaria de cada una de las Comunidades Autónomas.

Estos resultados, según el **Grupo CRONOS** de la SEFH, recogido en *“Prestación farmacéutica especializada en centros socio sanitarios. Análisis de situación y propuesta CRONOS-SEFH”*, de 2013, son:

- Integración del farmacéutico en el **equipo interdisciplinar**, incidiendo en el **desarrollo de una farmacoterapia eficiente** tanto a nivel de la población como para cada paciente en particular.
- Desarrollo de un sistema de **Guía Farmacoterapéutica** como **eje central** de la gestión farmacoterapéutica que implica:
 - Selección de medicamentos adaptada a **las necesidades del paciente** y a las características de la atención sanitaria.
 - Establecimiento de **protocolos de intercambio terapéutico**, tratamiento y seguimiento de pacientes con una patología y/o tratamiento determinado.
 - Incorporar **criterios de gestión farmacoeconómicos** en línea con el conjunto del área sanitaria.
- Desarrollo de **un sistema de guía** para la selección y utilización de productos sanitarios de gran importancia, clínica y económica, en esta población.
- Desarrollo de **grupos de trabajo** para el desarrollo de programas concretos de **seguimiento de pacientes** con elevado impacto sanitario y/o económico:
 - Valoración nutricional y racionalización de la utilización de preparados nutricionales.

- Seguimiento del **paciente** con enfermedad de **Alzheimer** y problemas asociados a esta enfermedad (alteraciones de conducta, etc.)
- Seguimiento de **pacientes** en tratamiento con **anticoagulantes orales**. Establecimiento de una colaboración servicio de farmacia-servicio de hematología.
- **Formación** sobre el uso de los medicamentos a pacientes y profesionales sanitarios.
- **Dispensación** individualizada de los medicamentos en **dosis unitarias**, perfectamente acondicionadas y preparadas para su administración.
- **Integración en los sistemas de información** permitiendo una mejora en la conciliación de la medicación del paciente entre diferentes niveles asistenciales.
- Aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) en el **intercambio de la información** y mejora de la comunicación entre profesionales de **distintos niveles asistenciales**.
- Presencia del **Farmacéutico de Hospital**, como **eje de comunicación** entre diferentes niveles asistenciales: socio sanitario y especializado.
- Desarrollo de un **programa de calidad**, para minimizar los errores de medicación y mejorar los procesos relacionados con el **uso de los medicamentos**, desde la prescripción a la administración y seguimiento posterior.
- Programa de **farmacocinética clínica** e **individualización posológica**.
- Mejora en la **gestión de los depósitos de medicamentos**, disminuyendo de forma considerable el número de medicamentos inmovilizados, aumentando su rotación y la adaptación a las necesidades de los pacientes.
- **Promover la investigación** en pacientes crónicos.

Así, incorporar la atención farmacéutica especializada dependiente de los Servicios de Farmacia Hospitalaria en los centros socio sanitarios, contribuye a un **cuidado eficiente de los pacientes institucionalizados** a través de una correcta dispensación, administración y seguimiento de la farmacoterapia aplicada, de forma individualizada.

Del mismo modo, la incorporación de farmacéuticos especialistas en centros socio sanitarios contribuye al uso racional del medicamento y a la reducción de la iatrogenia en pacientes mayores complejos, **mejorando sus resultados en salud** al combinar estrategias como la revisión de la medicación, evitar el uso de fármacos inadecuados, establecer sistemas de ayuda a la prescripción, e integrarse en el equipo interdisciplinar para participar de la valoración integral del paciente¹⁰. Así, un reciente meta análisis publicado muestra que la integración del farmacéutico en el equipo asistencial **reduce en un 47% los efectos adversos**¹¹.

¹⁰ Onder G, Van der Cammen TJM, Petrovic M, Somers A, Rajkumar C. Strategies to reduce the risk of iatrogenic illness in complex older adults. *Age and Aging*. 2013; 42: 284 – 291.

¹¹ Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care* 2010; 48:923-33.

Perspectiva económica

Desde una perspectiva económica, la **actividad asistencial y de gestión** de los Servicios de Farmacia Hospitalaria en centros socios sanitarios **supone una disminución del gasto farmacéutico anual por residente** debido a los siguientes factores:

- Gestión de la adquisición de medicamentos desde el Servicio de Farmacia, incluida la incorporación de medicamentos genéricos.
- Utilización de un sistema de gestión basado en la guía farmacoterapéutica: selección de medicamentos con mejor perfil de eficiencia.
- Atención farmacéutica especializada realizada:
 - Conciliación de la medicación al ingreso y entre transiciones asistenciales.
 - Intercambio terapéutico y suspensión de medicamentos de baja utilidad terapéutica.
 - Seguimiento individualizado de los pacientes.
 - Establecimiento de programas concretos de seguimiento de pacientes con elevado impacto sanitario y/o económico.

Esta disminución anual del gasto farmacéutico por residente se cuantifica según diversas fuentes bibliográficas^{12,13} entre 565,75 € y 733 €. A efectos de una aproximación económica nacional, vamos a utilizar como valor de referencia, la media de los datos publicados, es decir, **650 € de ahorro anual en gasto en medicamentos por residente**.

En las siguientes tablas hacemos una comparación, para estimar la horquilla de ahorros, entre la aplicación de los criterios del RDL sobre el total de la red de Centros Sociosanitarios en España (Tabla 1) y sobre la aplicación estricta de los criterios del RDL sobre los centros de 100 ó más camas (Tabla 2).

En la primera de ellas (Tabla 1) en la que se realiza el cálculo sobre la aplicación del criterio del RDL sobre el total de la red de Centros Socio Sanitarios se detallan las plazas de residentes por Comunidad Autónoma, el nº de ellas que ya están atendidas desde un Servicio de Farmacia Hospitalaria, el ahorro bruto anual sobre el gasto en medicamentos estimado, el nº de especialistas en farmacia hospitalaria y de atención primaria que harían falta para atender al correspondiente nº de plazas de residentes sin atención farmacéutica (1 especialista cada 300 plazas de residentes), el coste anual de estos especialistas y por último, el ahorro real anual estimado, tanto por Comunidad Autónoma como global en el ámbito nacional.

¹²Martínez, MD. Nuevo modelo de Atención Farmacéutica en centros sociosanitarios. Presentación en el Foro Norte de Farmacia Hospitalaria, Victoria 2014. (Ver enlace: <http://www.redaccionmedica.com/secciones/farmacia/integrar-la-farmacia-de-hospital-en-el-centro-sociosanitario-podria-ahorrar-un-30-por-ciento-4641>)

¹³Escudero A, Santos L, Peña A, Torán R, Estaún E. Eficiencia de la integración farmacéutica especializada en los centros socio sanitarios. (Ver el enlace: http://www.forohospitalario.org/ibiza/pdf/comunicaciones/86_comunicacion.pdf)

Tabla 1. Estimación económica implantación de la Farmacia Hospitalaria sobre el total de la red de centros sociosanitarios.

	Nº Plazas Totales	Nº Plazas con AF	Ahorro bruto anual sobre Gasto en Medicamentos estimado	Nº Espec. FH y AP necesarios	Coste anual Nº Espec. FH y AP necesarios	Ahorro Real anual Estimado
Andalucía	40.072	0	26.046.800 €	134	7.994.834 €	18.051.966 €
Aragón	17.699	2.464	9.902.750 €	59	3.531.158 €	6.371.592 €
Asturias	10.830	0	7.039.500 €	36	2.160.712 €	4.878.788 €
Baleares	5.409	1.540	2.514.850 €	18	1.079.159 €	1.435.691 €
Canarias	6.900	1.504*	3.507.285 €	23	1.376.631 €	2.130.654 €
Cantabria	5.866	0	3.812.900 €	20	1.170.336 €	2.642.564 €
Castilla y León	44.266	3.000	2.682.290 €	148	8.831.586 €	17.991.314 €
Castilla-La Mancha	26.783	2.504	15.781.350 €	89	5.343.523 €	10.437.827 €
Cataluña	59.263	1.504*	37.543.235 €	198	11.823.664 €	25.719.571 €
C. Valenciana	26.603	3.776	14.837.550 €	89	5.307.611 €	9.529.939 €
Extremadura	12.012	3.250	5.695.300 €	40	2.396.535 €	3.298.765 €
Galicia	20.048	6.350	8.903.700 €	67	3.999.811 €	4.903.889 €
Madrid	48.660	0	31.629.000 €	162	9.708.241 €	21.920.759 €
Murcia	4.909	188	3.068.650 €	16	979.403 €	2.089.247 €
Navarra	6.257	1.773	2.914.600 €	21	1.248.345 €	1.666.255 €
País Vasco	19.891	726	12.457.250 €	66	3.968.488 €	8.488.762 €
La Rioja	3.068	0	1.994.200 €	10	612.102 €	1.382.098 €
Ceuta	181	0	117.650 €	1	36.112 €	81.538 €
Melilla	318	0	206.700 €	1	63.445 €	143.255 €
España	359.035	28.579	214.796.171 €	1.197	71.631.695 €	143.164.475 €

* No se disponen de los datos del nº de plazas de Atención Farmacéutica Especializada para las comunidades de Cataluña y Canarias. De cara a la estimación económica, se ha supuesto que disponen del nº de plazas media que el resto de las Comunidades Autónomas.

Los criterios de cálculo utilizados han sido:

- “Ahorro bruto anual sobre Gasto en Medicamentos estimado” se calcula multiplicando 650 € anuales por el nº de plazas de residentes que no disponen de atención farmacéutica especializada (“Nº plazas totales” menos “Nº plazas con AF”).
- “Nº Espec. FH y AP necesarios”: Estimados según criterio del Grupo CRONOS de la SEFH, recogido en “Prestación farmacéutica especializada en centros socio sanitarios. Análisis de situación y propuesta CRONOS-SEFH”, de 2013.

- “Coste anual por Espec. en FH y AP estimado”: 59.853,52 €. Este dato se corresponde con el oficial a 2016 en la Comunidad Valenciana, pudiendo variar entre Comunidades Autónomas.
- “Ahorro real anual estimado” se calcula restando al “Ahorro bruto anual sobre gasto en medicamentos estimado”, el “Coste anual por Espec. FH y AP estimado”.

De la tabla anterior se infiere un **potencial ahorro en gasto en medicamentos** del orden de **143 millones de euros anuales** a nivel del conjunto del Estado Español.

Tabla 2. Estimación económica implantación sobre la aplicación estricta del RDL (más de 100 camas) en de la red de centros sociosanitarios.

	Nº de plazas en Centros a considerar sobre la aplicación estricta del RDL (más de 100 camas)	Nº Plazas con AF	Ahorro bruto anual sobre Gasto en Medicamentos estimado	Nº Espec. FH y AP necesarios	Coste anual Nº Espec. FH y AP necesarios	Ahorro Real anual Estimado Sobre la aplicación estricta del RDL (más de 100 camas)
Andalucía	19.272	0	12.526.800 €	64	3.844.990 €	8.681.810 €
Aragón	7.489	2.464	3.266.250 €	25	1.494.143 €	1.772.107 €
Asturias	5.252	0	3.413.800 €	18	1.047.836 €	2.365.964 €
Baleares	3.370	1.540	1.189.500 €	11	672.355 €	517.145 €
Canarias	3.608	1.504*	1.367.485 €	12	719.838 €	647.647 €
Cantabria	3.726	0	2.421.900 €	12	743.381 €	1.678.519 €
Castilla y León	20.549	3.000	11.406.850 €	68	4.099.767 €	7.307.083 €
Castilla-La Mancha	13.599	2.504	7.211.750 €	45	2.713.160 €	4.498.590 €
Cataluña	21.540	1.504*	13.023.285 €	72	4.297.483 €	8.725.803 €
C. Valenciana	15.391	3.776	7.549.750 €	51	3.070.685 €	4.479.065 €
Extremadura	4.423	3.250	762.450 €	15	882.440 €	-119.990 €
Galicia	11.784	6.350	3.532.100 €	39	2.351.046 €	1.181.054 €
Madrid	36.458	0	23.697.700 €	122	7.273.799 €	16.423.901 €
Murcia	2.660	188	1.606.800 €	9	530.701 €	1.076.099 €
Navarra	3.175	1.773	911.300 €	11	633.450 €	277.850 €
País Vasco	10.184	726	6.147.700 €	34	2.031.827 €	4.115.873 €
La Rioja	2.059	0	1.338.350 €	7	410.795 €	927.555 €
Ceuta	0	0	0 €	0	0 €	0 €
Melilla	318	0	206.700 €	1	63.445 €	143.255 €
España	184.857	28.579	101.580.471 €	616	36.881.140 €	64.699.330 €

* No se disponen de los datos del nº de plazas de Atención Farmacéutica Especializada para las comunidades de Cataluña y Canarias. De cara a la estimación económica, se ha supuesto que disponen del nº de plazas media que el resto de las Comunidades Autónomas.



POR TANTO:

Incorporar la atención farmacéutica especializada en los centros socio sanitarios en aplicación estricta de lo indicado en el RDL (100 ó más camas) o en el conjunto de la red:

- Contribuye a un **cuidado eficiente** de los pacientes institucionalizados a través de una correcta selección, adquisición, dispensación, administración y seguimiento de la farmacoterapia aplicada, de forma individualizada.
- Contribuye al **uso racional del medicamento y a la reducción de la iatrogenia** en pacientes mayores complejos, mejorando los resultados en salud del paciente al combinar estrategias como: revisión de la medicación, evitar uso de fármacos inadecuados, establecer sistemas de ayuda a la prescripción, e integrarse en el equipo interdisciplinar para participar de la valoración integral del paciente.
- Generaría un **ahorro bruto en gasto en medicamentos** estimado en 650 € anuales por residente el cual implica un ahorro global a nivel del conjunto del Estado Español del orden de **143 millones de euros, si se aplican los mismos criterios para todos los centros socio sanitarios y de casi 65 millones de euros aplicando estrictamente el RDL 16/2012 (únicamente en centros de 100 ó más camas).**
- **Generaría a nivel nacional entre 1.200 y 620 nuevos puestos de trabajo** (en función del criterio aplicado).
- **No desarrollar a nivel autonómico el RDL 16/2012** supone, además de un **incumplimiento de la legislación**, una clara afección al principio constitucional de equidad e igualdad de derechos de todos los españoles, más aún en servicios básicos como son los sanitarios, sociales y de dependencia.

Por todo ello:

Solicitamos el desarrollo normativo del RDL 16/2012 y su cumplimiento a nivel de todas las Comunidades Autónomas del Estado Español, con la incorporación de la atención farmacéutica especializada dependiente de los Servicios de Farmacia Hospitalaria (propios o del hospital de referencia) en los centros socio sanitarios, con el fin de contribuir a un cuidado eficiente de los pacientes institucionalizados, mejorar sus resultados en salud, disminuir sustancialmente el gasto en medicamentos, crear empleo y dar cumplimiento a la legislación vigente.

6.3. SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS. NECESIDAD DE UNA RED ASISTENCIAL FARMACÉUTICA COHERENTE, HOMOGÉNEA, ÁGIL Y ACORDE A LA LEGALIDAD VIGENTE.

¿QUÉ QUEREMOS?

Conseguir una **red asistencial farmacéutica, homogénea, ágil y acorde a la legalidad vigente** en los centros pertenecientes a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (IIPP), dependiente del Ministerio de Interior. Ello pasa necesariamente por la **legalización de todos Servicios de Farmacia (SF) y depósitos de medicamentos (DM)** vinculados a aquellos en todos los centros que carezcan de estos dispositivos asistenciales, así como por la contratación de Farmacéuticos Especialistas en Farmacia Hospitalaria para dirigir cada servicio farmacéutico y en los mencionados depósitos, tal y como exige la legislación.

¿CÓMO LO ARGUMENTAMOS?

Perspectiva legal

En lo que a la legislación a nivel nacional respecta, el **Real Decreto Legislativo 1/2015** por el que se aprueba el texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su título VII, capítulo III, art.84, indica que “(...) el **SF, legalmente autorizado y con un farmacéutico con la especialidad correspondiente, es el que debe asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de las necesidades (...),** establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos, tomar las medidas para garantizar su correcta administración (...), llevar a cabo actividades educativas sobre cuestiones de su competencia dirigidas al personal sanitario...”. Los DM de centros penitenciarios se regulan en la disposición adicional cuarta de esta misma ley: “los centros penitenciarios podrán solicitar de la Administración competente en cada caso autorización para mantener un DM para la **asistencia a los internos bajo la supervisión y control de un farmacéutico de los servicios farmacéuticos autorizados del hospital del Sistema Nacional de Salud (SNS) más cercano**”.

Además, los dictámenes legislativos de la Ley General de Sanidad de 1986 y de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 establecen que la Sanidad Penitenciaria debería estar integrada en el SNS. Dicha integración



supondría la aplicación de las normativas comunitarias en materia de farmacia en los centros penitenciarios (CP) como un dispositivo más de salud y acabaría con las graves irregularidades que se dan en la actualidad.

Es importante reseñar igualmente que el **Real Decreto-Ley 16/2012**, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, indica que **se deben instaurar SF o DM vinculado a un SF en los centros socio sanitarios, debemos tener en cuenta que un CP puede ser asimilado funcionalmente a un centro socio sanitario.**

En lo que respecta a las diferentes **Comunidades Autónomas**, hay que estar a lo dispuesto en las leyes de Ordenación Farmacéutica, algunas con mayor desarrollo normativo que otras en este ámbito, aunque **ninguna puede ir en contra de los principios de la legislación básica estatal en la materia.**

Perspectiva asistencial

El **primer nivel de acceso** de la población penitenciaria al sistema sanitario lo constituye la **Atención Primaria**, cuyas prestaciones se realizan directamente en los centros penitenciarios siguiendo un modelo de consultas a demanda, programadas y de urgencia similar al instaurado en los centros de salud. El **segundo nivel** lo constituye la **Atención Especializada, Ambulatoria u Hospitalaria y de Urgencias**, que se presta a través de los centros de la red pública pertenecientes al Sistema Nacional de Salud (SNS). La Atención Especializada Ambulatoria se basa en un sistema de inter-consultas organizado con el hospital de referencia del SNS que cada centro penitenciario tiene asignado, instaurándose los tratamientos en la misma institución penitenciaria. La atención bucodental se cubre con profesionales privados o empresas de servicios. La Administración Penitenciaria dispone, además, de dos hospitales psiquiátricos en Alicante y Sevilla, reservados para el estudio de pacientes en situación preventiva o para el cumplimiento de medidas de seguridad impuestas por razón de inimputabilidad.

Es por ello que **el modelo asistencial en prisiones presenta un carácter híbrido entre los niveles de atención primaria y especializada.** De hecho, según datos de algunos estudios recientes realizados en el medio penitenciario, contamos en dicha población con un 6% de diabéticos, un 29% de hipertensos, un 35% de pacientes con dislipemia, una alta prevalencia de infección por VIH y VHC,



en concreto, 20-25 y 10-12 veces mayor que en la población general española, respectivamente, y un total de 11.367 internos incluidos en el programa de mantenimiento con metadona en el año 2015.

El **objetivo tradicional de la Administración Penitenciaria** respecto a la prestación farmacéutica ha sido **crear una red de SF y DM vinculados a ellos**. En el Informe General 2015 que publica la Secretaría General de IIPP se puede observar la situación a fecha de diciembre de 2015 y que no ha presentado variaciones sensibles a fecha de hoy. En la actualidad, del total de 33 SF que se pretendían legalizar solo se ha conseguido la legalización de 16 y de los 35 DM que se pretendían vincular a los SF mencionados, solo están legalizados 8. Según estos datos, quedarían por legalizar la asistencia farmacéutica de 44 centros penitenciarios.

En estos momentos, la **Secretaría General de IIPP** cuenta con **34 Farmacéuticos, 11 de ellos Especialistas en Farmacia Hospitalaria** por lo que se estima, teniendo en cuenta datos publicados de la población general penitenciaria, que la ratio es 1 farmacéutico/2.000 internos, aproximadamente. Puesto que el farmacéutico está ubicado en el SF y dado que las funciones del farmacéutico en IIPP se asimilan a las que desempeñan otros farmacéuticos en centros extrapenitenciarios (gestión de adquisiciones, custodia de medicación, validación farmacéutica de las prescripciones e intervención en los casos que se requiera, dispensación de la medicación, elaboración de fórmulas magistrales, conciliación de la medicación al ingreso, farmacovigilancia e información de medicamentos), cabe señalarse que estas funciones se llevan a cabo en los SF, fundamentalmente en aquellos con especialistas en Farmacia Hospitalaria, pero no en los DM, donde la función básica es la de aprovisionamiento por razones obvias de **falta de tiempo y escasez de recursos humanos**, con la consiguiente **desigualdad para la atención a los internos** que allí se ubican.

Perspectiva económica

Desde el punto de vista de la **gestión de adquisiciones**, hay que reseñar que existe una **doble vía** de adquisición: **vía directa o descentralizada y vía centralizada**. Cada CP dispone de un presupuesto para la adquisición directa de fármacos mientras que existen una serie de ellos –antirretrovirales, algunos neurolépticos atípicos, algunos antivirales para hepatitis C y vacunas- que se gestionan de forma centralizada por la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria.

Según los datos publicados en el Informe General de la Secretaría General de IIPP correspondientes al año 2015, el gasto farmacéutico gestionado por los centros ascendía a 10.636.596,55 € en productos farmacéuticos y el gasto farmacéutico correspondiente al consumo total de fármacos adquiridos por vía centralizada a través de la Subdirección de Coordinación de Sanidad Penitenciaria supuso 19.656.289,97 €.

Desde la perspectiva económica, la **gestión de adquisición directa** -o descentralizada- de medicamentos por cada centro **se vería optimizada si estuviesen legalizados los SF en todos los centros penitenciarios**, ya que los CP que no cuentan con SF gestionan un elevado porcentaje de adquisiciones a través de oficina de farmacia, con el consiguiente incremento en los precios de los medicamentos.

POR TANTO:

La consecución de una red asistencial farmacéutica coherente, homogénea, ágil y acorde a la legalidad vigente en los centros pertenecientes a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (IIPP) dependiente del Ministerio de Interior contribuiría:

- Al **cumplimiento de la legalidad vigente** en lo que a SF y DM se refiere.
- Al **cumplimiento del artículo 208 del Reglamento Penitenciario** que cita textualmente: “a todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población”, garantizando a todos nuestros clientes una terapia de calidad, basada en la mejor evidencia disponible y coste-efectividad, sin diferencias inter-centros derivadas de la existencia o no de SF o DM.
- A la **consecución de un importante ahorro en la factura farmacéutica de IIPP**, dado que ni los laboratorios farmacéuticos ni los almacenes de distribución pueden suministrar medicamentos a CP que no tengan legalizado un SF.
- A la **generación de puestos de trabajo para nuestro colectivo**, logrando una mayor visibilidad del Especialista en Farmacia Hospitalaria en el medio penitenciario.



Por todo ello solicitamos:

- La **puesta en marcha** de los **mecanismos institucionales necesarios para la contratación de farmacéuticos Especialistas en Farmacia Hospitalaria** a fin de conseguir la legalización de SF y DM en los centros donde se requiera, lo que redundaría en una mayor calidad del cuidado de nuestros pacientes internados al amparo de la legalidad vigente.
- La **integración de la sanidad penitenciaria en los sistemas de salud de las respectivas CCAA**, para lograr un sistema sanitario homogéneo y equitativo como articula la Constitución y nuestro propio Reglamento Penitenciario, basado en un aseguramiento de la continuidad de tratamiento de los pacientes fuera y dentro de prisión, en una unificación de recursos humanos y materiales y en una equiparación de las condiciones laborales de los farmacéuticos especialistas en Farmacia Hospitalaria de IIPP con los farmacéuticos hospitalarios del SNS.



FUENTES Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Objetivos del Plan Estratégico de la SEFH para los años 2015 – 2019 (Ver en el enlace: http://www.sefh.es/sefhquien/Plan_Estrategico_Junta_Nueva.PDF)
2. Última actualización del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Capítulo IV. Art. 6: Medidas relativas a la atención farmacéutica en los hospitales, en los centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos. BOE-A-2012-5403.
(Ver en el enlace: http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/index.htm?ssUserText=213644&d-DocName=167004)
3. Última actualización de la Ley 29/2006 de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
(Ver en el enlace: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf>)
4. Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud mediante la asignación de aportación del usuario. BOE-A-2013-9709.
(Ver en el enlace: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-9709)
5. Resolución de 1 de abril de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia que incluye la Relación de medicamentos que han pasado a dispensación en los Servicios de Farmacia de los Hospitales
(Ver en el enlace: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/RelMedDispensacionHospital.pdf>)
6. Farmaindustria: Plan de Adherencia al Tratamiento (Uso Responsable del Medicamento-Autora: Gabriela Restovic Camus. EY. Pag: 8. Diferencias en función de patología y edad)
(Ver en el enlace: <http://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2016/09/Plan-de-Adherencia.pdf>)
7. Encuesta Proyecto MAPEX. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2016. (Ver en el enlace: <http://sefh.es/mapex/index.php>)
8. San José B, Gil MA, Figuero MP. Atención farmacéutica y envío domiciliario de medicación a pacientes con leucemia mieloide crónica. Farm Hosp. 2015; 39(1):13-22.
9. MINHAP - Indicadores del gasto farmacéutico y sanitario: El % de gasto farmacéutico hospitalario que representa la Comunidad de Madrid sobre el global del Estado Español se obtiene de los Indicadores sobre Gasto Farmacéutico y Sanitario ofrecidos por el Ministerios de Hacienda.
(Ver el enlace: <http://www.minhap.gob.es/es-ES/CDI/SeguimientoLeyEstabilidad/Paginas/Indicadores-sobre-Gasto-Farmac%C3%A9utico-y-Sanitario.aspx>)
10. Onder G, Van der Cammen TJM, Petrovic M, Somers A, Rajkumar C. Strategies to reduce the risk of iatrogenic illness in complex older adults. Age and Aging. 2013; 42: 284 – 291.
11. Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. Med Care 2010; 48:923-33.
12. Martínez, MD. Nuevo modelo de Atención Farmacéutica en centros sociosanitarios. Presentación en el Foro Norte de Farmacia Hospitalaria, Victoria 2014.
(Ver enlace: <http://www.redaccionmedica.com/secciones/farmacia/integrar-la-farmacia-de-hospital-en-el-centro-sociosanitario-podria-ahorrar-un-30-por-ciento-4641>)
13. Escudero A, Santos L, Peña A, Torán R, Estaún E. Eficiencia de la integración farmacéutica especializada en los centros socio sanitarios. (Ver el enlace: http://www.forohospitalario.org/ibiza/pdf/comunicaciones/86_comunicacion.pdf)



C/ RAFAEL DE RIEGO, 38
28045 • MADRID

T. 91 571 44 87 • F. 91 571 45 86
SEFH@SEFH.ES

HORARIO DE OFICINA
9H A 14H Y DE 16H A 18H