


Integración de los **SPFA** en el proceso asistencial desde la perspectiva del paciente

Impulsado por:

Con la colaboración de:



Integración de los **SPFA** en el proceso asistencial desde la perspectiva del paciente

Con la colaboración de



Con el soporte técnico y metodológico de





Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
Calle de Villanueva, 11, 3ª Planta
28001 Madrid
email: congral@redfarma.org
<https://www.farmaceuticos.com/>

© 2023, Madrid (España). Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Todos los derechos reservados.
ISBN: 978-84-19069-89-4

El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos le informa de que el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos es titular exclusivo de todos los derechos de propiedad intelectual sobre el presente documento. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de este documento solo puede ser realizada con la previa y expresa autorización por escrito del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, salvo excepción prevista por la ley.

Índice

| | |
|--|-----------|
| 1. Introducción | 5 |
| 1.1. Implicados en el proyecto | 5 |
| 1.2. Tabla de acrónimos | 6 |
| 1.3. Objetivos | 7 |
| 1.4. Metodología | 7 |
| 2. <i>Patient Journey</i> del paciente crónico | 10 |
| 2.1. Detección | 12 |
| 2.2. Diagnóstico | 12 |
| 2.3. Tratamiento farmacológico | 12 |
| 2.4. Educación sanitaria | 12 |
| 2.5. Tratamiento no farmacológico | 13 |
| 2.6. Seguimiento | 13 |
| 2.7. Ajuste terapéutico | 13 |
| 2.8. Apoyo y soporte | 14 |
| 3. Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) | 16 |
| 4. Encuesta a pacientes y profesionales | 19 |
| 4.1. PARTE I: Experiencia del paciente crónico en la ruta asistencial | 19 |
| 4.2. PARTE II: Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) desde la perspectiva de paciente crónico | 23 |
| 5. Mapa de empatía y experiencia diferencial del paciente crónico | 32 |
| 5.1. Detección | 32 |
| 5.2. Diagnóstico | 34 |
| 5.3. Tratamiento farmacológico | 34 |
| 5.4. Educación sanitaria | 35 |
| 5.5. Tratamiento no farmacológico | 35 |
| 5.6. Seguimiento | 35 |
| 5.7. Ajuste terapéutico | 36 |
| 5.8. Apoyo y soporte | 36 |
| 6. <i>Service Blueprint</i> | 37 |
| 6.1. Detección | 38 |
| 6.2. Diagnóstico | 38 |
| 6.3. Tratamiento farmacológico | 39 |

Índice

| | |
|---|-----------|
| 6.4. Educación sanitaria | 39 |
| 6.5. Tratamiento no farmacológico | 40 |
| 6.6. Seguimiento | 40 |
| 6.7. Ajuste terapéutico | 41 |
| 6.8. Apoyo y soporte | 41 |
| 7. Resumen Fase I | 42 |
| 8. Conclusiones Fase I | 44 |
| 9. Requerimientos para el desarrollo de los SPFA | 45 |
| 9.1. Requerimientos generales | 46 |
| 9.2. Requerimientos específicos | 50 |
| 10. Enfoque estratégico para la integración de los SPFA en la ruta asistencial | 61 |
| 10.1. Demanda | 62 |
| 10.2. Oferta | 62 |
| 10.3. Formación | 62 |
| 10.4. Entorno | 62 |
| 10.5. Sostenibilidad | 62 |
| 11. Resumen Fase II | 63 |
| 12. Conclusiones Fase II | 66 |
| Anexo 1: Tablas y figuras | 67 |
| Anexo 2: Encuesta dirigida a pacientes crónicos | 69 |
| Anexo 3: Material visual Fase I | 77 |
| Bibliografía | 83 |



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Implicados en el proyecto

Comité del proyecto

Antonio Blanes Jiménez. Director de Servicios Farmacéuticos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF).

Tamara Peiró Zorrilla. Coordinadora del Departamento de Nodofarma Asistencial. Área de Asistencial. Dirección de Servicios Farmacéuticos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF).

Grupo profesional

Daniel Gil Martorell. Trabajador social y Decano del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid.

Elvira Eva Moreno Campoy. Farmacéutica de Atención Primaria y Directora de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía.

Francisco José Farfán Sedano. Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria.

Emilio García Jiménez. Farmacéutico comunitario con experiencia rural y urbana.

Ana María Alonso León. Enfermera especialista en pacientes crónicos del Servicio de Neumología del Hospital Santa Creu i Sant Pau.

Javier García Soidán. Médico de Atención Primaria y Coordinador de la red GDPS de diabetes.

Jesús de la Gándara Martín. Médico psiquiatra y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Representantes de pacientes

Jesús Rodrigo Ramos. Director Ejecutivo de la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA).

Mercedes Maderuelo Labrador. Gerente de la Federación Española de Diabetes (FEDE).

Carlos Lines Millán. Presidente de la Asociación de Familiares y Enfermos de Fibrosis Pulmonar Idiopática, Fibrosis Familiar y trastornos relacionados (AFEFPPI).



1.2 Tabla de acrónimos

| | |
|---------------|---|
| AAPP | Asociaciones de Pacientes |
| AFEFPI | Asociación de Familiares y Enfermos de Fibrosis Pulmonar Idiopática |
| AP | Atención Primaria |
| CC | Comité Científico |
| CCAA | Comunidades Autónomas |
| CEAFA | Confederación Española de Alzheimer |
| CGCOF | Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos |
| COF | Colegio Oficial de Farmacéuticos |
| FAP | Farmacéutico de Atención Primaria |
| FC | Farmacia Comunitaria |
| FEDE | Federación Española de Diabetes |
| FH | Farmacia Hospitalaria |
| FM | Formulación magistral |
| FPI | Fibrosis pulmonar idiopática |
| FV | Farmacovigilancia |
| HC | Historia clínica |
| IMC | Índice de masa corporal |
| KPI | Indicador clave de desempeño (<i>key performance indicator</i>) |
| MAP | Médico de Atención Primaria |
| PIT | Plan individual de tratamiento |
| PJ | Viaje del paciente (<i>patient journey</i>) |
| RAM | Reacción Adversa al Medicamento |
| RRHH | Recursos Humanos |
| RUM | Revisión del Uso de los Medicamentos |
| SFT | Seguimiento farmacoterapéutico |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| SPD | Sistema Personalizado de Dosificación |
| SPFA | Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales |
| ZAP | Zona de Atención Personalizada |



1.3 Objetivos

- Definir a través de un trabajo colaborativo la ruta asistencial del paciente crónico, describiendo el proceso real y óptimo.
- Integrar y mejorar este proceso desde la visión y perspectiva del paciente, impulsando los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) adecuados para cada fase de la ruta asistencial.
- Conocer los requisitos necesarios para la realización de los SPFA, detectando las posibles áreas de mejora durante su puesta en marcha en la Farmacia Comunitaria (FC).
- Aumentar el conocimiento de los pacientes en torno a los SPFA y conocer su percepción de valor de cada uno de ellos.
- Visibilizar el valor asistencial del farmacéutico en esa ruta a través de los SPFA y el peso de cada uno de ellos en la mejora del proceso asistencial del paciente crónico.

1.4 Metodología



Figura 1. Fases del proyecto.

1. Entender los SPFA y su papel en el proceso asistencial

El proyecto comenzó con la revisión bibliográfica en torno a las particularidades de cuatro patologías crónicas: diabetes, Alzheimer, fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y esquizofrenia. La selección de estas cuatro patologías se debió a que comparten características como la cronicidad, la necesidad de un seguimiento exhaustivo por parte de los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes, el uso de recursos del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la necesidad de implicación de familiares y/o cuidadores en el día a día de la enfermedad.

En esta revisión se buscaron datos referentes al proceso asistencial, qué profesionales eran los encargados del manejo del paciente crónico, dónde se llevaba a cabo su seguimiento, etc.



Esto permitió desarrollar la ruta asistencial del paciente crónico en España, incluyendo las fases que la componen y los momentos específicos de interacción entre pacientes y profesionales sanitarios, así como el centro sanitario donde se llevan a cabo. Tanto las fases como los momentos en los que se dividen fueron validados con el CC. Así, la ruta asistencial, se tomó como referencia durante el resto del proyecto.

Seguidamente se incorporaron los SPFA, en base a su clasificación definida por Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (FORO AF-FC), expuesta en la *Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales* publicada en 2010 y actualizada en 2019, que establece una primera aproximación a la aportación de valor de estos Servicios, al dividirlos en dos grandes grupos:

- Servicios de Atención Farmacéutica que, a su vez, se subdividen en Servicios orientados al proceso de uso de los medicamentos y Servicios orientados a evaluar y mejorar los resultados de los medicamentos en salud.
- Servicios relacionados con la salud comunitaria.

2. Obtener *insights* de profesionales y pacientes sobre el proceso

Una vez concluida la primera fase de revisión, se elaboraron y validaron junto al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) dos encuestas: una dirigida a los profesionales sanitarios que participaron como miembros del comité científico (CC) en el proyecto y otra adaptada para pacientes crónicos (Anexo 2).

El CC del proyecto estuvo formado por un trabajador social, una farmacéutica de Atención Primaria (FAP), un farmacéutico hospitalario, un farmacéutico comunitario, una diplomada en Enfermería especializada en pacientes crónicos, un médico de Atención Primaria (MAP) y un médico especialista en Psiquiatría.

Además, se contó con la presencia de representantes de las siguientes Asociaciones de Pacientes (AAPP): Confederación Española de Alzheimer (CEAFA), Federación Española de Diabetes (FEDE) y Asociación de Familiares y Enfermos de Fibrosis Pulmonar Idiopática, Fibrosis Familiar y trastornos relacionados (AFEFPPI).

Ambas encuestas estuvieron compuestas por dos partes: una primera centrada en la ruta asistencial y la experiencia que el paciente crónico tiene durante su contacto con el profesional sanitario, con el fin de conocer su opinión sobre la importancia de la FC dentro de la ruta asistencial y los Servicios que ofrecen, y una segunda parte centrada en los SPFA, con el objetivo de conocer el uso y valoración que los pacientes crónicos hacen de ellos, así como la relación y visión que tienen del farmacéutico como profesional sanitario.

Las encuestas se enviaron tanto a los miembros del CC como a los pacientes a través de las AAPP participantes, como paso previo a las reuniones programadas. Se recibieron respuestas de siete profesionales sanitarios y de 56 pacientes de las distintas patologías crónicas. El análisis de estas permitió obtener los primeros resultados, favoreciendo así el diseño de las dinámicas de debate en torno a las cuales se desarrollaron después reuniones *online* de dos horas de duración con profesionales sanitarios y representantes de las AAPP.

Durante las dos primeras reuniones online de trabajo, primero con el CC el 8 de junio de 2022 y después con los representantes de las AAPP participantes el 1 de julio de 2022, se expusieron los resultados analizados de las encuestas y se debatió para obtener un consenso sobre la valoración de la experiencia de los pacientes para cada fase de la ruta asistencial, así como sobre aquellos SPFA que tienen un mayor interés para mejorarla. Además, durante estas reuniones se formularon cinco preguntas abiertas de interés para el objetivo del proyecto, que los participantes contestaron por turnos.

A través de este trabajo se buscó determinar el mapa de empatía para el paciente crónico en España, así como poner en valor los SPFA y los beneficios que pueden aportar en la ruta asistencial, haciendo que las expectativas del paciente mejoren.



Posteriormente se analizaron las conclusiones de ambos debates, detectándose una serie de similitudes y discrepancias entre ambos grupos, que se plasmaron en el mapa de empatía común.

3. Definir soluciones para la integración de los SPFA en el proceso

Durante una tercera reunión de carácter *online* y con una duración también de dos horas, el 11 de julio de 2022, en presencia tanto de los profesionales sanitarios como de los representantes de las AAPP, se expuso el *service blueprint* resultante del trabajo anterior.

El objetivo de la reunión fue definir, de manera conjunta, cuáles de los Servicios realizados por el farmacéutico aportaban un valor diferencial y mejoraban la experiencia del paciente si se incorporasen a la ruta asistencial.

Este objetivo se tuvo presente durante todo la reunión, pero especialmente en aquellas fases en las que la valoración fue muy negativa o en las que se detectó una mayor diferencia entre la visión del grupo de profesionales y la del grupo de pacientes.

4. Proponer la forma de implementar las soluciones

En la última fase del proyecto, el CC abordó los ejes estratégicos que deben dirigir las acciones para implementar los SPFA en el proceso asistencial del paciente crónico. Se celebró una reunión de trabajo presencial en la sede del CGCOF en Madrid el 6 de octubre de 2022 en la que, tomando como base la información reflejada en el *service blueprint* y los Servicios previamente seleccionados para cada una de las fases de la ruta asistencial, se definieron las necesidades en torno al espacio, los recursos y la formación necesaria para la FC, sus trabajadores y otros agentes implicados. También durante la reunión se detectaron las barreras u obstáculos que pacientes y profesionales consideran que existen para la implementación efectiva de los Servicios en el sistema asistencial.

La dinámica consistió en dar un tiempo para que cada asistente enumerase las necesidades de espacio, recursos y formación, así como los retos a los que, en su opinión, se enfrenta la Farmacia Comunitaria, para después repasar los resultados obtenidos, aclarar las dudas que pudiesen surgir y, finalmente, generar espacio de debate.

Con toda la información obtenida, se definieron las líneas estratégicas de acción que se recogen al final del presente documento.



2. PATIENT JOURNEY DEL PACIENTE CRÓNICO

La **ruta asistencial** es un proceso en el que están implicados un conjunto de profesionales sanitarios coordinados con el fin de dar solución a un problema de salud específico, es decir, se trata de dar respuesta a escenarios previsibles eliminando la incertidumbre¹.

Las enfermedades crónicas son responsables del 80% de las consultas en AP y del 60% de los ingresos hospitalarios, generando hasta el 70% del gasto sanitario². Como se trata de patologías que no se curan, las actuaciones deben ir dirigidas a los sistemas de organización de los Servicios de salud, con el fin de conseguir un mejor control en la prevención y gestión de dichas enfermedades.

La meta de crear estas rutas asistenciales es, por tanto, quíntuple¹:

- Mejorar la atención.
- Mejorar los cuidados.
- Mejorar la sostenibilidad del sistema.
- Mejorar la satisfacción del profesional sanitario.
- Mejorar la satisfacción del paciente.

Se busca integrar al paciente y su visión en las distintas etapas del proceso asistencial, describiendo el proceso real y el óptimo para conocer sus diferencias y poder mejorarlo, aumentando su conocimiento respecto a los SPFA y el papel que debería jugar la Farmacia Comunitaria desde su perspectiva en todo este proceso.

Así pues, el **patient journey** (PJ) mejora el proceso asistencial incorporando la visión del paciente y es un complemento del sistema asistencial. La experiencia del paciente tiene en cuenta cuatro aspectos relevantes:

1. El paciente vive la experiencia que la FC puede/quiere ofrecer a través de sus profesionales farmacéuticos, por tanto, es fundamental entender cómo estos entienden y ven al paciente.
2. No depende únicamente del acceso del paciente a determinados Servicios, sino de su experiencia al interactuar con ellos, con los profesionales a cargo y de la solución a necesidades concretas.
3. El PJ no puede contemplar los SPFA de manera independiente, sino que debe mantener una coherencia, continuidad y comunicación constante, percibida por el paciente en cualquiera de los momentos de la ruta asistencial.
4. Todo lo mencionado anteriormente implica un seguimiento en el tiempo a través de mediciones y marcadores clave que permiten identificar planes de mejora continua desde la perspectiva del paciente.

¹Fernández Planelles MC, Gil Estevan MD, Calvo Pérez M, Jover Rico R, Ponce Lorenzo F, Torrente Blasco A. Rutas asistenciales como herramienta de gestión y cambio. Consellería de Salud Universal y Salud Pública. Elda. Premios Profesor Barea. 16.a Edición 2018. [Internet] https://www.fundacionsigno.com/archivos/16_barea_2018/07_Rutas_asistenciales.pdf

²Fernández Planelles MC, Gil Estevan MD, Jover-Rico R. Ruta asistencial para la diabetes mellitus tipo 2. Departament de Salut. Comunitat Valenciana. ©Méderic Ediciones, S.L.; 2015. [Internet] <http://elda.san.gva.es/documents/6521643/c8318bae-4f4b-4fed-9e1d-f92c3827a18b>



Al construir un PJ es necesario evitar los siguientes errores:

5. **Dar por hecho lo que el paciente quiere**, siendo indispensable identificar las necesidades reales a través de conversaciones con este.
6. **Tardar en generar un cambio y proponer soluciones demasiado complejas** en su aplicación que no impacten directamente en la experiencia del paciente.
7. **Manejar falsas expectativas** respondiendo a las necesidades del paciente y proponiendo soluciones ideales y poco aplicables en el proceso actual. Por tanto, es indispensable mantener el PJ como guía en la mejora incremental de la experiencia.
8. **Querer complacer los deseos de todos los involucrados**, lo que puede desviar los objetivos y propósitos de la FC, debiendo estar claros desde el principio.

En la Tabla 1. se representan de manera gráfica las fases del PJ, indicándose el objetivo, los profesionales sanitarios que intervienen y el lugar donde se desarrolla cada una de ellas. Debido a que actualmente la FC no se considera un agente activo en el sistema sanitario de nuestro país, no se ven reflejados en la tabla los momentos de interacción entre paciente y farmacéutico, ni la Farmacia como lugar de intervención.

Además, para la confección de la ruta asistencial se define el perfil del paciente como un individuo que actualmente no toma ninguna medicación de manera crónica, no tiene ninguna patología autolimitada ni crónica y que será diagnosticado al inicio de esta ruta de alguna enfermedad crónica similar a las que se han tomado de referencia durante el proyecto: diabetes, Alzheimer, FPI y esquizofrenia.

Tabla 1. Descripción general de las fases del patient journey (PJ)

| Fase | Detección | Diagnóstico | Tratamiento farmacológico | Educación sanitaria | Tratamiento no farmacológico | Seguimiento | Ajuste del tratamiento | Apoyo y soporte |
|-----------------|--|--|---|--|--|--|--|--|
| Objetivo | Relacionar una serie de síntomas con una posible patología | Confirmar la presencia de la patología | Controlar o remitir los síntomas de la patología y prevenir posibles complicaciones | Modificar los hábitos y promover las conductas que mejoren la evolución del paciente | Implementar medidas en el estilo de vida para prevenir, controlar y reducir los síntomas | Asegurar el control a través del tratamiento, así como la adherencia al mismo | Modificar la medicación por mal control o tras un evento adverso | Garantizar el acceso a las ayudas disponibles y crear un espacio que mejore la comunicación sanitario-paciente-familia |
| Quién | Médico de Atención Primaria (MAP)/ Profesional de Enfermería | Médico especialista | Médico especialista | Profesional de Enfermería | Médico de Atención Primaria (MAP)/Médico especialista/ Profesional de Enfermería/ Psicólogo/ Trabajador social | Médico de Atención Primaria (MAP)/ Profesional de Enfermería/ Trabajador social/Médico especialista/ Fisioterapeuta/ Psicólogo | Médico de Atención Primaria (MAP)/Médico especialista | Profesional de Enfermería/ Trabajador social/ Asociaciones de pacientes/ Psicólogo |
| Dónde | Centro de salud | Hospital/ Centro de especialidades | Hospital/ Centro de especialidades | Centro de salud/Hospital/ Centro de especialidades | Centro de salud/ Hospital/ Centro de especialidades | Centro de salud/ Hospital/ Centro de especialidades | Centro de salud/Hospital/ Centro de especialidades | Centro de salud/Hospital/ Domicilio/ Instalaciones de las Asociaciones |



2.1 Detección

Detección: proceso por el cual la aparición de unos síntomas se relaciona con una posible patología para cuya confirmación son necesarias una serie de pruebas clínicas³.

Esta fase comienza cuando el paciente es consciente de una serie de síntomas que no consigue controlar con medidas higiénico-dietéticas o medicamentos sin prescripción médica y acude al **MAP** o **profesional de Enfermería** en el **centro de salud**.

El profesional sanitario realiza una serie de pruebas clínicas según la sintomatología y cita de nuevo al paciente para explicar los resultados y derivar al especialista en caso de confirmar el diagnóstico de sospecha.

2.2 Diagnóstico

Diagnóstico: proceso en el que se identifica una enfermedad, afección o lesión por sus signos y síntomas³.

El paciente acude a su cita con el **médico especialista** derivado por su MAP, en el **hospital** o **centro de especialidades**, donde se realizan una serie de pruebas diagnósticas (análisis, biopsias, examen físico o pruebas con imágenes) en función de la patología de la que se sospecha, tras las cuales se cita de nuevo al paciente, ya con los resultados, para presentar el diagnóstico.

2.3 Tratamiento farmacológico

Tratamiento farmacológico: uso de cualquier sustancia, diferente de los alimentos, para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal. También se conoce como farmacoterapia, terapia medicamentosa o tratamiento con medicamentos³.

El tratamiento farmacológico lo indica el **médico especialista** tras la obtención de resultados y diagnóstico de la patología en el **hospital** o **centro de especialidades**.

2.4 Educación sanitaria

Educación sanitaria: proceso que informa, motiva y ayuda a la población para adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables (alimentación, ejercicio físico, hábitos, etc.), con el fin de facilitar al individuo la toma de decisiones autónomas y responsables, ofreciendo conocimientos y capacidad práctica para resolver los problemas de salud⁴.

³NIH. Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer del NCI [Internet] <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/diagnostico>

⁴Carretero Municio R, García Montero S, Herrero de Frutos T, Merino Ares C. Importancia de la educación sanitaria al paciente inmovilizado con yeso. Enfermería de urgencias. [Internet] http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2007/diciembre/educacionsanitaria.pdf



Una vez diagnosticada la patología e instaurado el tratamiento el **profesional de Enfermería** se encarga de la **educación sanitaria** del paciente y su familia/cuidador en el propio **hospital, centro de especialidades** o **centro de salud**.

2.5 Tratamiento no farmacológico

Tratamiento no farmacológico o acciones complementarias al tratamiento: implementación de medidas en el estilo de vida del paciente para prevenir, controlar y reducir los síntomas, mejorando su calidad de vida y la evolución de su enfermedad.

El **MAP**, el **profesional de Enfermería**, el **médico especialista**, el **psicólogo** y también los **trabajadores sociales** son los encargados de este tratamiento desde sus respectivos centros de trabajo.

Aunque también puede hablarse de tratamiento no farmacológico cuando no se utilizan estas sustancias, sino diferentes técnicas para prevenir, controlar y reducir los síntomas del deterioro cognitivo leve⁵ que se incluyen en el plan individualizado de tratamiento (PIT) del paciente.

El tratamiento no farmacológico lo asigna un **psicólogo** o **trabajador social** en el **hospital** o **centro de especialidades** y puede ser conducido por **profesionales de Enfermería** también desde el **centro de salud**. Además, el **MAP** y el **médico especialista** aportan las recomendaciones del tratamiento no farmacológico que consideren importantes.

2.6 Seguimiento

Seguimiento: acciones posteriores al diagnóstico y al arranque del tratamiento que permiten mejorar la vida del paciente y que ponen especial atención en la detección, prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación⁶, así como en las técnicas y ejercicios relacionados con el deterioro cognitivo⁴.

Esta fase la dirigen los agentes de salud implicados (**MAP/especialista/ profesional de Enfermería / trabajador social/psicólogo/fisioterapeuta**), tanto en el **centro de salud** como en el **hospital** o **centro de especialidades**, según corresponda.

2.7 Ajuste terapéutico

Ajuste terapéutico: cambios necesarios en la medicación, apoyadas o no en determinadas pruebas clínicas, para la detección, prevención y resolución de eventos adversos y recuperación del estado de salud anterior a ellos.

Si durante la fase de seguimiento el paciente o cualquiera de los agentes sanitarios implicados detectan algún evento adverso relacionado con el tratamiento (farmacológico o no), el paciente será de nuevo

⁵Romero Reyes YY, Andrade Valbuena LP. ¿Es posible impedir el progreso del deterioro cognitivo leve por medio de tratamientos no farmacológicos? Rev Colomb Psiquiatr. 2021 Aug 23;S0034-7450(21)00128-1. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.07.002>

⁶Sabater Hernández D. PRM, RNM, Seguimiento Farmacoterapéutico y sus características. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Programa DADER. SEFH. [Internet] https://www.sefh.es/sefhformacion/pdfs/RNM_PRM_SFT.pdf



derivado al **médico especialista** en el **hospital** o **centro de especialidades** para realizar el ajuste terapéutico. Igualmente, podrá ser atendido por su **MAP** en el **centro de salud** para el ajuste terapéutico dependiendo de la patología y de su gravedad.

2.8 Apoyo y soporte

Existe una **red de apoyo y soporte en la Sanidad Pública apoyada por asociaciones de pacientes** que proporcionan el soporte y acceso a la ayuda necesaria para afrontar la vida tras el diagnóstico de una patología crónica.

Sirven para dar formación, entrenamiento, información, apoyo psicológico y herramientas a los pacientes y profesionales sanitarios, así como ayuda económica y asistencial⁷.

Además, es fundamental conocer qué piensa el paciente sobre la adherencia a su tratamiento y la percepción que tiene de la misma. Mejorar la comunicación profesional sanitario-paciente es básico para mejorar esa adherencia⁷.

Psicólogos, profesionales de Enfermería, trabajador social en el **centro de salud**, así como **asociaciones de pacientes** en sus propias **instalaciones**, coordinadas muchas veces con los agentes anteriores, se encargan del **apoyo y soporte** a pacientes, familiares y cuidadores.

⁷IX Jornada Científica de Adherencia. Madrid, 16 de noviembre 2021. [Internet] <https://www.phmk.es/farmacia/el-desarrollo-y-ejecucion-de-distintos-programas-de-adherencia-son-ya-una-realidad-que-ayudara-a-disminuir-costes-sanitarios-no-productivos>



Tabla 2. Tabla resumen de los momentos identificados para una de las fases de la ruta asistencial

| Fase | | Momentos clave identificados para cada fase | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|---|----------------------------|--|--|
| Detección | Sospecha de enfermedad leve | Autocuidado | Cita 1 con Atención Primaria (AP): diagnóstico de sospecha | Realización de pruebas clínicas | Obtención de resultados | Cita 2 con Atención Primaria (AP): análisis de resultados y tratamiento inicial | Derivación al especialista | | |
| | Cita sucesiva con Atención Primaria (AP) | Cita 1 con especialista | Realización de pruebas diagnósticas | Obtención de resultados | Cita 2 con especialista: diagnóstico de certeza | | | | |
| Tratamiento farmacológico | Cita 2 con especialista: prescripción del tratamiento inicial | Consenso sobre el tratamiento con el paciente/cuidador | Inicio del tratamiento farmacológico | Información sobre el uso de los medicamentos | Manejo de los medicamentos (inhaladores, inyecciones, etc.) | | | | |
| | Cita con profesional de Enfermería | Alfabetización en salud | Concienciación de la enfermedad | Aceptación de la enfermedad | Adherencia al tratamiento | | | | |
| Acciones complementarias a la medicación | Cita sucesiva con Atención Primaria (AP) y/o profesional de Enfermería | Información al paciente sobre el plan individualizado de tratamiento (PIT) | Dotación de pautas de estilo de vida | Consenso con el paciente/cuidador | | | | | |
| | Cita sucesiva con Atención Primaria (AP) y/o profesional de Enfermería | Revisión del pruebas clínicas | Revisión del plan individualizado de tratamiento (PIT) y control de la medicación | Derivación al médico especialista si fuese necesario | Revisión de la efectividad del tratamiento en el control de la patología y de la aparición de reacciones adversas | | | | |
| Ajuste terapéutico | Cita sucesiva con médico especialista | Realización de pruebas clínicas | Obtención de resultados | Ajuste del tratamiento si fuese necesario | | | | | |
| | Cita 1 con personal de apoyo | Puesta en marcha de las herramientas de apoyo y ayudas | Contacto periódico entre el paciente y el personal de apoyo | | | | | | |



3. SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS ASISTENCIALES (SPFA)

Los **Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA)** se definen como “aquellas actividades sanitarias prestadas desde la FC por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando así un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos farmacológicos. Dichas actividades, alineadas con los objetivos generales del SNS, tienen entidad propia, con definición, fines, procedimientos y sistemas de documentación, que permiten su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad”⁸.

El farmacéutico ha de conocer la información que le debe proporcionar al paciente para obtener su consentimiento, como se recoge en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁹.

En España el grupo de trabajo constituido por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), la Fundación Pharmaceutical Care España, la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC) y Comunitaria (SEFAC), el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (GIAF) de la Universidad de Granada y la Conferencia Nacional de Decanos bajo la denominación de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC) alcanzó un consenso en 2008 sobre los SPFA con el objetivo de generar acuerdos para la implantación de los mismos. Además, realizó una clasificación de Servicios en dos grandes grupos (Servicios de Atención Farmacéutica y Servicios relacionados con la salud comunitaria), que fue publicada en la *Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales* de 2010 y en su actualización de 2019⁸.

Según esta guía, los SPFA se clasifican en⁸:

- Servicios de Atención Farmacéutica:
 - Servicios orientados al proceso de uso de los medicamentos:
 - Dispensación
 - Indicación farmacéutica
 - Conciliación de la medicación
 - Adherencia terapéutica

⁸Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2019. [Internet] <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2021/02/2021-guia-practica-spfa.pdf>

⁹Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, de 15/11/2002. [Internet] <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>



- Revisión de botiquines
- Formulación magistral (FM)
- Revisión del uso de los medicamentos (RUM)
- Asesoramiento sobre medicamentos
- Servicios orientados a evaluar y mejorar los resultados de los medicamentos en salud:
 - Seguimiento farmacoterapéutico (SFT)
 - Farmacovigilancia (FV)
- Servicios relacionados con la salud comunitaria:
 - Promoción de la salud
 - Educación sanitaria
 - Información sanitaria
 - Prevención de la enfermedad (cribados, detección de enfermedades ocultas, participación en programas de inmunización)
 - Medidas de parámetros clínicos (pulso, presión arterial, peso, talla, índice de masa corporal, etc.)
 - Apoyo colaborativo al diagnóstico por el médico
 - Asesoramiento nutricional
 - Programa de intercambio de jeringuillas
 - Cesación tabáquica

Además, también en Foro AC-FC se han consensuado las definiciones para determinados Servicios, que se exponen a continuación⁸:

Se define el SPFA de **Dispensación** como el Servicio encaminado a garantizar que los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, tras una evaluación individual, reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto proceso de uso y de acuerdo con la normativa vigente. Se considera un Servicio esencial del ejercicio profesional del farmacéutico, permite garantizar el acceso de la población a los medicamentos, ofrecer información suficiente para que los pacientes conozcan la correcta utilización de estos, así como evitar y corregir algunos problemas relacionados con los medicamentos.

La **Indicación Farmacéutica** se define como el Servicio prestado ante la consulta de un problema de salud concreto, para un paciente o cuidador que llega a la farmacia solicitando el remedio más adecuado para el mismo. Se simboliza con la frase: "¿Qué me da para...?" y en él, el farmacéutico, como agente sanitario, desarrolla un papel fundamental en la mejora/alivio de problemas de salud autolimitados, y, en caso de indicar un medicamento que no precisa prescripción médica, optimiza el uso de la medicación.

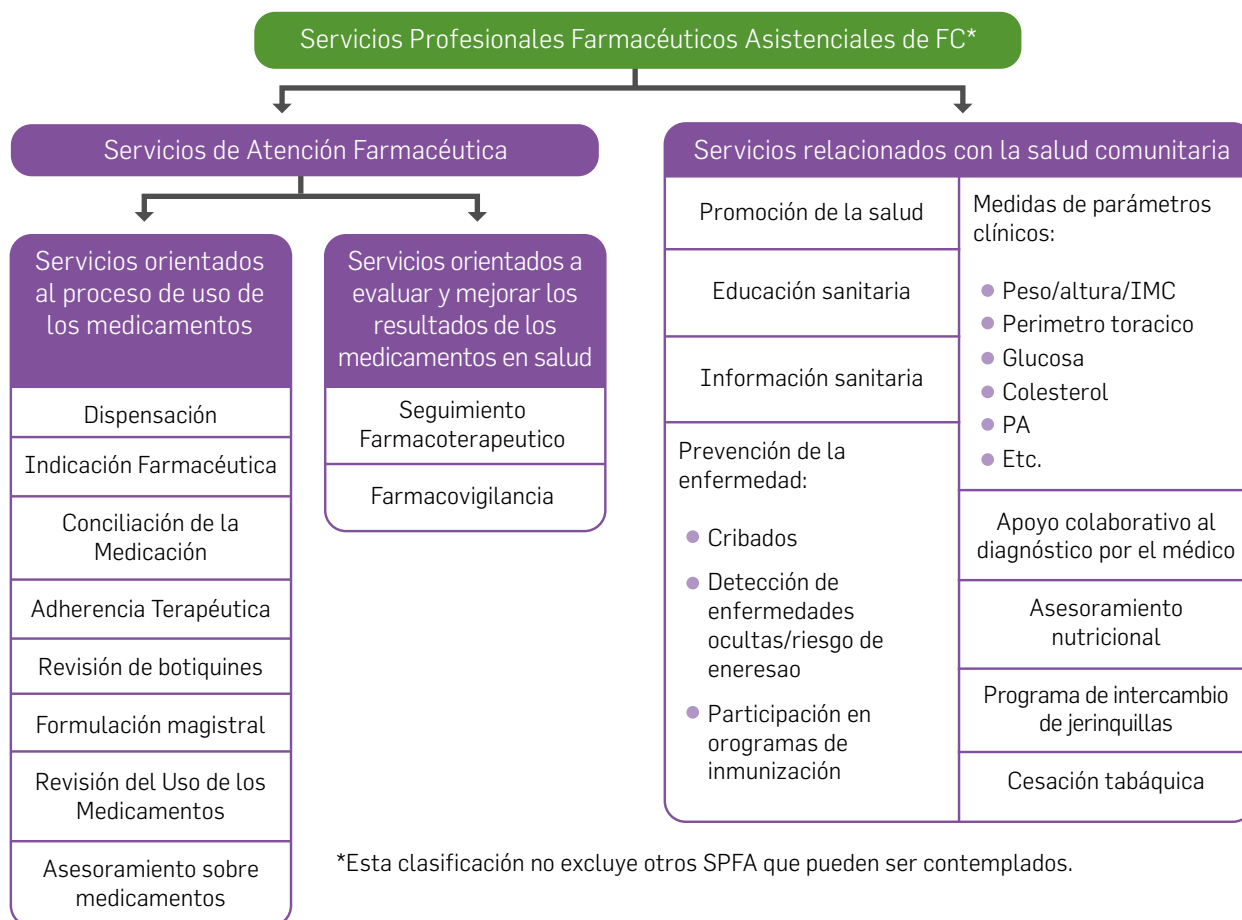


Figura 2. Clasificación de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) de la Farmacia Comunitaria (FC) consensuados por Foro AF-FC.

Se define el SPFA de **Conciliación de la medicación** como el Servicio en el que el farmacéutico realiza una comparación sistemática y protocolizada de la lista de medicamentos utilizados por el paciente, antes y después de una transición entre niveles asistenciales, con el fin de identificar, clasificar, evaluar y resolver posibles discrepancias en coordinación, si procede, con otros profesionales sanitarios implicados. Contribuye, por tanto, a evitar posibles daños generados por el uso de los medicamentos.

Se considera el SPFA de **Adherencia Terapéutica** como el Servicio profesional en el que el farmacéutico, mediante su intervención, colabora activamente con el paciente para que, de forma voluntaria, siga las recomendaciones del agente sanitario en relación con el adecuado proceso de uso de los medicamentos y productos de salud, con los hábitos higiénico-dietéticos y/o con el estilo de vida, para conseguir los resultados esperados en la salud del paciente. E incluye tanto el comportamiento de los pacientes en relación con sus tratamientos farmacológicos como el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas o la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes.

El **Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)** es el Servicio encaminado a garantizar el adecuado uso de los medicamentos y productos sanitarios, según las necesidades clínicas de cada paciente y tiene como objetivo la detección de algún problema relacionado con los medicamentos, para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación.

Se sigue trabajando actualmente para alcanzar un consenso que permita definir el resto de los Servicios.



4. ENCUESTA A PACIENTES Y PROFESIONALES

A través de una encuesta (Anexo 2) se buscó conocer la opinión de pacientes crónicos con una serie de patologías (diabetes, Alzheimer y FPI), así como del grupo de profesionales sanitarios que participaron como miembros del comité científico (CC). En ambos casos la encuesta estaba estructurada en dos partes.

La **primera parte** tenía como objetivo **explorar la experiencia del paciente crónico en la ruta asistencial**. Estaba compuesta por tres preguntas tipo *test* para valorar la importancia que para el paciente tienen los distintos momentos de interacción con el profesional sanitario, saber lo que hace, siente y los problemas a los que se enfrenta, así como conocer las percepciones que experimenta entre un listado propuesto, valorando todo ello para cada una de las diferentes fases de la ruta asistencial.

La **segunda parte** tenía como objetivo **explorar los SPFA desde la perspectiva del paciente crónico**. Estaba compuesta por 10 preguntas en las que valorar los Servicios más y menos demandados para cada fase, la importancia que tienen determinados Servicios y la frecuencia óptima para su realización, y también conocer la calidad y frecuencia de la atención farmacéutica. Por último, se incluyeron una serie de preguntas para saber cuáles son los Servicios que más se conocen.

Tras su envío, directamente a los miembros del CC y a los pacientes crónicos a través de las diferentes AAPP participantes (CEAFA, FEDE y AFEFPI), la encuesta fue respondida por los siete profesionales sanitarios que conforman el CC del proyecto y por 56 pacientes, cuyos resultados se analizaron posteriormente.

PARTE I: Experiencia del paciente crónico en la ruta asistencial

La primera parte de la encuesta buscaba conocer la experiencia del paciente crónico en la ruta asistencial, así como la importancia que los distintos momentos de interacción entre el paciente y el profesional sanitario tienen para ellos en cada fase.

Se pidió a los participantes que puntuasen de 1 a 5, según su importancia, cada uno de dichos momentos.

La Tabla 3 muestra la selección de los momentos específicos de interacción considerados como más importantes, resaltados en negrita aquellos en los que ambos grupos coincidieron, así como la puntuación otorgada, pudiéndose apreciar las primeras similitudes y divergencias de opinión entre ambos grupos.

La selección coincidió en ambos grupos para la mayoría de las fases, existiendo coincidencia en las fases de Diagnóstico, Educación sanitaria, Acciones complementarias a la medicación, Ajuste terapéutico y Apoyo y soporte.

Existieron, sin embargo, discrepancias para las fases de Detección, Tratamiento farmacológico y Seguimiento. En esos tres momentos se pudo apreciar que el paciente valoraba más aquellos aspectos que le influyen directamente en su enfermedad o tratamiento y no tanto aquellos en los que necesariamente hay interacción con el profesional sanitario, como demuestra la elección, por ejemplo, de inicio del tratamiento en lugar de segunda cita con médico especialista o de revisión de la efectividad del tratamiento en vez de citas sucesivas en la fase de seguimiento.

Así mismo, se apreció que los pacientes daban más importancia al nivel asistencial especializado frente a la AP y también que el paciente crónico tiene una visión retrospectiva de la ruta asistencial global y la valora en su conjunto, mientras que los profesionales consiguen valorar cada fase y momento por separado.



Tabla 3. Tabla resumen de los momentos más importantes para cada fase

| Fase | Profesionales | % | Pacientes | % |
|---|---|---------|---|--------|
| Detección | Cita 2 con médico de Atención Primaria (MAP): análisis de resultados | 100,00% | Derivación al médico especialista | 94,40% |
| Diagnóstico | Cita sucesiva con Atención Primaria (AP) | 91,40% | Cita 2 con médico especialista: diagnóstico de certeza | 95,00% |
| | Cita 2 con médico especialista: diagnóstico de certeza | 91,40% | | |
| Tratamiento farmacológico | Cita 2 con médico especialista: prescripción del tratamiento específico | 97,20% | Inicio del tratamiento | 90,20% |
| | Manejo de los medicamentos complejos como insulina o inhaladores | 97,20% | | |
| Educación sanitaria | Adherencia al tratamiento | 100,00% | Adherencia al tratamiento | 95,40% |
| Acciones complementarias a la medicación | Información al paciente sobre el plan individualizado de tratamiento (PIT) | 97,20% | Información al paciente sobre el plan individualizado de tratamiento (PIT) | 89,40% |
| Seguimiento | Citas sucesivas | 97,20% | Derivación al médico especialista si fuese necesario | 93,20% |
| | | | Revisión de la efectividad del tratamiento | 93,20% |
| Ajuste terapéutico | Ajuste del tratamiento si fuese necesario | 94,20% | Ajuste del tratamiento si fuese necesario | 94,00% |
| Apoyo y soporte | Cita 1 con personal de apoyo | 94,20% | Cita 1 con personal de apoyo | 87,60% |
| | Puesta en marcha de herramientas de apoyo y ayudas | 94,20% | Contacto periódico | 87,60% |

A través de esta encuesta, se obtuvieron muchos datos relevantes sobre cómo el paciente actúa y siente, a qué problemas se enfrenta y qué resultados esperados tiene de cada una de las fases.

Al analizar las respuestas y comparar ambos grupos, a pesar de ser muy similares, se vieron ciertos matices en las respuestas de los pacientes o cuidadores, que pusieron de manifiesto que son ellos los que sufren la enfermedad y sus consecuencias en el día a día.

Respecto a **cómo actúa el paciente** durante las diferentes fases de la ruta asistencial, ambos grupos respondieron de manera similar y consideraron que "se consulta con el médico, se busca apoyo o se busca información en internet sobre sus síntomas, la patología, el tratamiento y la evolución de la enfermedad".

Ahora bien, mientras que los profesionales sanitarios sí incluyeron la figura del farmacéutico como profesional al que los pacientes acuden a preguntar, estos no lo mencionaron en ninguna de las fases. Este hecho indica la necesidad del farmacéutico de posicionarse como figura sanitaria en todos los sentidos y no únicamente en la dispensación y el consejo farmacéutico.



Tabla 4. Tabla resumen de las respuestas sobre cómo actúa y qué siente el paciente, a qué problemas se enfrenta y qué resultados espera de cada una de las fases

| | Profesionales | Pacientes |
|------------------------------|--|---|
| ¿Qué hace? | <ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico • Consulta con el farmacéutico • Busca en internet • Busca apoyo | <ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico • Busca en internet • Nada, espera • Busca apoyo • Sigue las pautas |
| ¿Qué siente? | <ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos negativos: miedo, angustia, rechazo, cansancio, tristeza, baja autoestima y estigmatización • Sentimientos positivos: escucha activa | <ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos negativos: miedo, nervios, angustia, inseguridad, incredulidad, tristeza, pena, soledad y estigmatización • Sentimientos positivos: cariño, calma, esperanza y paciencia |
| ¿Qué problemas tiene? | <ul style="list-style-type: none"> • Retraso en el diagnóstico • Empeoramiento de los síntomas • Exceso o falta de información • Adherencia y complicaciones con el tratamiento • Problemas económicos, de acceso o falta de conocimiento de ayudas | <ul style="list-style-type: none"> • Retraso en el diagnóstico y en la consulta • Empeoramiento de los síntomas • Exceso o falta de información • Adherencia y complicaciones con el tratamiento • Falta de nuevos tratamientos • Nada, ninguno |
| ¿Qué espera? | <ul style="list-style-type: none"> • Desaparición de los síntomas • Diagnóstico rápido y tratamiento efectivo • Apoyo, ayuda y comprensión • Participación en las decisiones • Buena coordinación entre Atención Primaria (AP) y Farmacia Comunitaria (FC) | <ul style="list-style-type: none"> • Desaparición de los síntomas • Diagnóstico rápido y tratamiento efectivo • Apoyo, ayuda y comprensión • Avances médicos • Nada |

Además, llamó la atención que los pacientes respondiesen “no hacer nada” en numerosas preguntas, lo que se traduce en un rasgo de pasividad que se repite a lo largo de toda la encuesta, que bien podría estar relacionada con la **indefensión aprendida**, esa condición de un ser humano o animal que ha aprendido a comportarse pasivamente, con la sensación subjetiva de no tener la capacidad de hacer nada y que no responde a pesar de que existen oportunidades reales de cambiar la situación aversiva, evitando las circunstancias desagradables o mediante la obtención de recompensas positivas, muy común en los pacientes crónicos.

Respecto a **los sentimientos del paciente**, ambos grupos de nuevo coincidieron en gran parte de las respuestas, especialmente en los sentimientos de carácter negativo, como miedo, angustia, tristeza, estigmatización, etc. En el grupo de pacientes estos sentimientos se detectaron con mayor grado de severidad y fueron mucho más variados y específicos. Pero también se observó que los pacientes describían una serie de sentimientos positivos, como cariño, calma, esperanza y paciencia, que no se señalaban en el grupo de profesionales.

Analizados los **problemas a los que los pacientes se enfrentan**, de nuevo existió coincidencia entre las respuestas de ambos grupos, pero mientras que los profesionales incluyeron la economía y el acceso a las ayudas ofrecidas como posibles problemas a tener en cuenta, los pacientes se hicieron eco del retraso en las consultas y la falta de nuevos tratamientos, aunque muchos comentaron “no tener ningún problema”. Esto se podría justificar por esa indefensión aprendida antes comentada o también por el hecho de que los pacientes se basan más en lo que les afecta directamente, como la falta de tratamientos efectivos en la actualidad.

Al ser preguntados sobre **qué esperar de cada fase**, ambos grupos coincidieron en la necesidad de “un diagnóstico rápido y un tratamiento eficaz, así como en la necesidad de apoyo y comprensión hacia el paciente”. Además, el grupo de profesionales opinó que el paciente “busca participar en las decisiones y que demanda una buena coordinación entre AP y FC”. Por su parte, los pacientes demandaron avances médicos,



detectándose nuevamente en sus respuestas esa negatividad o indefensión aprendida, algo que quizás se justifica con el pronóstico de enfermedades como Alzheimer y fibrosis pulmonar, para las que no hay tratamiento ni curación actualmente.

Posteriormente se proporcionó un listado de siete percepciones que el paciente podría experimentar durante su recorrido por la ruta asistencial y se pidió a los participantes que seleccionasen aquellas tres que, en su opinión, percibían con mayor frecuencia.




Ese listado de percepciones fue el siguiente:

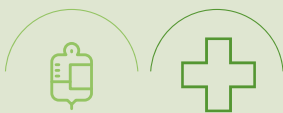
- Intervención en las decisiones clínicas.
- Accesibilidad al profesional por múltiples vías.
- Diálogo con el profesional sanitario.
- Seguridad.
- Empatía.
- Personalización.
- Disponibilidad de recursos.

De ellas, como se observa en la Tabla 5, ambos grupos coincidieron en destacar la personalización y el diálogo con el profesional sanitario como aquellas más frecuentes a lo largo de la ruta asistencial.

También hubo coincidencias en las valoradas como menos frecuentes, pues ambos grupos incluyeron la disponibilidad de recursos y la intervención en las decisiones clínicas. Esta última percepción aparecía, sin embargo, entre las mencionadas por el grupo de profesionales cuando se les preguntó en relación con lo que el paciente espera.

Ahora bien, existieron también algunas divergencias. Así, mientras el grupo profesional consideró la empatía entre las percepciones más frecuentes, el grupo de pacientes la valoró como la menos frecuente. Con respecto a la accesibilidad al profesional por múltiples vías, algo que va muy alineado con el desarrollo de las nuevas tecnologías en el campo de la salud, el grupo de pacientes lo consideró importante, mientras que el grupo profesional no.

| Tabla 5. Tabla resumen de las percepciones más y menos experimentadas por el paciente | | |
|---|--|---|
| | Profesionales | Pacientes |
| Percepciones |  <ul style="list-style-type: none"> • Personalización • Diálogo con el profesional sanitario • Empatía • Seguridad • Accesibilidad al profesional por múltiples vías |  <ul style="list-style-type: none"> • Diálogo con el profesional sanitario • Personalización • Accesibilidad al profesional por múltiples vías • Seguridad |
| |  <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de recursos • Intervención en las decisiones clínicas |  <ul style="list-style-type: none"> • Intervención en las decisiones clínicas • Disponibilidad de recursos • Empatía |



Toda esta información sugiere que el paciente busca un profesional más accesible, por múltiples vías, con el que se pueda dialogar, que esté centrado en sus problemas, que exista cierto grado de personalización a lo largo de toda la ruta asistencial y que aporte soluciones rápidas y eficaces, favoreciendo la desaparición de los síntomas, para afrontar con éxito los problemas a los que se enfrenta y superar los sentimientos que su enfermedad le produce.

PARTE II: Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) desde la perspectiva del paciente crónico

Durante la segunda parte de la encuesta se pretendió explorar los SPFA que se ofrecen en la FC desde la perspectiva del paciente crónico. Entre todos los Servicios disponibles se pidió a los participantes que seleccionasen aquellos de los que, en su opinión, el paciente crónico hacía un mayor uso para cada una de las fases de la ruta asistencial.

En la Tabla 6 se muestra la selección de SPFA realizada tanto por pacientes como por el grupo de profesionales, pudiéndose observar aquellos en los que coincidieron (resaltados en negrita) y aquellos en los que no.

Tabla 6. Tabla resumen de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) más y menos demandados

| Tipo de SPFA | Profesionales | | Pacientes | |
|---|---|---|---|--|
| | Mayor demanda | Menor demanda | Mayor demanda | Menor demanda |
| Orientados al proceso de uso de los medicamentos | <ul style="list-style-type: none"> Asesoramiento sobre medicamentos Revisión del uso de medicamentos (RUM) Indicación farmacéutica | <ul style="list-style-type: none"> Formulación magistral (FM) Revisión de botiquines Dispensación | <ul style="list-style-type: none"> Conciliación de la medicación Dispensación Adherencia terapéutica | <ul style="list-style-type: none"> Formulación magistral (FM) Revisión de botiquines Revisión del uso de medicamentos (RUM) |
| Orientados a evaluar y mejorar los resultados de los medicamentos en salud | <ul style="list-style-type: none"> Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) Farmacovigilancia (FV) | <ul style="list-style-type: none"> Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) Farmacovigilancia (FV) | <ul style="list-style-type: none"> Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) Farmacovigilancia (FV) | <ul style="list-style-type: none"> Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) Farmacovigilancia (FV) |
| Relacionados con la salud comunitaria | <ul style="list-style-type: none"> Cesación tabáquica Asesoramiento nutricional Medida de parámetros clínicos Información sanitaria Educación sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> Programa de intercambio de jeringuillas Participación en programas de inmunización Promoción de la salud | <ul style="list-style-type: none"> Medida de parámetros clínicos Información sanitaria Educación sanitaria Promoción de la salud | <ul style="list-style-type: none"> Programa de intercambio de jeringuillas Campañas sanitarias Cesación tabáquica |



Analizando los resultados se observa que existe una variabilidad de respuesta muy amplia, especialmente en el grupo de **Servicios orientados al proceso del uso de los medicamentos**, entre los que no existe coincidencia sobre ninguno de ellos. Se detecta que quizás sea la falta de conocimiento existente sobre dichos Servicios la causa de que no haya coincidencias en las respuestas.

Llamó la atención que entre la selección de los SPFA más demandados por los pacientes estuviesen la conciliación de la medicación y la adherencia terapéutica, pues son Servicios más complejos que no se realizan por todas las Farmacias de manera habitual y que además no fueron mencionados por los profesionales sanitarios, que sí incluyeron, por ejemplo, el Servicio de asesoramiento sobre medicamentos, el de indicación farmacéutica y el de revisión del uso de medicamentos.

Donde sí se apreció un mayor consenso fue en aquellos Servicios menos demandados, pues ambos grupos coincidieron en seleccionar la formulación magistral y la revisión de botiquines, seguramente por ser Servicios destinados a momentos puntuales y situaciones de pacientes muy concretas.

Respecto a los **Servicios orientados a evaluar y mejorar los resultados de los medicamentos en salud**, únicamente dos forman parte de este grupo, el seguimiento farmacoterapéutico y la farmacovigilancia, considerándose el SFT de manera alterna el más demandado y el menos demandado en cada fase, por lo que no arrojó ninguna información útil para el objetivo del proyecto.

Sobre los **Servicios relacionados con la salud comunitaria**, ambos grupos de encuestados coincidieron en seleccionar la medida de parámetros clínicos, la información y la educación sanitaria como aquellos Servicios con una mayor demanda, así como el programa de intercambio de jeringuillas entre los que tienen una menor demanda, probablemente por ser este un Servicio para un colectivo muy específico y cuya necesidad va en disminución con el paso de los años.

Destacó que, a pesar de que los profesionales sí seleccionaron la cesación tabáquica y el asesoramiento nutricional entre los más demandados, algo constatable en la práctica, el grupo de pacientes encuestados no los tuvieron en consideración, siendo los enfermos de PFI los perfectos candidatos para el Servicio de cesación tabáquica y los pacientes diabéticos para el de asesoramiento nutricional.

Otro punto donde se encontró divergencia fue en el relativo al Servicio de promoción de la salud, considerado como muy demandado por los pacientes, no así por los profesionales sanitarios.

Por último, destacó que el grupo de profesionales considerase la participación en programas de inmunización como un Servicio poco demandado, quizás influenciado por factores externos a la profesión farmacéutica o por no considerar al farmacéutico como un agente formado para este fin. También podría ser por tratarse de un Servicio que actualmente consiste en la participación en campañas informativas y no se le da una entidad propia.

Se quiso conocer, además, con mayor profundidad, la valoración que profesionales y pacientes hacen de la interacción general con el farmacéutico y también de esta interacción a través de determinados SPFA. Los resultados obtenidos se recogen en la Tabla 7.

Al analizar los resultados de las respuestas se detectaron importantes áreas de mejora, especialmente desde la perspectiva del paciente, cuyas valoraciones fueron mayoritariamente inferiores a las de los profesionales sanitarios encuestados. En relación con el Servicio de FM, el paciente lo consideró ligeramente más importante que los profesionales; dato muy interesante, pues anteriormente fue valorado como uno de los Servicios menos demandados por ambos grupos. Se concluye, así, que es un Servicio poco demandado, pero de utilidad para el paciente, debido seguramente a su propia naturaleza, pues consiste en la preparación de un medicamento individualizado destinado a un paciente concreto, por parte del farmacéutico o bajo su dirección, y que es el complemento perfecto para aquellos casos en los que los medicamentos comercializados existentes no se adaptan al paciente y sus necesidades concretas.



Tabla 7. Tabla resumen de las valoraciones sobre la interacción del farmacéutico

| | Profesional | Paciente |
|--|----------------------|-----------------|
| ¿Cómo valora la posibilidad de poder personalizar el tratamiento del paciente mediante el Servicio de formulación magistral (FM)? | Útil (3/5) | Necesario (4/5) |
| ¿Cómo valora la posibilidad de utilizar alguno de los Servicios de medida de parámetros clínicos en La Farmacia Comunitaria (FC)? | Necesario (4/5) | Útil (3/5) |
| ¿Cómo valora que en La Farmacia el paciente pueda controlar y organizar su medicación o la de sus familiares evitando así posibles errores u olvidos a través del sistema personalizado de dosificación (SPD)? | Imprescindible (5/5) | Necesario (4/5) |
| ¿Considera importante que, a través de estos Servicios, La Farmacia se implique en el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) del paciente? | Imprescindible (5/5) | Necesario (4/5) |
| ¿Cómo valora la explicación que da el farmacéutico al paciente sobre el uso de su medicación? | Imprescindible (5/5) | Necesario (4/5) |
| ¿Cómo valora el lenguaje utilizado por el farmacéutico para explicar particularidades sobre su tratamiento? | Imprescindible (5/5) | Necesario (4/5) |
| ¿Cómo valora la importancia de la implicación del farmacéutico en el seguimiento del paciente? | Imprescindible (5/5) | Necesario (4/5) |
| ¿Cómo valora el apoyo que el farmacéutico realiza con respecto a la información que recibe el paciente? | Necesario (4/5) | Útil (3/5) |

Para los demás Servicios analizados (SPD, SFT y medida de parámetros clínicos) las valoraciones recibidas fueron ligeramente inferiores por parte de los pacientes, debido muy probablemente al desconocimiento existente sobre los Servicios y su implicación en los beneficios que pueden aportar a su salud.

Con respecto a la explicación que da el farmacéutico al paciente sobre el uso de su medicación y el lenguaje utilizado, ambos grupos lo valoraron positivamente, de nuevo con una puntuación ligeramente inferior en el caso de los pacientes, al igual que ocurrió al preguntar por la importancia que se le da a la implicación del farmacéutico durante el seguimiento del paciente y el apoyo que supone la información que recibe.

Es destacable que ninguno de los ítems fue considerado como irrelevante o poco relevante por el conjunto de los encuestados, reflejando así el valor asistencial de la FC en su conjunto.

La información que indaga y transmite el farmacéutico durante la **Dispensación o Indicación Farmacéutica en cuanto a las circunstancias de salud, recordar el uso correcto de la medicación, así como el objetivo y particularidades de esta**, debe realizarse siempre con un alto grado de calidad y satisfacción. Por ello, se quiso conocer **la frecuencia con la que el farmacéutico realizaba determinadas preguntas y explicaciones al paciente, así como la frecuencia ideal a la hora de utilizar los Servicios en la Farmacia**. La frecuencia otorgada por ambos colectivos se recoge en la Tabla 8.

Ambos grupos coincidieron en valorar como "ocasional" la frecuencia para aquellos ítems relacionados con la calidad de la atención farmacéutica, dato muy alejado de lo deseable y que indica la necesidad de seguir implementando medidas para que el acto de la Dispensación suponga no solo una seguridad al paciente con respecto a su medicación, sino también una reafirmación del farmacéutico como profesional sanitario ante la población.

A pesar de que alguna de las respuestas obtenidas fue "nunca" o "pocas veces", ninguno de los ítems fue valorado como tal por el conjunto de los encuestados.



Tabla 8. Tabla resumen de la frecuencia de interacción del farmacéutico

| | Profesional | Paciente |
|---|-----------------|-----------------|
| ¿Con qué frecuencia cree que el farmacéutico pregunta al paciente por sus circunstancias de salud? | Ocasional (3/5) | Ocasional (3/5) |
| ¿Con qué frecuencia cree que el farmacéutico explica al paciente el objetivo y particularidades de la medicación? | Ocasional (3/5) | Ocasional (3/5) |
| ¿Con qué frecuencia cree que el farmacéutico explica al paciente el uso correcto de la medicación? | Ocasional (3/5) | Ocasional (3/5) |
| ¿Con qué frecuencia cree que la Farmacia debería hacer el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) del paciente? | Mensual | Mensual |
| ¿Con qué frecuencia cree que la Farmacia debería hacer el control de la adherencia del paciente? | Mensual | Mensual |
| ¿Con qué frecuencia cree que el paciente utiliza los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA)? | Mensual | Mensual |

En la segunda parte de la indagación se hacía referencia a la frecuencia considerada ideal para prestar SPFA a los pacientes y, de manera específica, el Seguimiento Farmacoterapéutico y la Adherencia Terapéutica. Mientras que en el grupo de profesionales sanitarios la respuesta mayoritaria fue "mensual" como la frecuencia idónea para llevar a cabo los SPFA en la Farmacia, en el grupo de pacientes las respuestas fueron más dispares, pues varios consideraron las opciones de frecuencia "semestral" y "quincenal". A pesar de este detalle, la frecuencia idónea para llevar a cabo esta actividad en la Farmacia fue, en rasgos generales, "mensual".

Igualmente se consideró importante analizar el grado de conocimiento que pacientes y profesionales sanitarios tienen acerca de los SPFA, preguntando específicamente por aquellos que conocen para promocionar la salud en la FC.

Mientras que el grupo de profesionales sanitarios encuestados enumeraron hasta un total de nueve Servicios diferentes que conocían para promocionar la salud en la FC, la falta de respuestas del grupo de pacientes pone de manifiesto el desconocimiento que estos tienen sobre los Servicios que ofrecen los farmacéuticos, pues únicamente enumeraron tres.

Tabla 9. Tabla resumen de los Servicios enumerados por profesionales y pacientes

| Profesionales | | |
|----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Educación sanitaria | Tensión arterial | Uso correcto de la medicación |
| Cribado | Medición del peso | Campañas de Educación sanitaria |
| Medición de la glucosa | Seguimiento de la adherencia | Consejo nutricional |
| Pacientes | | |
| Consejo nutricional | Tensión arterial | Dispensación |

En ocasiones, el farmacéutico detecta **discrepancias relacionadas con la medicación del paciente**. Estas podrían ser posibles **errores en la prescripción en cuanto a la dosis** (por ejemplo, entre adulto



y niño), **imposibilidad de dispensar el medicamento** (por ejemplo, por tratarse de un medicamento en situación de baja o en rotura de stock temporal), **omisión de algún dato imprescindible y obligatorio de la receta** (como la firma del prescriptor), **omisión de medicamentos prescritos tras una transición asistencial o prescripción de medicamentos a los que el paciente es alérgico**, entre otras circunstancias. Se quiso conocer **cómo reacciona el farmacéutico** en esas ocasiones según el criterio de los participantes y **qué recomendaciones hacen al paciente**. Esta información se recogió en la Tabla 10.

| Tabla 10. Tabla resumen de las acciones que realiza el farmacéutico al detectar una discrepancia relacionada con la medicación | |
|--|---------------------------------|
| Profesional | Paciente |
| Deriva al médico | Deriva al médico |
| Anula la prescripción | Aporta la información necesaria |
| Recomienda alternativas | Recomienda alternativas |
| Deriva a Enfermería | |
| Contacta directamente con el prescriptor | |

A pesar de que la mayoría de los pacientes no se habían enfrentado nunca a esta situación y, por lo tanto, sus respuestas no se pudieron tener en cuenta para este análisis, tanto profesionales como pacientes coincidieron en que derivar al médico y recomendar alternativas es la manera que tienen de proceder los farmacéuticos ante esta situación, seguido de anular la prescripción, aportar la información necesaria, derivar a Enfermería y contactar con el médico directamente.

Todas estas medidas van dirigidas a ayudar al paciente a adquirir la medicación correcta según sus características personales y en el menor tiempo posible, así como a evitar cualquier circunstancia que pueda provocar algún resultado negativo en la salud del paciente, bien por toma de un medicamento que no corresponde o bien por la no toma del medicamento si no se dispone de él.

Si se tiene en cuenta que el Servicio de Medida de parámetros clínicos fue considerado por ambos grupos como uno de los más demandados por los pacientes durante la ruta asistencial, se pidió valorar el grado de demanda concreto de algunos de esos parámetros.

| Tabla 11. Tabla resumen de los parámetros clínicos y su demanda en la Farmacia Comunitaria (FC) | | |
|---|-----------------|-------------|
| Parámetro | % Profesionales | % Pacientes |
| Peso | 22,00% | 33,33% |
| Tensión arterial | 22,00% | 27,78% |
| Colesterol | 15,00% | 5,56% |
| Glucosa | 15,00% | N/A |
| Pulso | 15,00% | 11,11% |
| Talla | 11,00% | 22,22% |



En función del porcentaje de respuesta obtenido, el *peso* y la *tensión arterial* fueron considerados los parámetros clínicos más demandados en la Farmacia para ambos grupos, seguidos por el *colesterol*, *pulso* y *talla*, aunque en distinto orden entre profesionales y pacientes.

Destacó el hecho de que la glucosa únicamente fuera mencionada entre los profesionales, a pesar de contar con pacientes diabéticos para responder a la encuesta, llegando a la conclusión de que se trataba de pacientes crónicos con una amplia experiencia en el autocontrol de la glucosa en su domicilio y que, por lo tanto, no demandaban este Servicio en la FC.

Pacientes y profesionales aseguraron que existía una serie de barreras que dificultaban el acceso de los pacientes a los Servicios en la Farmacia, por lo que se les pidió que indicasen cuáles consideraban más importantes.

| Tabla 12. Tabla resumen de las principales barreras para la prestación de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) | |
|--|--|
| Principales barreras para la prestación de los SPFA | |
| Profesional | Paciente |
| Desconocimiento de los Servicios ofrecidos | Falta de tiempo y disponibilidad del farmacéutico |
| Cambio conceptual global de la Farmacia Comunitaria (FC) | Desconocimiento de las enfermedades raras y sus particularidades |
| No se considera al farmacéutico como parte del sistema de salud | Falta de comunicación/coordinación entre los profesionales de referencia de cada paciente y la Farmacia Comunitaria (FC) |
| Disparidad de Servicios ofrecidos y falta de protocolos | Falta de intimidad en la Farmacia para realizar el Servicio |

Una de las principales barreras para la prestación de los Servicios fue su "desconocimiento", algo que apareció de manera recurrente al analizar las respuestas de la encuesta, añadido a la "falta de tiempo y disponibilidad del farmacéutico" y a la "falta de uniformidad en la oferta disponible" entre las diferentes Farmacias a lo largo del territorio, otra característica que también se repite. Además, en opinión de los pacientes, existe una "falta de intimidad en la Farmacia" para realizar estos Servicios, lo que se considera otra posible barrera para su prestación.

Debido a la particularidad de la FPI, el desconocimiento que pueda existir sobre esta enfermedad se considera otra barrera principal para la prestación de los SPFA por ese grupo de pacientes.

El grupo de profesionales sanitarios encuestados consideraron que la FC necesitaba un cambio conceptual global, que ayudase al farmacéutico comunitario a ser percibido como un agente activo del SNS y que pudiese comunicarse y coordinarse con AP, algo que actualmente no ocurre de manera sistemática y ágil. Esto se consideró una importante barrera y, además, podría estar relacionado con la negativa por parte de los pacientes a pagar por Servicios prestados en muchas Farmacias, como la Medida de parámetros clínicos, el Asesoramiento nutricional, el Asesoramiento sobre medicamentos, la Revisión del uso de los medicamentos, la Indicación Farmacéutica, etc., como se vio más adelante.



Tras preguntar por los SPFA, su importancia y demanda por el paciente crónico en las diferentes fases de la ruta asistencial y las barreras existentes para su prestación en la Farmacia, se quiso conocer la opinión de ambos colectivos sobre la existencia o no de algún Servicio que abriese la puerta y fidelizase al paciente.

Tabla 13. Tabla resumen de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) que podrán fidelizar al paciente

| SPFA que fidelizan | |
|---|--|
| Profesional | Paciente |
| Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) | Medida de parámetros clínicos |
| Revisión del Uso de Medicamentos (RUM) | Asesoramiento nutricional |
| Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) | Ningún Servicio en especial, la relación con el farmacéutico durante la dispensación |

Los profesionales sanitarios se enfocaron en Servicios dirigidos al manejo, control y seguridad del medicamento y respondieron que el SPD sería el principal Servicio que permitiría acceder a los pacientes, seguido por la RUM y el SFT. A través de estos Servicios los pacientes obtienen beneficios para su salud, ya que aseguran una correcta adherencia al tratamiento que conlleva un mayor control de los problemas de salud.

Por otro lado, los pacientes encuestados se enfocaron en aquellos Servicios algo más tangibles e inmediatos, aquellos que requieren una medición, donde ellos perciben que se "está haciendo algo", como son la Medida de parámetros clínicos y el Asesoramiento nutricional.

Así mismo, muchos de los pacientes opinaron que la relación con el farmacéutico debería ser suficiente para que, si un Servicio se considera beneficioso, se le ofrezca y se pueda llevar a cabo.

De mismo modo, se indicó que para la implantación de los Servicios en la FC no solo era necesario que el paciente lo demande, sino que deben existir unas condiciones establecidas.

También se buscó conocer si los pacientes estaban dispuestos o no a pagar por los Servicios y por cuáles pagarían. Los resultados se recogieron en la Tabla 14.

Tabla 14. Tabla resumen de los Servicios por los que estarían dispuestos a pagar

| Pago por lo SPFA | |
|--|---|
| Profesional | Paciente |
| Cesación tabáquica | Medida de parámetros clínicos |
| Revisión del uso de medicamentos (RUM) | Ninguno |
| Seguimiento farmacoterapéutico (SFT) | Ninguno, es algo inherente a la profesión |
| Medida de parámetros clínicos | Ninguno, actualmente muchos se hacen gratis |



El grupo de profesionales consultados sí consideró que los pacientes estarían dispuestos a pagar por los Servicios prestados en la Farmacia, destacando entre ellos la RUM, el SFT, la Cesación tabáquica y la Medición de parámetros clínicos, mostrando sorpresa si fuese de otra manera.

Sin embargo, los pacientes respondieron que estarían dispuestos a pagar solo por aquellos Servicios que implicasen algún tipo de medición, que fuesen “algo más que una conversación”, pero no de manera general por todos los Servicios, especialmente lo relacionado con la Dispensación, así como el consejo sobre el medicamento, la seguridad y la revisión de la efectividad del tratamiento, pues lo consideran algo “inherente a la profesión del farmacéutico y que actualmente se hace de manera gratuita”.

Estas respuestas pusieron una vez más de manifiesto las dificultades en las percepción del farmacéutico como un profesional sanitario más y que se debe trabajar más desde el colectivo para demostrar el valor asistencial y social que tienen los SPFA, pues se desconoce el tiempo que el farmacéutico invierte en la preparación y prestación de estos Servicios, así como su propia formación para hacerlo con la profesionalidad y calidad exigida.

También a través de esta encuesta se buscaba conocer el perfil del paciente candidato que demanda los Servicios en la Farmacia. Ambos colectivos expresaron que dependería del Servicio en concreto y que debería analizarse para cada caso, pues no existe un único tipo de paciente diana. No obstante, sí se pudieron obtener algunas características comunes que se muestran en la Tabla 15.

| Tabla 15. Tabla resumen de las características del paciente usuario de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) | |
|---|---|
| Perfil del paciente usuario de los SPFA | |
| Profesional | Paciente |
| Paciente preocupado por su salud | Paciente crónico con enfermedades progresivas |
| Paciente con solvencia económica y cierto nivel sociocultural | Paciente mayor y polimedicado |
| Paciente informado | Paciente informado |

Para el grupo de profesionales sanitarios el perfil sería el de un paciente preocupado por su salud, informado y con cierta solvencia económica e incluso nivel sociocultural. Además, se comentó que paradójicamente el paciente que más lo necesita, el más vulnerable, es en realidad el que menos lo demanda, principalmente por motivos económicos y otras barreras de las comentadas anteriormente.

Según el grupo de pacientes participante en la encuesta, el perfil de este paciente usuario sería un paciente informado, un paciente crónico con enfermedades progresivas, generalmente de edad avanzada y polimedicado.

Por último, es conocido que el desarrollo de los SPFA en la Farmacia implica unos beneficios tanto para el sistema sanitario como para el paciente, haciendo que este vuelva a la Farmacia y los demande nuevamente, es decir, que existe un seguimiento y un estrechamiento de esa relación. Se buscó entonces conocer los beneficios que, pacientes y profesionales, consideraban que estos Servicios podían aportar.

Los profesionales comentaron beneficios más clínicos y generales para la salud del paciente, como la mejora en la seguridad y efectividad del tratamiento, así como para el propio SNS, como es la optimización de recursos, que implica un ahorro económico.



Tabla 16. Tabla resumen de los beneficios que los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) aportarían al integrarse en el Sistema Nacional de Salud (SNS)

| Beneficios que aportarían los SPFA | |
|--|---|
| Profesional | Paciente |
| Optimización de recursos | Información de calidad sobre el medicamento y seguimiento profesional |
| Mejoría de la seguridad del paciente | Trato cercano y personalizado, empatía y credibilidad que transmite la Farmacia |
| Valoración de la efectividad del tratamiento | Rapidez y accesibilidad en la atención |

Los pacientes, por su parte, mencionaron beneficios a un nivel más personal, no solo relacionados con la efectividad y seguridad del tratamiento, sino también con el trato humano y una mejor atención, permitiendo crear una relación con el profesional, lo que está vinculado a la necesidad de fidelización por parte del farmacéutico para que el paciente considere utilizar estos Servicios en la Farmacia. Los pacientes consideraron que estos Servicios permitían obtener una información de calidad sobre el medicamento y su uso, así como un seguimiento profesional, rapidez y accesibilidad en la atención.



5. MAPA DE EMPATÍA Y EXPERIENCIA DIFERENCIAL DEL PACIENTE CRÓNICO

Durante la celebración de las dos reuniones *online* para la puesta en común de los resultados de la encuesta, primero con el grupo de profesionales que conforman el CC (8 de junio de 2022) y después con el grupo de representantes de las AAPP participantes (1 de julio de 2022), de dos horas de duración cada una, se expuso brevemente la información cualitativa y cuantitativa obtenida con respecto a la ruta asistencial y los Servicios ofrecidos en la Farmacia.

Abriendo el debate en torno a los resultados obtenidos se permitió que cada asistente valorase en su opinión la experiencia real del paciente de manera cuantitativa, utilizando una escala del 1 al 5, donde 1 era una experiencia muy negativa y 5 muy positiva.

Llegados a este punto, fue necesario recordar que el perfil del paciente tipo es un individuo que no toma ninguna medicación de manera crónica, no tiene ninguna patología autolimitada o crónica y que será diagnosticado durante su recorrido por esta ruta asistencial de una enfermedad crónica similar a las que se han tomado de referencia durante el proyecto: diabetes, Alzheimer y FPI.

También para este análisis se hizo especial hincapié en que no se tuviese en cuenta la actual situación de pandemia vivida durante los años previos, así como la diferencia asistencial por motivos geográficos o económicos de los diferentes sistemas de salud que existen en España, pues se buscaba analizar aquellos aspectos que habría que mejorar, favoreciendo una experiencia diferencial más positiva para el paciente de manera global.

Con la votación de todos los participantes se obtuvo una valoración final que se comparó entre sí con la obtenida por el otro grupo, poniendo de manifiesto en qué fases de la ruta asistencial la visión de ambos sobre la experiencia del paciente coincidía y en cuáles no.

Se analizaron posteriormente estos resultados y se vio que los profesionales valoran de manera más positiva la ruta asistencial del paciente crónico, especialmente las fases de tratamiento farmacológico y ajuste terapéutico, esto es, aquellas en las que se concentra principalmente su actividad clínica.

Igualmente, se observó que el paciente enfoca la ruta como un todo, de manera retrospectiva y tiene en cuenta la duración real de la fase, no únicamente el instante de interacción, característica subjetiva que ya se había detectado al analizar las respuestas de la encuesta. Además, tanto desde la perspectiva del paciente como desde la del profesional, existía una importante área de mejora en lo relativo a la experiencia diferencial del paciente.

Resultaba especialmente interesante conocer especialmente los motivos que llevaron a pacientes y profesionales a posicionarse en esa escala de valor, por lo que se preguntó a cada uno de los asistentes por las razones de su valoración. Algunos de los testimonios se exponen a continuación.

5.1 Detección

El grupo de profesionales consideró buena la fase de Detección y otorgó de manera conjunta una nota de 3/5, afirmando que los médicos de AP están lo suficientemente accesibles en el SNS español, así como la mayoría de las pruebas, a las que se tiene un acceso rápido y sencillo, aunque "en ocasiones pueden ser necesarias pruebas complementarias menos accesibles".



Tabla 17. Resultados de la valoración de la experiencia diferencial

| Fases de la ruta asistencial | Profesionales | Pacientes |
|------------------------------|---------------|-----------|
| Detección | 3 | 1 |
| Diagnóstico | 3 | 3 |
| Tratamiento farmacológico | 4 | 2 |
| Educación sanitaria | 3 | 1 |
| Tratamiento no farmacológico | 2 | 1 |
| Seguimiento | 3 | 3 |
| Ajuste terapéutico | 4 | 2 |
| Apoyo y soporte | 3 | 2 |



Esta puntuación se vio rebajada debido a la pandemia de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19, *coronavirus disease 2019*, por sus siglas en inglés) provocada por el virus SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*, por sus siglas en inglés) de los últimos años, que afectó a la accesibilidad y a la atención presencial y telefónica, considerándose de manera general no satisfactoria por falta de tiempo y humanización. Los profesionales expresaron que “un retraso en el diagnóstico es lo que más duele al paciente” y que “la atención telefónica no es del todo satisfactoria”.

También se comentó que “todos los días en la consulta oigo frases del tipo: es muy difícil el acceso, no me escuchan, han tardado mucho en darme los análisis o no me informan del proceso”.

Por su parte, los pacientes tuvieron una visión mucho más subjetiva debido a la vivencia personal y valoraron de forma conjunta la fase de Detección como muy negativa, con un 1/5, pues consideraron que “el diagnóstico siempre llega tarde” y que “el 90% de los diagnósticos de demencia llegan ya en una fase avanzada, tardía”.

Esta puntuación fue tan baja debido en parte a que los pacientes consideran esta fase desde los primeros síntomas hasta que son en realidad diagnosticados, incluyendo generalmente la siguiente fase por esa visión retrospectiva ya mencionada, mientras que los profesionales solo la analizan desde que el paciente llega a su consulta, sin poder valorar el tiempo previo que ha podido presentar la sintomatología. Además, también influyen características inherentes a las enfermedades crónicas, como son una sintomatología inicial común con otras enfermedades (como ocurre para la FPI, que hace que se confunda con otras patologías). Y, por último, influye que los familiares no admitan la condición del paciente, como apuntó el representante de CEAFA, quien dijo que “existe una doble barrera, la que suponen los familiares que no lo quieren admitir y la falta de búsqueda de la demencia en AP ante los primeros síntomas”.

Que el médico de AP no indague estas patologías desde un principio, sino otras con síntomas similares que los justifiquen, influye en el retraso de la detección y es un factor limitante para los pacientes. Ahí radicó, en su opinión, la “importancia de la Farmacia, en detectar determinados comportamientos que alerten”.



5.2 Diagnóstico

Para la fase de Diagnóstico ambos colectivos coincidieron y consideraron la experiencia actual del paciente como buena, con una nota de 3/5.

Nuevamente el grupo de profesionales sanitarios mencionó que “durante la pandemia la atención era sobre todo telefónica y fue muy mala, mientras que ahora la situación ha cambiado y mejorado mucho” y que “AP ha vivido una presión brutal después de estos años de pandemia que poco a poco empieza a resurgir”, factor que influyó directamente en su valoración, pese a que consideran que el diagnóstico por parte de los médicos especialistas es positivo.

Por su parte los pacientes consideraron que “el Diagnóstico viene condicionado por el retraso en la derivación a medicina especializada, pero existe” y también que “suele ser certero e ir acompañado de una serie de pruebas y de un seguimiento mejorado”. No obstante, su puntuación no fue más alta pues “queda mucho por mejorar, especialmente sobre cómo se traslada al paciente el diagnóstico de la enfermedad”.

5.3 Tratamiento farmacológico

Los profesionales sanitarios valoraron esta fase de Tratamiento farmacológico de manera positiva con una nota de 4/5, pues consideraron que “las expectativas del paciente en esta fase siempre son muy elevadas, especialmente para las enfermedades crónicas que no tienen cura”, ya que lo que el paciente al fin y al cabo busca es un tratamiento, afirmando que los síntomas representan el sufrimiento y que se siente aliviado al conocer su diagnóstico y que existe alguna medicación para su enfermedad. También se comentó que los pacientes aceptan, no influyen o no son incluidos en las decisiones clínicas y que deberían participar de una manera más activa.

A pesar de ello, reconocieron que “la coordinación entre la Farmacia y el centro de salud es mejorable y muy deseable”, algo que ya se detectó entre las respuestas a la encuesta, pues consideran que hay mucha desinformación entre profesionales.

Por su parte, los pacientes valoraron esta fase como negativa, con una nota de 2/5, especialmente motivada por la falta de tratamiento efectivo en la actualidad para alguna de las patologías participantes como el Alzheimer, que únicamente encuentra tratamiento farmacológico para determinados síntomas de la enfermedad.

Además, consideraron que “sería ideal la dispensación en Farmacia Comunitaria” en el caso de la FPI, pues el tratamiento únicamente se dispensa a través de Farmacia Hospitalaria (FH), lo que supone un problema de acceso para los pacientes dispersos geográficamente, provocando una falta de Adherencia terapéutica.

Otro factor que influyó negativamente en la valoración de esta fase fue “la barrera que en ocasiones supone el tema de los visados” para acceder a la medicación.

Llegados a este punto, los representantes de AAPP afirmaron que “la labor informativa del profesional farmacéutico sería la clave” para mejorar la percepción del paciente durante esta fase.



5.4 Educación sanitaria

El grupo de profesionales sanitarios valoró la fase de Educación sanitaria dentro de la ruta asistencial del paciente crónico como buena, otorgando una puntuación de 3/5, aunque reconociendo que "actualmente no se hace porque el diagnóstico y tratamiento se han vuelto prioritarios".

Además, opinaron que esta fase "es importantísima y tanto AP como la Farmacia tienen muchísimo que hacer, prácticamente son los protagonistas" y que "no se le dedica tiempo suficiente a la participación del paciente en la toma de decisiones", algo que consideran "muy mejorable por parte de los médicos".

Al igual que pasaba en la fase de Detección, los pacientes valoraron esta fase como muy negativa, con una puntuación conjunta de 1/5. Esta nota tan baja se debió principalmente a que son enfermedades sin curación en las que los pacientes pueden volverse muy dependientes y "es el familiar/cuidador quien pasa por esto y no recibe la educación necesaria", coincidiendo así con la perspectiva de los profesionales y que "cada vez hay menos tiempo porque AP está saturada".

Además, el grupo de pacientes consideró que la falta de educación sanitaria "se relaciona con una mala calidad de vida y complicaciones" para el paciente.

5.5 Tratamiento no farmacológico

La fase de Tratamiento no farmacológico o de acciones complementarias al tratamiento fue también valorada con una baja puntuación.

Por parte del grupo de profesionales se valoró como negativa con una puntuación de 2/5, pues consideran que "es a la que menos tiempo se dedica por falta de medios económicos y recursos humanos". Aseguraron que "los profesionales están, el problema es que la dotación económica no existe".

Lo mismo opinaron los pacientes, considerando esta fase actualmente como muy negativa, con una puntuación de 1/5, pues "se echa en falta terapias no farmacológicas, aunque en determinadas enfermedades crónicas sus efectos duran lo que duran" y a que "la terapia psicológica es fundamental y no está bien abordada por la Sanidad Pública", siendo generalmente las AAPP las que prestan estos Servicios.

5.6 Seguimiento

La valoración en la fase de Seguimiento coincidió en valoración para ambos grupos, considerándose buena, con una puntuación de 3/5.

Mientras los profesionales sanitarios afirmaban que "para la mayoría de los pacientes crónicos diagnosticados y con tratamiento hay una mayor accesibilidad a su profesional de contacto", aunque "el seguimiento en cuanto a frecuencia y accesibilidad depende en cada caso del paciente y del sistema sanitario", los representantes de pacientes aseguraban que "lo que se echa en falta no es el tratamiento o la atención médica, sino el acompañamiento emocional que no existe en el sistema", pues "la parte emocional es como el hermano olvidado".



Además, la dispersión geográfica es un verdadero problema especialmente para las enfermedades raras, por lo que "interesa la creación de centros de referencia con especialistas multidisciplinares donde el paciente tendría un tratamiento más específico".

5.7 Ajuste terapéutico

Los profesionales sanitarios valoraron con unanimidad esta fase de Ajuste terapéutico como positiva para el paciente actual, con una nota de 4/5, pues al igual que ocurre con el tratamiento farmacológico, es donde se centra gran parte de su actividad clínica. Aseguraron que se cubren las expectativas y que "es de lo mejorcito que se hace en el sistema", pues "se le dedica ese tiempo al paciente".

En cambio, los pacientes la valoraron como negativa, con una nota media de 2/5. Argumentaron que las características particulares de las patologías implicadas hacen que una reducción en los tiempos de espera entre las visitas de seguimiento podría facilitar el cambio o combinación de fármacos, aunque no exista la curación para alguna de ellas, como por ejemplo la FPI.

Aseguraron que los pacientes diabéticos sienten "miedo e incertidumbre al pasar del tratamiento oral a la insulino terapia" y que "se echa en falta que se expliquen bien los motivos y la evolución natural de la enfermedad".

Para los pacientes con demencia "el ajuste terapéutico es la reducción en farmacología".

5.8 Apoyo y soporte

La última fase de la ruta asistencial, la que hace referencia al Apoyo y soporte, también supuso una ligera discrepancia entre ambos grupos.

Los profesionales valoraron esta fase como buena, otorgando una puntuación media de 3/5, aunque reconocieron que hace falta mucha ayuda, que "económicamente los profesionales no les podemos apoyar, pues los recursos son los que son" y que actualmente "para muchos tratamientos los trabajadores sociales de los Ayuntamientos están asumiendo una parte del coste importante", y que "es la parte más débil y queda mucho por hacer".

Aseguraron que el apoyo emocional y la comprensión sí se produce, aunque "cuesta mucho separar la salud emocional de la económica" y que quizás no se haga de una manera "técnicamente bien, pues el apoyo emocional no es dar una palmadita en la espalda". Reconocieron que "la escucha activa lleva tiempo, que es de lo que menos tenemos" y que faltan profesionales especializados.

Por su parte, los pacientes consideraron esta fase como negativa, otorgando un valor medio de 2/5, pues afirmaban que "son las propias AAPP y familiares las que llevan verdaderamente el apoyo y soporte necesario" y que "el apoyo y acceso al psicólogo no está garantizado", algo que debería ser extensible al familiar/cuidador, pues es "necesario cuidar al cuidador".



6. SERVICE BLUEPRINT

El objetivo del **service blueprint** es detectar y definir aquellos Servicios disponibles en la Farmacia, entre los seleccionados previamente a través de la encuesta y de las sesiones de debate con cada actor implicado en el proyecto, que permitan mejorar la experiencia diferencial del paciente en cada fase a lo largo de toda la ruta asistencial, especialmente en aquellas en las que la valoración fue muy negativa o la diferencia entre la valoración de los profesionales y de los pacientes es muy distante.

Debido a que los Servicios de la Farmacia orientados al proceso de uso de los medicamentos y los orientados a evaluar y mejorar los resultados de los medicamentos en salud implican necesariamente la existencia de medicación, no se tienen en cuenta para formar parte del *service blueprint* exclusivamente en las fases de Detección y Diagnóstico, pero sí en las demás.

En una última reunión *online*, celebrada de manera conjunta el 11 de julio de 2022, se mostraron los resultados comparando la valoración de la experiencia del paciente en la ruta asistencial de cada sesión por separado, así como la selección de posibles Servicios para cada fase. Se pidió entonces seleccionar cuáles finalmente se consideraban verdaderamente útiles para mejorar esa experiencia y los motivos para su elección. Los resultados se muestran en la Tabla 18.

Tabla 18. Resultados de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) seleccionados de manera conjunta por los profesionales sanitarios y representantes de pacientes para cada fase de la ruta asistencial

| Fase de la ruta asistencial | SPFA |
|------------------------------|--|
| Detección | <ul style="list-style-type: none"> • Cribado (detección de enfermedades ocultas) • Participación en campañas sanitarias (promoción de la salud) • Medición de parámetros clínicos |
| Diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo colaborativo al diagnóstico por el médico • Participación en campañas sanitarias (promoción de la salud) • Medición de parámetros clínicos |
| Tratamiento farmacológico | <ul style="list-style-type: none"> • Dispensación • Asesoramiento sobre medicamentos |
| Educación sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> • Adherencia terapéutica |
| Tratamiento no farmacológico | <ul style="list-style-type: none"> • Cesación tabáquica • Asesoramiento nutricional • Participación en campañas sanitarias (promoción de la salud) |
| Seguimiento | <ul style="list-style-type: none"> • Adherencia terapéutica • Conciliación de la medicación • Educación sanitaria |
| Ajuste terapéutico | <ul style="list-style-type: none"> • Conciliación de la medicación • Adherencia terapéutica • Seguimiento farmacoterapéutico |
| Apoyo y soporte | <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre medicamentos |



6.1 Detección

Se consideró que el cribado (o la detección de enfermedades ocultas) ayudaría a mejorar la experiencia actual del paciente en esta fase de Detección, que obtuvo una valoración muy negativa por parte de los pacientes. Opinaron que influiría muy positivamente sobre el retraso que los pacientes exponen como principal problema para esta fase y que aportaría una posible solución.

Consideraron que el farmacéutico está suficientemente formado y cualificado para llevar a cabo esta labor, a excepción de patologías relacionadas con la salud mental, donde quizás su formación y experiencia no fuesen suficientes.

Tanto pacientes como profesionales sanitarios opinaron que estos cribados pueden hacerse también como parte del Servicio de Participación en campañas sanitarias fomentadas por la Administración para la detección temprana de pacientes potenciales y la pronta derivación a AP para dar comienzo a ese diagnóstico de sospecha.

También se reclamó una mayor coordinación y comunicación entre la Farmacia y las AAPP.

Por último, se afirmó que el Servicio de Medición de parámetros clínicos puede ayudar a mejorar la experiencia del paciente en la fase de Detección, como complemento al Cribado y la Participación en campañas sanitarias, pues "en la Farmacia detectamos muchos parámetros fuera de rango cuando el paciente no está todavía diagnosticado y los derivamos para su diagnóstico". A este respecto, ambos grupos consideraron que, con la formación adecuada y de una manera estandarizada, la medición de parámetros clínicos debería extenderse a todas las Farmacias, independientemente de la comunidad autónoma, sin la limitación que supone la actual legislación vigente.

La falta de uniformidad impide ofrecer Servicios estandarizados a nivel nacional, lo que supone, en opinión de los participantes, un motivo por el que la FC no es considerada como agente realmente activo del SNS, siendo una importante barrera para la falta de demanda de los SPFA. Esto pone de manifiesto que los Servicios podrían ofrecerse de manera uniforme y estandarizada, lo que supondría un valor añadido para el paciente y la Administración, ya que "la Farmacia es la primera línea de consulta".

6.2 Diagnóstico

Para la fase de Diagnóstico ambos grupos coincidieron en considerar que la experiencia actual del paciente es buena, valorada con una puntuación media de 3/5.

No obstante, reconocieron que podría haber un amplio rango de mejora en la experiencia del paciente y aseguraron que podría mejorar si la Farmacia asumiese algunas funciones de apoyo colaborativo al diagnóstico por el médico.

Argumentaron que el paciente percibe las fases de Detección y Diagnóstico como dos momentos que se solapan, que forman parte de un todo y que el Servicio de Participación en campañas sanitarias ayudarían a mejorar la experiencia en ambas fases.

Opinaron además que el Servicio de Medición de parámetros clínicos es la herramienta que ayudaría con el apoyo colaborativo al diagnóstico por el médico y, por lo tanto, se percibe esta como un Servicio que podría integrarse y tener un efecto muy positivo, pues "como farmacéuticos no podemos diagnosticar, pero si tenemos herramientas que ayuden al médico".



6.3 Tratamiento farmacológico

Para mejorar la experiencia del paciente durante la fase de Tratamiento farmacológico, el Servicio que se consideró imprescindible fue el de Dispensación, entendido no solo como un acto de entrega de medicamentos sino como una actividad de conocimiento en la que entra en juego el desempeño profesional del farmacéutico, que pone a disposición del paciente la información suficiente sobre el medicamento, su posología y los posibles efectos adversos, así como otras consideraciones relacionadas con la salud, "especialmente al inicio del tratamiento".

Se trata de un Servicio integrado y reconocido por los pacientes como uno de los más demandados, pero debe tenerse en cuenta que cada prescripción es única, así como las circunstancias del paciente, lo que hace, a su vez, que cada dispensación requiera que se tomen decisiones, a menudo en condiciones de incertidumbre con datos incompletos o con un conocimiento sobre las condiciones de salud del paciente insuficiente debido a que la FC no dispone de acceso a la historia clínica del paciente. Consideraron que "hace falta una coordinación informativa entre todos los niveles asistenciales". Durante la reunión conjunta se reconoció que, por inercia y, en ocasiones, por falta de conocimientos y formación, el acto de dispensación no siempre se realiza en toda su extensión, algo que quizás justifique que el paciente no considere al farmacéutico como un agente sanitario activo.

Además, se consideró el Asesoramiento sobre medicamentos como aquel otro Servicio que, integrado de manera correcta y protocolizada, puede mejorar positivamente la visión actual que el paciente tiene sobre su experiencia en esta fase, ya que dista mucho de la visión que el profesional sanitario tiene y quizás aquí se encuentre la solución.

6.4 Educación sanitaria

La fase de Educación sanitaria fue una de las peor valoradas por los pacientes, con una puntuación de 1/5, considerando su experiencia actual como muy negativa, especialmente por la falta de tiempo y recursos materiales y humanos destinados a ella.

El Servicio de Adherencia Terapéutica fue seleccionado de manera conjunta para mejorar la perspectiva negativa del paciente y considerado "fundamental y punto clave" no solo para la salud del paciente sino también para el SNS.

La adherencia al tratamiento fue considerada el momento más importante para ambos grupos según los resultados de la encuesta antes expuestos y los pacientes, además, lo valoraron como uno de los Servicios más demandados, pues una buena adherencia terapéutica supone "un mejor uso de la medicación, un mejor control de las enfermedades y sus complicaciones y mantener una mejor calidad de vida".

El hecho de que el farmacéutico asuma también responsabilidades en la Educación sanitaria del paciente mediante el control de la adherencia al tratamiento se consideró muy positivo, pues mejoraría su percepción de la experiencia. Se le consideró un profesional geográficamente muy accesible y suficientemente formado, reconociendo que en muchas ocasiones "el paciente polimedicado de edad avanzada se encuentra a cargo de su cónyuge de edad similar o de sus hijos con poco tiempo y conocimiento".

Afirmaron que se deben poner en marcha canales de comunicación entre AP y la FC para que la implementación de estos Servicios sea verdaderamente eficaz y no quede relegada únicamente al ámbito de la Farmacia, sino que se comparta la información con otros profesionales sanitarios. En muchos casos esta evaluación de la adherencia requeriría la necesidad de informar al médico sobre la no toma de un medicamento o la sugerencia de cambio de tratamiento por un mal manejo de este.



6.5 Tratamiento no farmacológico

En el caso de la fase de Tratamiento no farmacológico o de acciones complementarias al tratamiento, que fue valorada como negativa por los profesionales sanitarios y muy negativa por el grupo de pacientes, se consideró que hay tres Servicios que podrían mejorar esa valoración sobre la experiencia del paciente.

Al igual que ocurría en la fase de Educación sanitaria, a pesar de la importancia que le otorgaron, reconocieron que existía una falta de medios económicos y recursos humanos, algo que la red de Farmacias en España podría suplir debido a su accesibilidad y preparación, y pidieron una "colaboración con las asociaciones de pacientes, pues el mundo de la Farmacia Comunitaria está un poco alejado".

Consideraron que el Asesoramiento nutricional, la Cesación tabáquica y la Participación en campañas sanitarias eran esas acciones necesarias complementarias al tratamiento que la FC podría asumir como responsabilidades propias.

Además, comentaron que "la Educación sanitaria podría englobar muchos de los Servicios propuestos".

6.6 Seguimiento

La valoración para la fase de Seguimiento coincidió en ambos grupos y se consideró como buena, con una puntuación de 3/5.

Argumentaron que, durante esta fase de Seguimiento, el Servicio de Adherencia Terapéutica resultaría un Servicio fundamental, pues "evitaría un empeoramiento en la salud del paciente, las recaídas en la enfermedad y un mayor gasto sanitario", como principales ventajas para su integración desde la FC en el SNS. Ayudaría, además, en la detección de enfermedades y en la comunicación con el médico.

Igualmente, se consideró importante conocer los motivos de la no adherencia, lo que se relacionó con la necesidad de prestar otro Servicio como es el de Conciliación de la medicación. Esa falta de adherencia podría estar ocasionada por discrepancias en la medicación prescrita tras una transición asistencial. Si se omitiese la prescripción de un medicamento podría significar que el paciente debería dejar de tomarlo hasta que se indagase si fue de manera intencionada o un error.

Otro de los Servicios que se comentó que podría ser beneficioso para mejorar la experiencia del paciente en esta fase de Seguimiento, mejorando con ello la valoración de la ruta asistencial actual, fue la Educación sanitaria, donde la FC tiene un papel protagonista. Además, se consideró este Servicio como transversal, debiendo llevarse a cabo durante toda la ruta asistencial y adaptando la información según la fase y las necesidades del paciente.

Por último, cabe destacar las discrepancias que hubo respecto a considerar o no la Farmacovigilancia como un Servicio que debería integrarse en esta fase de seguimiento. A pesar de que los profesionales sanitarios hablaron de "la importancia de la Farmacovigilancia", los pacientes consideraron que "no debería ser una actividad asumida por el farmacéutico, pues su papel es informar y no tomar la iniciativa" y que "el farmacéutico tome la iniciativa de cambiar, modificar o valorar un posible efecto secundario es ponerle en riesgo, pues a lo mejor no es un gran especialista". En este caso, se observa nuevamente la falta de conocimiento del propio Servicio, como fundamento de la opinión que sobre él pudieron tener los pacientes.

Finalmente se acordó no incluir la FV, pero se aclaró que todo profesional sanitario tiene la obligación de comunicar cualquier sospecha de reacción adversa relacionada con la medicación y que, por lo tanto, debe



hacerse de manera obligatoria también desde la FC, siguiendo el correspondiente protocolo a modo de Servicio establecido o únicamente para comunicarlo a las autoridades sanitarias; algo que los representantes de pacientes reconocieron como positivo.

6.7 Ajuste terapéutico

Como ya se ha comentado, la fase de Ajuste terapéutico fue una de las mejor valoradas por el grupo de profesionales (4/5), con una puntuación bastante alejada de la que dieron los pacientes (2/5).

Durante el debate afirmaron que uno de los principales déficits actualmente es "transmitir los beneficios que esos Servicios pueden aportar a los pacientes", así como su principal objetivo.

La Conciliación de la medicación, la Adherencia terapéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico fueron los tres Servicios considerados como imprescindibles "y transversales desde que se pone el tratamiento al paciente" para su integración en el SNS.

6.8 Apoyo y soporte

De manera similar a lo anterior, como complemento a los Servicios ya mencionados, el Asesoramiento sobre medicamentos fue el Servicio que se consideró para la experiencia durante la fase de Apoyo y soporte valorada como negativa por los pacientes, debido nuevamente a la falta ayuda, en especial psicológica, que actualmente es asumida por los trabajadores sociales de los ayuntamientos y no por el SNS.

Igualmente, se recomendó un soporte documental de la información que se daba a los pacientes durante ese proceso, tanto para el paciente como para el médico de AP o especialista. También se puso de manifiesto la necesidad real de desarrollar las aplicaciones vinculadas a la receta electrónica para favorecer esa comunicación directa y fluida médico-farmacéutico.



7. RESUMEN FASE I

- A pesar de que pacientes y profesionales coincidieron en la mayoría de los momentos más importantes de la ruta asistencial, los pacientes dieron una mayor importancia al nivel de asistencia especializada frente al de AP.
- Los pacientes valoraron más aquellos momentos que les afectan de una forma más directa y no necesariamente aquellos en los que haya una interacción con el profesional sanitario.
- Los pacientes analizaron la ruta asistencial en su conjunto y mostraron dificultad para analizar las fases por separado.
- Los pacientes tuvieron una visión retrospectiva en la que percibieron cada fase con una duración superior respecto de la percepción de los profesionales sanitarios, quienes las analizaron de manera puntual.
- El grado de detalle, severidad y profundidad de las respuestas del grupo de pacientes indicaron un importante grado de subjetividad, pues al fin y al cabo son ellos o sus cuidadores los que sufren la enfermedad a lo largo de la ruta asistencial.
- La asiduidad con la que los pacientes respondieron con términos como "nada", "esperar", "resignación", "no tengo", "no espero nada" o similares indican un profundo grado de indefensión aprendida, la sensación subjetiva de no tener la capacidad de hacer nada. Esto indica la necesidad de mejorar la situación de los pacientes para revertir esta visión negativa y mostrar las oportunidades reales de cambiar la situación de su enfermedad, al menos parcialmente.
- Los pacientes buscan un profesional más accesible, por múltiples vías de comunicación, con el que se pueda dialogar, que esté centrado en sus problemas, es decir, que exista cierto grado de personalización a lo largo de toda la ruta asistencial y que aporte soluciones rápidas y eficaces que favorezcan la desaparición de los síntomas, para afrontar con éxito los problemas a los que se enfrentan y superar los sentimientos que su enfermedad les produce.
- Hay un alto grado de desconocimiento sobre los Servicios por parte de los pacientes, tanto sobre su existencia como sobre los múltiples beneficios que podrían suponer para su salud, siendo imprescindible la integración de una cartera de Servicios que permita al paciente mejorar su experiencia a lo largo de la ruta asistencial.
- Los pacientes consideraron la Promoción de la salud, la Adherencia terapéutica y la Conciliación de la medicación como tres de los Servicios más demandados.
- El Servicio de Adherencia terapéutica fue el Servicio más importante tanto para pacientes como para profesionales, durante la fase de Educación sanitaria, considerándose como Servicio transversal que debe realizarse a lo largo de toda la ruta asistencial y que aporta una información esencial a AP.
- Los Servicios de Cesación tabáquica, Asesoramiento nutricional, Formulación magistral y Revisión de botiquines fueron considerados como los menos demandados.
- No todas las Farmacias ofrecen los mismos Servicios ni los realizan de manera protocolizada y estandarizada. Esa falta de homogeneidad en la prestación de los Servicios con diferencias territoriales e individuales favorece el desconocimiento y la falta de uso continuado por parte de los pacientes.



- Las Farmacias no utilizan todos los canales a su disposición para dar a conocer los SPFA que prestan, entre otros motivos, porque la legislación vigente en materia de publicidad es desigual dentro del territorio nacional.
- Debido a que la FC no está integrada en el SNS, tampoco se recomiendan estos Servicios desde AP ni hay la suficiente comunicación entre profesionales que permitan la puesta en común de resultados y el conocimiento sobre el desarrollo de estos.
- Es necesario un cambio conceptual global para que la Farmacia pueda verse como un agente activo de salud y al farmacéutico como una figura profesional capacitada para realizar estos Servicios.
- En cuanto al pago por los SPFA, los pacientes consideraron que muchos, especialmente los relacionados con la Dispensación, así como el consejo sobre el medicamento, la seguridad y la revisión de la efectividad del tratamiento, ya se hacen desde el mostrador y son actualmente gratuitos. Consideran que es algo inherente a la profesión farmacéutica.
- Los profesionales lamentan que aquellos usuarios que más beneficios obtendrían son los que menos demandan estos Servicios, especialmente al desconocimiento y por motivos puramente económicos. Se considera necesario, por tanto, abordar su sistema de financiación pública.
- El perfil del paciente demandante de los Servicios es un paciente preocupado por su salud, informado y con cierta solvencia económica y nivel sociocultural, generalmente con una enfermedad crónica diagnosticada, de edad avanzada y polimedicado.
- Por parte de los pacientes se exige no solo una mejor coordinación con AP, sino también una mayor coordinación entre las AAPP y la Farmacia. Además, se considera que al estar estas en contacto con la Administración podrían favorecer la integración de la FC en el SNS.



8. CONCLUSIONES FASE I

1. Los pacientes analizan la ruta asistencial de una manera subjetiva y retrospectiva, considerando todo el proceso en su conjunto. A través de sus respuestas se detecta un profundo grado de indefensión aprendida.
2. Los pacientes buscan un profesional accesible por múltiples vías con el que se pueda dialogar, que aporte soluciones rápidas y eficaces frente a los síntomas de su enfermedad.
3. Los pacientes tienen un alto grado de desconocimiento sobre los SPFA, su alcance y los múltiples beneficios que puedan tener sobre su salud.
4. Se detecta la necesidad de homogeneizar la oferta de los SPFA para todo el territorio nacional, regulándolos a través de un mismo marco legislativo, que garantice la calidad de los Servicios y su difusión entre la población diana.
5. La Adherencia terapéutica y la Dispensación son los Servicios considerados como más demandados, mientras que la Cesación tabáquica, la Formulación magistral y la Revisión de botiquines se consideran los menos demandados.
6. Es necesaria una vía de comunicación fluida y eficaz entre todos los niveles asistenciales, incluyendo la FC, para poder integrar los Servicios en el SNS y que puedan ser recomendados por otros profesionales sanitarios.
7. Los pacientes, en general, no están dispuestos a pagar por los Servicios, pues los consideran algo inherente a la actividad farmacéutica.
8. El paciente candidato para la utilización de los SPFA es un paciente preocupado por su salud, informado y con un cierto grado socioeconómico y cultural.
9. Es necesario un cambio conceptual global de la Farmacia para que pueda verse como un agente sanitario integral donde el farmacéutico pueda ofrecer estos Servicios.
10. El paciente espera una mejor coordinación con AP, pero también una actividad conjunta con las AAPP.



9. REQUERIMIENTOS PARA EL DESARROLLO DE LOS SPFA

Para el óptimo desarrollo e integración de los SPFA en la ruta asistencial del paciente crónico es necesario generar un entorno que permita abordar este cambio en la atención de la Farmacia Comunitaria hacia sus pacientes.

No es posible alcanzar este entorno sin disponer de una serie de requerimientos, que son los que permitirán que los Servicios se realicen de la manera adecuada.

Se entiende por **requerimientos** aquellas condiciones materiales o de conocimiento que permiten llevar a cabo los Servicios en el ámbito de la FC con la calidad y profesionalidad necesarias.

Para identificar estos requerimientos se definieron tres categorías que se relacionaron, a su vez, con cada una de las fases del proceso asistencial y los SPFA seleccionados para cada una de ellas.

Estas tres categorías son:

- Espacios.
- Recursos humanos, físicos y tecnológicos.
- Formación de los profesionales.

No obstante, tras un análisis escrupuloso de todos estos requerimientos, se constató que algunos eran comunes a varias fases del proceso asistencial, por lo que se definieron de un modo autónomo, con independencia de la fase de la asistencia a la que se refieren.

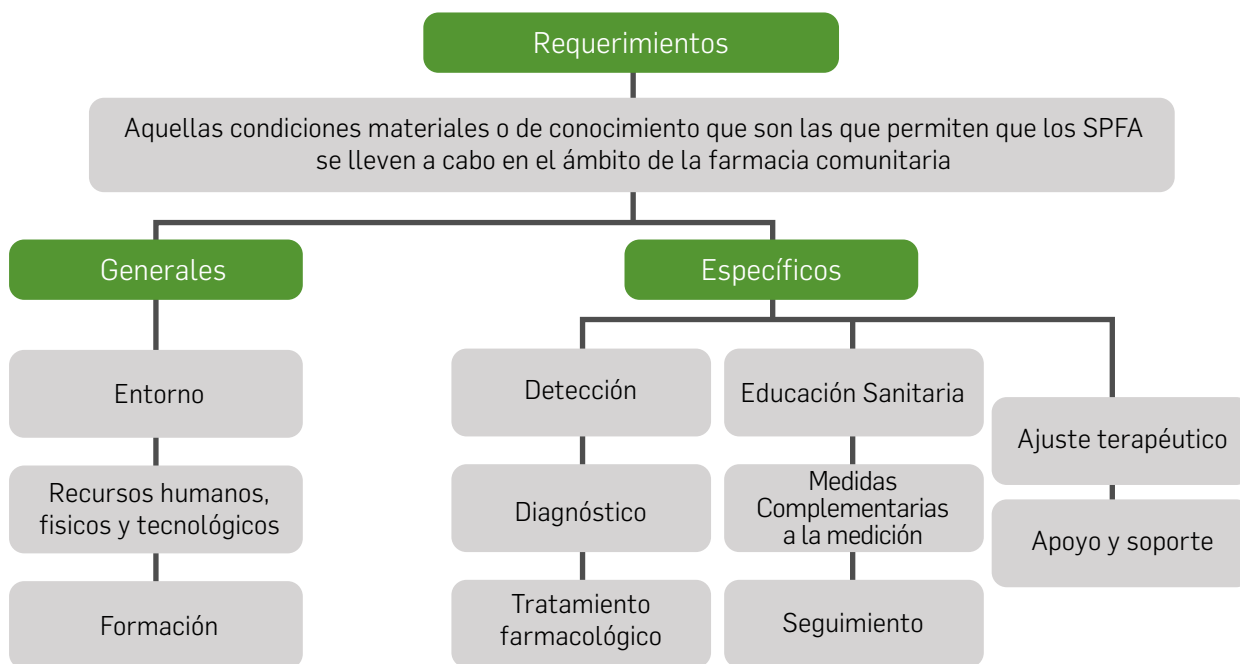


Figura 3. Esquema de clasificación de los requerimientos para el desarrollo de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA).



A continuación se exponen los requerimientos generales y específicos de cada fase de la ruta asistencial del paciente crónico.

9.1 Requerimientos generales

En este apartado se enumeran y estudian todos aquellos requerimientos comunes a varias de las fases del proceso asistencial, que se definieron, por tanto, de manera independiente a la fase de la ruta asistencial a la que se refieren.

9.1.1 Espacios

Es necesario que las Farmacias dispongan de espacios específicos para la realización de la mayor parte de los Servicios, conocidos comúnmente como Zona de Atención Personalizada (ZAP). Estas zonas, cuya ubicación depende en buena medida del espacio y de los recursos de la farmacia, se recomienda que sean lugares discretos y aislados del ruido, pero visibles y que cumplan las siguientes características:

- Superficie para la realización de los Servicios.
- Acceso fácil para los pacientes con limitaciones funcionales.
- Mobiliario adecuado para el trabajo del farmacéutico.
- Disposición adecuada para una correcta interacción farmacéutico-paciente.
- Privacidad.

Adicionalmente, se aconseja disponer de una zona de espera para los pacientes que van a ser atendidos por el farmacéutico.

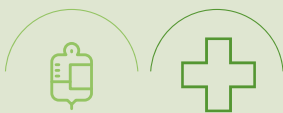
Esto se recoge, por ejemplo, en la Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid publicado en el «BOCM» núm. 287, de 3 de diciembre de 1998 y el «BOE» núm. 124, de 25 de mayo de 1999 (Referencia: BOE-A-1999-11710) en el Art. 29 de “Locales e instalaciones”¹⁰.

En ella se indica que la Farmacia deberá tener un “acceso libre, directo y permanente a vía pública y dispondrá de una superficie útil mínima de 75 metros cuadrados” y contará con, entre otras, con “un Despacho del Farmacéutico o zona diferenciada que permita la atención individualizada al paciente”.

9.1.2 Recursos humanos, físicos y tecnológicos

Los recursos humanos, físicos y tecnológicos engloban todas aquellas herramientas que los farmacéuticos necesitan para desarrollar los Servicios en la Farmacia, incluyendo sistemas de registro y comunicación con otros profesionales sanitarios de la actividad asistencial.

¹⁰ Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid. BOCM, núm. 287, de 3 de diciembre de 1998. BOE, núm. 124, de 25 de mayo de 1999. [Internet] <https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-11710-consolidado.pdf>



Sistemas de consulta y registro

Para un correcto seguimiento y profesionalidad de los SPFA, **las actuaciones profesionales deberían quedar registradas** en todo momento. Esto, además de dejar constancia de las actuaciones realizadas en cada uno de ellos y facilitar el seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo, permitiría tener un mecanismo de coordinación con otros profesionales que puedan participar en el proceso asistencial.

Iniciativas como **NodoFarma Asistencial**, plataforma tecnológica para prestar SPFA en la FC, desarrollada por el CGCOF, permiten la realización de estas funciones, creando una red de Farmacias adheridas voluntariamente y permitiendo el seguimiento de los pacientes de forma más eficaz, sencilla, uniforme y protocolizada¹¹.



Además, esto permite suplir necesidades ya que se genera un historial farmacoterapéutico completo del paciente y ayuda con los problemas de uso de los medicamentos.

Disponibilidad de agenda

Los SPFA definidos son intensivos en cuanto a la dedicación de tiempo necesario para realizarlos con un alto grado de eficiencia y profesionalidad, esto es, que el paciente perciba que ese es su momento y que se le está dedicando toda la atención que requiere.

Por ello, se aconsejó que las Farmacias comunitarias dispongan de una agenda que facilite la programación de las visitas que deban realizarse.

En dicha agenda se contemplará el mejor horario para realizar cada Servicio en función del tiempo que requiera cada paciente, de la carga de actividad global de la Farmacia y del personal disponible y formado para realizar el Servicio según el turno de trabajo.

Además, permitiría llevar un control de asistencia, recordatorio de cita y cancelación, de manera que el Servicio sea lo más eficiente y rentable para la Farmacia y el paciente.

Personal de la Farmacia

Además del tiempo, otro de los requisitos destacado fue, sin lugar a duda, el personal dedicado a estas tareas, pues muchos consideraron que implementando esta cartera de Servicios y teniendo en cuenta la dedicación de tiempo que requieren, sería prácticamente una obligación aumentar el número de trabajadores en la Farmacia. A pesar de ello, hay miembros que consideraron que una buena selección de los Servicios a ofrecer y una buena organización del tiempo y el espacio serían suficientes.

En lo que todos parecieron estar de acuerdo es en que ese personal debería estar implicado, conocer los objetivos del Servicio, tener una clara vocación asistencial y estar suficientemente formado en la realización del Servicio y su seguimiento.

¹¹Nodofarma Asistencial. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. [Internet] <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/farmacia-asistencial/mi-farmacia-asistencial/>



Mecanismos de coordinación y comunicación con otros niveles asistenciales

En opinión del grupo de expertos consultado, la realización de los SPFA se enriquecería en el caso de existir un mecanismo **de coordinación y comunicación** entre los farmacéuticos y los equipos de los diferentes niveles asistenciales (MAP, especialistas, personal de Enfermería, trabajadores sociales y psicólogos).

El objetivo es disponer de herramientas de comunicación que permitan compartir la información de forma rápida y directa a todos los agentes implicados en el cuidado asistencial de los pacientes, así como la definición de criterios comunes de actuación.

En el caso concreto de los pacientes crónicos, la comunicación y coordinación con el MAP es tanto más relevante cuanto más actividad se realice con ellos.

Además, se definió que estos mecanismos deberían ser simples y rápidos, como la posibilidad de comunicarse vía teléfono o correo electrónico. Para el óptimo funcionamiento de este mecanismo sería necesario que todos, pero especialmente el farmacéutico, dispusiesen de la información adecuada acerca de los médicos y personal de Enfermería referentes de los pacientes o de los especialistas y otros profesionales sanitarios que los atienden, entendiéndose por "información adecuada" los datos de contacto necesarios para llevar a cabo esta comunicación.

Por otro lado, el grupo de expertos participantes definió que una herramienta de coordinación debe permitir no solo el flujo de información acerca de los pacientes individualizados, sino también la discusión de situaciones concretas y el establecimiento de criterios de actuación. En este sentido, se debería considerar la posibilidad de realizar sesiones clínicas en las que participen tanto profesionales de AP y como de FC.

Un ejemplo de esta coordinación es el Programa de coordinación entre el Centro de Salud Daroca y los farmacéuticos comunitarios de su zona básica de salud¹², que trata de "mejorar la seguridad y la calidad en la prescripción y dispensación de medicamentos a los pacientes del ámbito común de actuación", que se lleva desarrollando de manera ininterrumpida desde 2012.

En este Programa participan 38 médicos y 29 enfermeros del Centro de Salud Daroca y farmacéuticos de 37 Farmacias comunitarias de la zona que pusieron en marcha las siguientes actividades:

- Disponibilidad de un teléfono directo de contacto de los farmacéuticos comunitarios con los profesionales del centro de salud.
- Creación de una dirección de correo electrónico de uso compartido por FC y el Centro de Salud Daroca.
- Realización de sesiones clínicas formativas conjuntas con periodicidad semanal desde el mes de mayo de 2012.
- Celebración de reuniones de seguimiento de la implantación de los cambios legislativos en la prescripción y dispensación de medicamentos.
- Adopción de criterios de consenso en la actuación y abordaje de los problemas derivados de los mencionados cambios legislativos.
- Formación de dos grupos de trabajo conjuntos de MAP, personal de Enfermería y FC (Abordaje del paciente polimedcado y Actividades preventivas y de manejo sintomático de la gripe).

¹² Fernández de Cano Martín N, Cabrera Majada A, Altares López C, Moro Valverde A, Alía Fernández-Montes E, Taengua Benavent S. Programa de coordinación entre el Centro de Salud Daroca y los farmacéuticos comunitarios de su zona básica de salud. Farm Com. 4(Suplemento 1). [Internet] <https://www.farmaceticoscomunitarios.org/journal-article/programa-coordinacion-entre-centro-salud-daroca-farmaceticos-comunitarios-su-zona>



Acceso a la información clínica de los pacientes

La óptima realización de los SPFA solo sería posible si se dispusiese de información sobre los pacientes obtenida a través de las fuentes primarias, es decir, de la historia clínica (HC), para evitar, en primer lugar, que el paciente deba repetir esa información (especialmente si es atendido por distintos farmacéuticos en sucesivas citas de seguimiento) y, en segundo lugar, para evitar que se olviden u omitan detalles importantes relacionados con la salud. La disponibilidad de la información clínica de los pacientes se puede estructurar en cuatro niveles de complejidad:

- Primer nivel: acceso por parte de las FC a la receta electrónica generada en todos los niveles del sistema de salud.
- Segundo nivel: acceso a informes de asistencia de los pacientes.
- Tercer nivel: acceso a la información contenida en la HC de los pacientes (en niveles a definir), pero sin posibilidad de realizar aportaciones a la HC.
- Cuarto nivel: posibilidad de realizar aportaciones en la HC, bien por escritura directa, bien mediante el establecimiento de mecanismos de interoperabilidad con NodoFarma Asistencial. De esta manera, los hallazgos realizados en la FC se trasladarían de un modo inmediato a la HC.

A estos efectos, es importante recordar que la HC y la información que esta recoge no es propiedad del SNS, las administraciones públicas o el personal sanitario que en ellas trabajan, sino que es propiedad exclusiva del paciente y, por lo tanto, debería poder compartirlo con toda aquella persona autorizada por él.

Del mismo modo, cabe recordar la importancia específica que tiene el conocimiento global del historial farmacoterapéutico del paciente por parte del farmacéutico comunitario, con todos los medicamentos, y otro tipo de productos, que un paciente puede estar recibiendo y que pueden tener diferentes interacciones entre sí. En este ámbito la importancia de la Farmacia Comunitaria es vital, pues es el único profesional sanitario que puede conocer toda la medicación que está recibiendo el paciente, tanto la financiada por el SNS como la privada o aquella que pueda solicitar sin necesidad de prescripción.

9.1.3 Formación de los profesionales

Debido a que la formación curricular recibida por los profesionales de la FC no está necesariamente orientada a la relación, comunicación y trato con los pacientes, se hace necesario desplegar programas de formación en los que se aborden temas de competencias globales como:

- Relación farmacéutico-paciente.
- Comunicación con los pacientes: comunicación verbal y no verbal.
- Empatía: una herramienta vital.
- Información a los pacientes: cómo adaptarse a las necesidades de los pacientes y a su capacidad de comprensión.
- Derechos de los pacientes: confidencialidad, privacidad y más.
- Participación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas.
- Motivación de los pacientes.



Independientemente de esta formación generalista, para cada fase y Servicio será necesario desplegar programas específicos que den respuesta a aspectos concretos dentro de los SPFA y que serán descritos posteriormente.

9.2 Requerimientos específicos

Siguiendo con el esquema planteado, se procede ahora a analizar aquellos requerimientos que se consideraron específicos para cada Servicio durante la confección del *service blueprint* en la Fase I.

Es conveniente recordar las fases que componen la ruta asistencial del paciente crónico:

Detección > Diagnóstico > Tratamiento farmacológico > Educación sanitaria > Tratamiento no farmacológico > Seguimiento > Ajuste terapéutico > Apoyo y soporte

También se hace necesario enumerar los siguientes 12 Servicios, que fueron seleccionados por el CC y para los que se analizan los requerimientos específicos, por orden de aparición según la fase a analizar:

- Cribado (detección de enfermedades ocultas).
- Participación en campañas sanitarias (promoción de la salud).
- Medición de parámetros clínicos.
- Apoyo colaborativo al diagnóstico por el médico.
- Dispensación.
- Asesoramiento sobre medicamentos.
- Adherencia terapéutica.
- Cesación tabáquica.
- Asesoramiento nutricional.
- Conciliación de la medicación.
- Educación sanitaria.
- Seguimiento farmacoterapéutico.

9.2.1 Detección

Durante la celebración de la última reunión presencial en la sede del CGCOF en Madrid, el CC seleccionó para la fase de detección los Servicios de: Cribado, Participación en campañas sanitarias y Medición de parámetros clínicos.

Cribado

En el caso del Cribado o detección de enfermedades ocultas no se consideró necesario disponer de espacios específicos diferentes a los ya mencionados en el apartado 9.1.1.A para la realización del cribado de las



| Fase de Detección | Espacio | Recursos humanos, físicos y tecnológicos | Formación |
|--|--|---|--|
| CRIBADO (DETECCIÓN DE ENFERMEDADES OCULTAS) | No se considera que para la realización del cribado de las enfermedades sujetas a análisis sea necesario disponer de espacios específicos diferentes a los descritos en los requerimientos comunes | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de test para la detección de determinadas patologías crónicas Disponibilidad de pruebas analíticas para la detección de la enfermedad | <ul style="list-style-type: none"> Formación específica que permita identificar signos y síntomas de sospecha de las patologías crónicas objeto del proyecto |
| PARTICIPACIÓN EN CAMPAÑAS SANITARIAS (PROMOCIÓN DE LA SALUD) | Espacios específicos para la colocación del material relacionado con cada campaña | <ul style="list-style-type: none"> Material específico relacionado con la campaña | <ul style="list-style-type: none"> Formación relacionada con la campaña en el caso de que sea necesario |
| MEDICIÓN DE PARÁMETROS CLÍNICOS | Espacios ventilados para la realización de las espirometrías | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de pruebas analíticas para la medición de parámetros clínicos relacionados con la enfermedad | <ul style="list-style-type: none"> Formación relacionada con el uso de elementos tecnológicos Formación para el soporte en la interpretación de los resultados |

Figura 4. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de detección.

enfermedades sujetas a análisis, pero sí la disponibilidad de *test* y pruebas analíticas para la detección de determinadas patologías crónicas, así como formación específica relacionada con estas patologías.

Para algunas enfermedades podría acompañarse, ante la sospecha o la petición del paciente o su entorno, de **test específicos** y validados que facilitasen la labor del farmacéutico. La identificación de estos *test* debería contar con la colaboración de los equipos de AP y especialistas para adoptar las pruebas que mejor respondan a los objetivos planteados.

Además de la aplicación de *test*, en la actualidad se dispone de **pruebas analíticas** que permiten valorar parámetros objetivos. Es el caso de los glucómetros para la determinación de glucosa en el caso de la diabetes y espirómetros o pulsioxímetros en el caso de la fibrosis pulmonar. Asimismo, es preciso disponer del material fungible necesario para poder realizar estas determinaciones, como es el caso de las tiras reactivas, por ejemplo.

Material fungible: se trata del material que se consume con el uso. Se caracteriza por ser todo aquel que es imposible usar sin gastarlo, esto es, bienes cuya naturaleza implica su consumo total, por lo que es necesario reemplazarlos continuamente.

Por su parte, la **formación** mencionada debería otorgar a los responsables del Servicio la **capacidad de identificar signos y síntomas de sospecha** de las patologías crónicas a detectar.

Participación en campañas sanitarias

Para la Participación en campañas sanitarias (promoción de la salud) el grupo de expertos consideró que sí era necesario un espacio específico con el fin de colocar el material relacionado con la campaña y dar visibilidad a la acción.



Además, se mencionó la necesidad de **materiales específicos de la campaña** (formativos y/o informativos) y la coordinación con la Administración o entidad responsable de la misma (Ministerio de Sanidad, Consejería de Sanidad, CGCOF, COF provincial, AAPP, entidad privada, etc.), en caso de no ser una iniciativa propia de la Farmacia. Estos materiales deben ser siempre visibles y accesibles para los pacientes. También en este caso se consideró un requerimiento importante la **formación** relativa a cualquier aspecto **relacionado con la campaña** (enfermedad, signos y síntomas, hábitos saludables, estilo de vida, prevención, tratamiento, etc.) para todos aquellos profesionales de la Farmacia que intervienen en la realización del Servicio.

Medición de parámetros clínicos

Para este tercer Servicio seleccionado dentro de la fase de Detección se indicó la necesidad de tener un espacio bien ventilado en caso, por ejemplo, de realizar pruebas de función pulmonar.

Destacaron la necesidad de **pruebas analíticas de detección** como requerimiento de recursos físicos sencillos, que permitan llevar a cabo la medición de parámetros clínicos. No se busca, en consecuencia, disponer de elementos tecnológicos sofisticados, habituales en las instituciones asistenciales. Tal y como se ha mencionado para el Servicio de cribado, debería disponerse de glucómetros para la determinación de glucosa y espirómetros y/o pulsioxímetros para determinar la capacidad pulmonar.

Asimismo, sería preciso disponer del **material fungible** necesario para poder realizar estas determinaciones e imprescindible el acceso a un programa de mantenimiento de los elementos tecnológicos para garantizar su óptimo funcionamiento.

Por último, para este Servicio se consideró necesaria la **formación** tanto en el **uso de los elementos tecnológicos**, como en la **interpretación de los resultados** en el ámbito del cribado de enfermedades.

9.2.2 Diagnóstico

| Fase de Diagnóstico | Espacio | Recursos humanos, físicos y tecnológicos | Formación |
|--|--|--|---|
| APOYO COLABORATIVO AL DIAGNÓSTICO POR EL MÉDICO | No se considera que para la realización del cribado de las enfermedades sujetas a análisis sea necesario disponer de espacios específicos diferentes a los descritos en los requerimientos comunes | <ul style="list-style-type: none"> ● Guía básica de síntomas de las enfermedades ● Acceso a fuentes bibliográficas ● Guía de recursos de soporte a pacientes y familias | <ul style="list-style-type: none"> ● Formación específica que incluya las características del proceso diagnóstico y las principales características clínicas y evolutivas de las enfermedades analizadas |
| PARTICIPACIÓN EN CAMPAÑAS SANITARIAS (PROMOCIÓN DE LA SALUD) | Espacios específicos para la colocación del material relacionado con cada campaña | <ul style="list-style-type: none"> ● Material específico relacionado con la campaña | <ul style="list-style-type: none"> ● Formación relacionada con la campaña en el caso de que sea necesario |
| MEDICIÓN DE PARÁMETROS CLÍNICOS | Espacios ventilados para la realización de las espirometrías | <ul style="list-style-type: none"> ● Disponibilidad de pruebas analíticas para la medición de parámetros clínicos relacionados con la enfermedad | <ul style="list-style-type: none"> ● Formación relacionada con el uso de elementos tecnológicos ● Formación para el soporte en la interpretación de los resultados |

Figura 5. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de diagnóstico.



En la fase de Diagnóstico hay dos Servicios que se repiten de la anterior, a saber, la Participación en campañas sanitarias y Medición de parámetros clínicos. En ambos casos las necesidades de requerimientos detectadas referentes al espacio, los recursos y la formación fueron similares.

Apoyo colaborativo al diagnóstico por el médico

Además, el grupo de expertos seleccionó un tercer Servicio, el Apoyo colaborativo al diagnóstico por el médico, como aquel que puede mejorar la experiencia asistencial del paciente durante esta fase concreta, para el cual no se consideró necesario ningún requerimiento de espacio adicional a los requerimientos comunes, pero sí para los de recursos y formación.

Con respecto a los recursos humanos, físicos y tecnológicos, destacó la necesidad de una **guía de síntomas de las enfermedades** que se consideren óptimas a incluir en este Servicio, pues la Farmacia es frecuentemente el primer punto de contacto del paciente con el sistema de salud y los farmacéuticos deben poder conocer la sintomatología más común para poder orientar y dar el apoyo necesario a pacientes y familiares/cuidadores.

También destacó la necesidad de un **acceso a las fuentes bibliográficas** como complemento a la guía básica de síntomas, que facilitasen la comprensión de la enfermedad objeto del diagnóstico, siendo importante que estas fuentes estén previamente validadas, para evitar que fluya información con poca o nula base científica y se complique el proceso de asistencia a los pacientes.

También se destacó como necesaria una **guía de recursos de soporte a pacientes y familiares/cuidadores** que podría ser de mucho interés y que debería incluir recursos informativos para completar la información facilitada por médicos y farmacéuticos, recursos asistenciales para el abordaje de su enfermedad y recursos proporcionados por las AAPP, también validados por todos los participantes en el proceso del diagnóstico de los pacientes.

En relación con la formación necesaria para llevar a cabo este Servicio, los profesionales consultados destacaron una **formación específica** que incluyese las **características del proceso de diagnóstico y las principales características clínicas y evolutivas** de las enfermedades analizadas.

9.2.3 Tratamiento farmacológico

| Fase Tratamiento Farmacológico | Espacio | Recursos humanos, físicos y tecnológicos | Formación |
|----------------------------------|--|---|--|
| DISPENSACIÓN | No se considera que para la dispensación y el asesoramiento sobre medicamentos sea necesario disponer de espacios específicos diferentes a los que actualmente existen | <ul style="list-style-type: none"> ● Recursos para validación de prescripciones (principalmente interacciones y dosificación) ● Disponibilidad de herramientas que faciliten la preparación de dosis personales | <ul style="list-style-type: none"> ● Formación acerca de las características de los medicamentos específicos de las enfermedades incluidas en el proyecto/campaña |
| ASESORAMIENTO SOBRE MEDICAMENTOS | | <ul style="list-style-type: none"> ● Información actualizada sobre los medicamentos ● Información documental para los pacientes | <ul style="list-style-type: none"> ● Formación acerca de las características de los medicamentos específicos de las enfermedades incluidas en el proyecto/campaña |

Figura 6. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de tratamiento farmacológico.



Tras analizar lo comentado en la reunión sobre la fase de Tratamiento farmacológico, el CC destacó dos Servicios clave para mejorar la visión que el paciente tiene sobre su experiencia a lo largo de la ruta asistencial: la Dispensación y el Asesoramiento sobre medicamentos. En ambos casos no se consideraron necesarios requisitos relativos a espacios distintos a los mencionados en el apartado de requerimientos generales y diferentes a los que existen actualmente.

En cuanto a la **formación**, el CC destacó que para ambos Servicios debería centrarse esta en las **características de los medicamentos** específicos de las patologías sobre las que se quiere influir, ser de carácter continua y poner un especial énfasis en las **novedades terapéuticas comercializadas**.

Dispensación

En relación con los requisitos humanos, físicos y tecnológicos, se consideró necesaria una **herramienta para la validación de prescripciones**, especialmente respecto a interacciones y dosificación, que mejoren la capacidad de la FC para validar la prescripción, añadiendo un elemento de control de calidad a los SPFA, que debería ir acompañado del ya mencionado mecanismo de comunicación con los médicos prescriptores o, incluso, la posibilidad de modificar/sugerir una modificación en la prescripción, siempre que quede registrada en la HC del paciente o sino sugerir la posibilidad de modificar la prescripción por el médico.

También se consideró importante disponer de **herramientas que facilitasen la preparación de dosis personalizadas**, pues para muchos pacientes crónicos la gestión diaria de la medicación supone un problema que puede dificultar la adherencia y, en consecuencia, disminuir la efectividad del tratamiento. La posibilidad de que desde la FC se preparen SPD para periodos cortos de tiempo (semanas, etc.) añade otra variable de calidad que facilita el proceso asistencial de los pacientes.

Asesoramiento sobre medicamentos

Como ya se ha expuesto, no se consideraron necesarios requisitos relativos a los espacios distintos a los ya descritos en el apartado de requerimientos comunes.

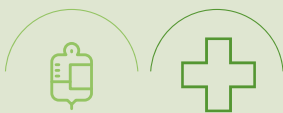
Sin embargo, sí se consideró necesaria la **información actualizada sobre los medicamentos**, especialmente los referidos a las patologías sobre las que se pretendiera influir, para un adecuado asesoramiento de los pacientes. Esta puede obtenerse por la vía de la formación, por la vía de información bibliográfica o de publicaciones especializadas o mediante el uso de herramientas informáticas, cuya actualización acostumbra a ser la más rápida. Esta información actualizada debería incluir, de una manera especial, las reacciones adversas o las interacciones de los medicamentos dirigidos al tratamiento de estas enfermedades.

Un ejemplo de estas herramientas es la base de datos del medicamento, Bot PLUS, elaborada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, con información sanitaria homogénea y actualizada de todos los medicamentos y productos de parafarmacia comercializados, tanto de carácter administrativo como técnico y farmacológico¹³.



También se estimó necesaria la **información documental para los pacientes**, con el fin de mejorar la efectividad de los medicamentos: de manera que, en la FC se dispusiese de información escrita destinada a los pacientes, siendo particularmente relevante en el caso de los pacientes crónicos, a los que hay que trasladar una información que les oriente, en un lenguaje comprensible, sobre las características del tratamiento, intervenciones en adherencia y los posibles efectos secundarios que puedan presentar. Para ello, la relación con las administraciones y las AAPP es fundamental, pues generalmente tienen disponibles estos materiales o la capacidad de diseñarlos y distribuirlos entre las Farmacias.

¹³ Bot Plus. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. [Internet] <https://www.farmaceuticos.com/botplus/>



9.2.4 Educación sanitaria

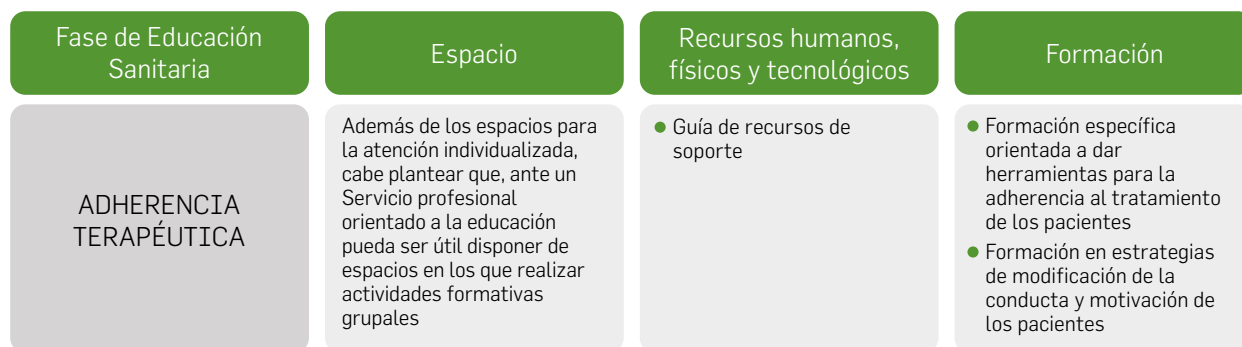


Figura 7. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de educación sanitaria.

Adherencia Terapéutica

El Servicio de Adherencia Terapéutica fue el único que se consideró fundamental para esta fase de la ruta asistencial.

Sobre la necesidad de espacios concretos, además de la ya mencionada ZAP, se consideró útil la disponibilidad de espacios en los que realizar actividades formativas grupales.

En relación con la necesidad de recursos, se estimó también interesante una **guía de recursos de soporte** para garantizar una adherencia óptima, siendo uno de los principales objetivos a conseguir de cualquier tratamiento, especialmente en el paciente crónico. Además de que las sesiones específicas de educación que puedan recibir, individuales o grupales, sería conveniente disponer de una guía que facilitase recursos a los pacientes o a sus cuidadores para que mantuviesen la adherencia al tratamiento en niveles óptimos. La guía debería facilitar recursos, validados como en casos anteriores, además de cumplir, sobre todo, con el criterio de utilización de un lenguaje comprensible para los pacientes y/o sus cuidadores.

Con respecto a la **formación**, se consideraron necesarias tanto una formación específica orientada a proporcionar **herramientas para la adherencia al tratamiento** de los pacientes como una formación en **estrategias de modificación de la conducta y motivación de los pacientes**.

La experiencia obtenida a partir del proyecto **AdherenciaMED** podría ser especialmente útil a la hora de plantear estos módulos de formación¹⁴.

AdherenciaMED
Servicio de adherencia terapéutica

Este proyecto tuvo como principal objetivo "diseñar y evaluar el impacto clínico, económico y humanístico de un SPFA enfocado en la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes en tratamiento farmacológico para una serie de patologías (hipertensión arterial, asma o EPOC), en comparación con la atención habitual"¹⁴.

¹⁴Proyecto AdherenciaMED. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. [Internet] <https://www.farmaceticos.com/farmaceticos/farmacacia/farmacacia-asistencial/proyectos-de-investigacion/proyecto-adherenciamed/>



Además, posteriormente, el CGCOF ha seguido trabajando en llevar a la práctica dicha investigación en el Servicio de Adherencia Terapéutica simplificando tanto la formación a los farmacéuticos como los registros a través de Nodofarma Asistencial, para poner a disposición de todos los farmacéuticos un Servicio práctico.

9.2.5 Tratamiento no farmacológico

| Fase de Medidas Complementarias a la medicación | Espacio | Recursos humanos, físicos y tecnológicos | Formación |
|---|--|--|---|
| CESACIÓN TABÁQUICA | Además de los espacios para la atención individualizada, cabe plantear que, ante un Servicio profesional orientado a la educación, pueda ser útil disponer de espacios en los que realizar actividades formativas grupales | <ul style="list-style-type: none"> ● Guía de recursos de soporte para la cesación tabáquica ● Información documental para los pacientes | <ul style="list-style-type: none"> ● Formación específica orientada a dar soporte en la cesación tabáquica de los pacientes ● Formación en estrategias de modificación de la conducta y motivación de los pacientes |
| ASESORAMIENTO NUTRICIONAL | | <ul style="list-style-type: none"> ● Guía de recursos de soporte para la mejora de los hábitos nutricionales ● Información documental para los pacientes | <ul style="list-style-type: none"> ● Formación específica en nutrición ● Formación en estrategias de modificación de la conducta y motivación de los pacientes |
| PARTICIPACIÓN EN CAMPAÑAS SANITARIAS | Espacios específicos para la colocación del material relacionado con cada campaña | <ul style="list-style-type: none"> ● Material específico relacionado con la campaña | <ul style="list-style-type: none"> ● Formación relacionada con la campaña en el caso de que sea necesario |

Figura 8. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de tratamiento no farmacológico.

Al analizar la fase de Tratamiento no farmacológico o de medidas complementarias a la medicación, el grupo de expertos participante en el proyecto destacó tres Servicios para mejorar la experiencia del paciente crónico durante la ruta asistencial.

Uno de ellos, el de Participación en campañas sanitarias, ya ha sido analizado anteriormente y los expertos no añadieron ninguna necesidad diferente para esta fase en relación con los espacios, recursos o formación que pueda requerir la FC para implementarlo.

Los otros dos Servicios destacados fueron la Cesación tabáquica y el Asesoramiento nutricional.

Para ambos, además de los espacios para la atención individualizada, cabría plantear que, ante un Servicio profesional orientado a la educación, sería útil "disponer de espacios en los que realizar actividades formativas grupales".

Entre los recursos humanos, físicos y tecnológicos destacó la necesidad de una **guía de recursos de soporte** diseñada con criterios similares a los de otras guías de diferentes etapas del proceso asistencial (validación, rigor científico y lenguaje accesible a pacientes y cuidadores), así como contar con **información documental para los pacientes** que estuviese validada y que ayudase en el proceso de deshabituación tabáquica o en la mejora de los hábitos nutricionales según correspondiese, pudiendo ser un complemento muy útil de



soporte en las sesiones realizadas de un modo individual o grupal. Añadido a todo esto, se consideró también la posibilidad de complementar estos Servicios prestados en la FC con el apoyo de psicólogos para "reforzar las posibilidades de abandono del consumo de tabaco o la mejora de los hábitos nutricionales".

Un ejemplo de ello sería el **Plan de Educación Nutricional por el Farmacéutico, Plenufar**, que el CGCOF lleva organizando desde 1992 a través de su Vocalía Nacional de Farmacéuticos en la Alimentación, centrado en la idea de fomentar hábitos alimentarios saludables en el núcleo familiar. En 2022 se lanzó la 7ª campaña titulada *Plenufar 7: Valoración de la calidad de vida y del bienestar nutricional de la población*¹⁵, cuyos objetivos fueron: formar a los farmacéuticos en alimentación, informar a la población y recopilar datos sobre pautas de alimentación y estilos de vida y establecer, a partir de la información recibida de los usuarios, un algoritmo que permita al farmacéutico trasladar a los usuarios recomendaciones para fomentar unos hábitos alimentarios, de actividad física y de estilos de vida adecuados.

9.2.6 Seguimiento

| Fase de Seguimiento | Espacio | Recursos humanos, físicos y tecnológicos | Formación |
|-------------------------------|--|---|---|
| ADHERENCIA TERAPÉUTICA | No se considera que para la valoración de la adherencia al tratamiento y la conciliación de la medicación sea necesario disponer de espacios específicos diferentes a los descritos en los requerimientos comunes | <ul style="list-style-type: none"> Herramientas de valoración y clasificación de la adherencia de los pacientes Guía de recursos de soporte | <ul style="list-style-type: none"> Formación específica orientada a dar herramientas para la mejora de la adherencia de los pacientes Formación en estrategias de modificación de la conducta y motivación de los pacientes |
| CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN | | <ul style="list-style-type: none"> Herramientas específicas de soporte a la conciliación | <ul style="list-style-type: none"> Formación relacionada con la conciliación de la medicación |
| EDUCACIÓN SANITARIA | Además de los espacios para la atención individualizada, cabe plantear que, ante un Servicio profesional orientado a la educación, pueda ser útil disponer de espacios en los que realizar actividades formativas grupales | <ul style="list-style-type: none"> Materiales de apoyo para pacientes y cuidadores | <ul style="list-style-type: none"> Formación en las áreas objeto de la educación sanitaria Formación en técnicas de educación sanitaria |

Figura 9. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de seguimiento.

Adherencia terapéutica

Para la fase de Seguimiento se destacaron tres Servicios. Uno de ellos, el de Adherencia Terapéutica, ya fue analizado con antelación y los expertos consultados únicamente añadieron que en este caso sería interesante, además de la guía de recursos de soporte, una **herramienta de valoración y clasificación de la adherencia de los pacientes**.

¹⁵Plenufar 7: Valoración de la calidad de vida y del bienestar nutricional de la población. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2022. [Internet] <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/campanas/plenufar-7/>



Las herramientas de registro electrónico de SPFA, como Nodofarma Asistencial y otras disponibles de diferentes Organizaciones Colegiales, son las herramientas donde se incluyen cuestionarios validados de valoración y clasificación de la adherencia de los pacientes como Morisky-Green, que clasifican a los pacientes según su tipo de falta de adherencia y ayudan al farmacéutico a decidir la mejor intervención para la mejora de la adherencia del paciente.

Con respecto a los requisitos de espacios y formación no aportaron ninguna información nueva.

Conciliación de la medicación

Si con respecto a los espacios el grupo de expertos opinó que no se requería ninguno de carácter específico para su realización, sí consideró que eran necesarias **herramientas específicas de soporte a la conciliación**.

Nuevamente podemos apoyarnos en la experiencia del proyecto **Concilia Medicamentos-2** y su registro tecnológico, que demuestra que la gran mayoría de los pacientes presenta discrepancias en su tratamiento, lo que "afecta negativamente a la efectividad del tratamiento y a la propia seguridad de los pacientes"¹⁶.

Concilia2
Medicamentos

En el primer estudio de Concilia Medicamentos se validaron los procedimientos de conciliación y un sistema de comunicación entre los farmacéuticos de los diferentes niveles asistenciales. En 2019 se puso en marcha Concilia Medicamentos-2, con el objetivo de analizar las discrepancias y estimar el impacto potencial de las intervenciones farmacéuticas tras la puesta en marcha del Servicio de conciliación al alta.

La disponibilidad de herramientas de soporte a este Servicio, además del acceso a la receta electrónica, entre otros componentes de información personalizada de los pacientes, facilitaría la realización eficaz del Servicio. Además se consideró necesaria una **formación** relacionada con **la conciliación de la medicación**.

Educación sanitaria

El tercer y último Servicio destacado para la fase de seguimiento fue el de Educación sanitaria, para el cual, además de los espacios para la atención individualizada, cabría plantear como ya se ha comentado con anterioridad que, al tratarse de un Servicio profesional orientado a la educación, sería útil disponer de espacios en los que realizar actividades formativas grupales.

Entre los recursos necesarios se destacó la necesidad **de materiales de apoyo para pacientes y cuidadores**, pues consideraron que, tras cualquier acción educativa y como "apoyo para su consolidación y refuerzo" es recomendable poner al alcance de pacientes y familiares/cuidadores materiales de soporte sobre los ámbitos tratados (estilos de vida, abordaje de la enfermedad, adherencia al tratamiento, prevención de problemas derivados de la patología, etc.).

Posteriormente se analizaron las necesidades en relación con la formación y se determinó que era importante que los profesionales reciban **formación en las áreas objeto de la educación sanitaria** y en **técnicas de educación sanitaria**.

¹⁶Proyecto de investigación Concilia Medicamentos 2. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2021. [Internet] <https://www.farmaceticos.com/farmaceticos/Farmacia/Farmacia-asistencial/proyectos-de-investigacion/proyecto-concilia-medicamentos-2/>



9.2.7 Ajuste terapéutico

| Fase de Ajuste Terapéutico | Espacio | Recursos humanos, físicos y tecnológicos | Formación |
|--------------------------------|--|---|---|
| CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN | No se considera que para la conciliación de medicamentos sea necesario disponer de espacios específicos diferentes a los descritos en los requerimientos comunes | <ul style="list-style-type: none"> Herramientas específicas de soporte a la conciliación | <ul style="list-style-type: none"> Formación relacionada con la conciliación de la medicación |
| ADHERENCIA TERAPÉUTICA | | <ul style="list-style-type: none"> Herramientas de valoración y clasificación de la adherencia de los pacientes Guía de recursos de soporte | <ul style="list-style-type: none"> Formación específica orientada a dar herramientas para la mejora de la adherencia de los pacientes Formación en estrategias de modificación de la conducta y motivación de los pacientes |
| SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO | | <ul style="list-style-type: none"> Herramientas para la elaboración de planes de seguimiento individualizados Guía de prescripción y desprescripción en los pacientes complejos | <ul style="list-style-type: none"> Formación orientada al seguimiento y potencial ajuste de la medicación de los pacientes |

Figura 10. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de ajuste terapéutico.

Para la fase de Ajuste terapéutico el CC participante en el proyecto seleccionó tres Servicios, a saber: Conciliación de la medicación, Adherencia terapéutica y Seguimiento farmacoterapéutico.

Sobre los dos primeros el grupo de expertos no añadió ninguna necesidad nueva relativa a los requisitos de espacios, recursos o formación que la FC tiene para su puesta en marcha.

Seguimiento farmacoterapéutico

Analizando este tercer Servicio, el grupo determinó que no eran necesarios espacios diferentes a los descritos en los requerimientos comunes.

Pero respecto a la necesidad de recursos, sí destacaron las **herramientas para la elaboración de planes de seguimiento individualizado**, considerando que era “fundamental la disponibilidad de información clínica actualizada de los pacientes (receta electrónica, cursos clínicos, resultados analíticos, visitas realizadas, etc.)”, así como también la posibilidad de diseñar, mediante herramientas específicas, planes de seguimiento individualizado que permitiesen conocer a largo plazo el impacto del tratamiento farmacológico en la mejora de la salud.

Por otro lado, consideraron importante que los profesionales “contasen con una **guía de prescripción** en los pacientes complejos” y debatieron sobre la capacidad de los farmacéuticos para ajustar las dosis administradas y la conveniencia de trasladarle esta comunicación de forma rápida al médico para la toma de decisiones ágiles; todo ello sometido a criterios estrictos previamente definidos y consensuados con los médicos responsables de los pacientes. En esta situación, la comunicación ágil y eficaz con los médicos



responsables de la atención de los pacientes fue categorizada como “fundamental para evitar el perjuicio de los pacientes como consecuencia de una no comunicación de cambios terapéuticos”.

Esto, por supuesto, debería ir de la mano de una extensa **formación orientada al seguimiento y potencial ajuste de la medicación** de los pacientes, como necesidad detectada en el apartado de formación.

9.2.8 Apoyo y soporte

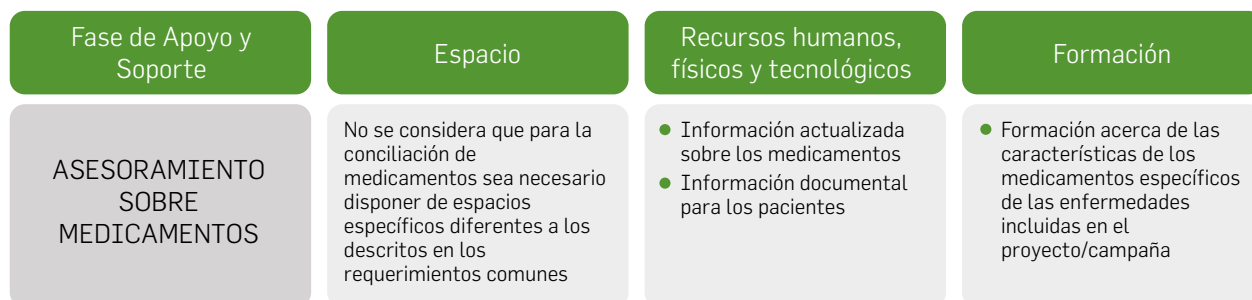


Figura 11. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de apoyo y soporte.

La última fase de la ruta asistencial es la relativa al Apoyo y soporte y en ella se destacó únicamente el Servicio de Asesoramiento sobre medicamentos, que ya había sido analizado con antelación para la fase de tratamiento farmacológico.

En esta ocasión el grupo de expertos no aportó ninguna información adicional ni necesidades detectadas diferentes a las mencionadas en el apartado 9.1.1. de requerimientos generales o de lo mencionado en el apartado 9.1.2.C. de requerimientos específicos para la fase de tratamiento farmacológico.



10. ENFOQUE ESTRATÉGICO PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS SPFA EN LA RUTA ASISTENCIAL

El despliegue de los SPFA tal y como se ha definido en las páginas anteriores plantea retos que deben superarse para que el desarrollo de estos Servicios responda a las necesidades de los pacientes, que fueron definidos en una reunión presencial de trabajo del CC celebrada el 6 de octubre en la sede del CGCOF en Madrid, fueron los siguientes:

- Generación de confianza entre los pacientes.
- Reconocimiento de las Farmacias como componentes del SNS.
- Superación de las defensas corporativas.
- Disponibilidad de un marco legislativo adecuado y común para todas las Farmacias.
- Alineación de los recursos humanos de las Farmacias con el objetivo del desarrollo de programas de SPFA.
- Modalidades de implicación de los técnicos de Farmacia.
- Motivación para los profesionales.
- Financiación de las actividades y Servicios para su sostenibilidad.
- Colaboración con asociaciones de pacientes.
- Comunicación en lo relativo a Farmacovigilancia.

Este análisis de retos o barreras permitió identificar una estrategia de implantación articulada en **cinco pilares estratégicos** para facilitar el desarrollo de una gestión con la mirada puesta en la integración de los SPFA en el sistema sanitario y en la ruta asistencial del paciente crónico en España.



Estos pilares estratégicos están interrelacionados entre sí, de manera que no es posible plantear líneas de trabajo independientes.

10.1 Demanda

El pilar estratégico de DEMANDA responde a la necesidad de hacer visible ante la sociedad en general y los pacientes crónicos en particular, la existencia de los SPFA, superando la situación actual en la que se desarrollan pocos o ninguno.



Entre los objetivos a alcanzar destacan el generar una demanda a corto plazo y el garantizar un nivel de demanda suficiente que permita tanto la sostenibilidad de los Servicios prestados como el valor social que se aporta.

10.2 Oferta

El pilar estratégico de OFERTA responde a la necesidad de colaborar con las Farmacias para la puesta en marcha de los Servicios, aportando así un valor al sistema de salud y a los pacientes y sus familiares/cuidadores.

Entre los objetivos a alcanzar destacan el disponer de un modelo de implantación, establecer un modelo de evaluación de los resultados a través de unos KPI validados, desarrollar herramientas específicas y eficaces para los Servicios, generar un entorno de rigor científico en el diseño y calidad de los SPFA e implicar a los profesionales farmacéuticos en su desarrollo.

10.3 Formación

El pilar estratégico de FORMACIÓN responde a la necesidad de un cambio conceptual de la FC hacia los pacientes, los profesionales sanitarios y los propios trabajadores de la Farmacia, siendo necesario generar un Sistema de Formación que facilite la escalabilidad de los conocimientos necesarios para el desarrollo de estos servicios.

Entre los objetivos a alcanzar destacamos el disponer de un modelo de formación basado en el mapa competencial del farmacéutico comunitario que facilite el desarrollo de los SPFA y el conseguir visualizar la formación como un elemento de motivación para los profesionales de las farmacias comunitarias.

10.4 Entorno

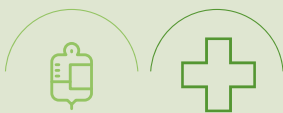
El pilar estratégico de ENTORNO responde a la necesidad de iniciar acciones encaminadas a proporcionar las condiciones óptimas para la realización de los Servicios, con un contexto legal favorable y homogéneo en todo el territorio nacional.

Entre los objetivos a alcanzar destacamos la creación de un marco legal adecuado, la implicación de médicos y personal de enfermería y disponer de Sistemas de Información Compartida.

10.5 Sostenibilidad

El pilar estratégico de SOSTENIBILIDAD responde a la necesidad de estabilidad, habida cuenta del intenso consumo de recursos, muy especialmente humanos, que suponen para la FC el desarrollo de estos Servicios. La sostenibilidad económica y financiera es fundamental para la puesta en marcha y continuidad de los SPFA.

Entre los objetivos a alcanzar destacamos el conseguir la implicación de las Administraciones Públicas en la financiación total o parcial, el evaluar la viabilidad de financiar los SPFA por la vía del cobro a pacientes y familiares/cuidadores y el disponer de posibles fuentes alternativas de financiación de los Servicios.



11. RESUMEN FASE II

- El correcto desarrollo e integración de los Servicios en la ruta asistencial del paciente crónico pasa ineludiblemente por un entorno que permita abordar este cambio en la atención de la Farmacia Comunitaria hacia sus pacientes, siendo necesarios una serie de requerimientos en torno a tres grupos: espacios, recursos y formación.
- Los requerimientos pueden ser generales, cuando ni la fase de la ruta asistencial ni el Servicio analizado influyen sobre ellos y son comunes para todos, y específicos, cuando se requieren para un Servicio concreto en una fase concreta.
- Se considera necesario que las Farmacias dispongan de espacios específicos para la realización de ciertos Servicios, conocidos comúnmente como Zona de Atención Personalizada (ZAP), que deben contar con la suficiente superficie de trabajo, ser accesibles y garantizar la privacidad de los pacientes, entre otras características.
- Los recursos humanos, físicos y tecnológicos engloban todas aquellas herramientas que los farmacéuticos necesitan para desarrollar los Servicios en la Farmacia: personal suficiente para realizarlos, sistemas de consulta y registro de la actividad, sistemas de comunicación con otros profesionales sanitarios y acceso a la información de los pacientes.
- Además de la formación relacionada con el Servicio y la patología y farmacología en cuestión, es necesaria una formación específica en cuanto a comunicación, empatía, información a los pacientes y otras competencias transversales.
- Para el Servicio de **Cribado** no se considera necesario disponer de espacios específicos diferentes a los generales, pero sí tener disponibilidad de pruebas para la detección de enfermedades ocultas y formación específica para localizar los síntomas de estas.
- En el caso del SPFA de **Participación en campañas sanitarias** se necesitarían espacios concretos dentro de la FC para realizar la puesta en escena de la campaña, alojar los materiales necesarios y recibir una formación específica.
- Para el SPFA de **Medición de parámetros clínicos**, además de un espacio concreto, es necesaria la disponibilidad de pruebas analíticas, así como una formación específica en el manejo de las herramientas y la interpretación de los resultados.
- Para poder desarrollar correctamente el Servicio de **Apoyo colaborativo al diagnóstico por el médico** la FC necesitaría materiales como la guía de síntomas de las enfermedades, fuentes bibliográficas de referencia y material de lectura para pacientes y familiares, acompañado todo ello de formación específica en el proceso diagnóstico y la evolución clínica de la enfermedad.
- A pesar de que el Servicio de **Dispensación** no requiera de espacios diferentes a los mencionados como generales, sí se consideran necesarios la disponibilidad de herramientas para la preparación de SPD y la validación de la prescripción, especialmente en lo relativo a interacción y dosificación, así como la formación exhaustiva y actualizada sobre los medicamentos.
- Para el SPFA de **Asesoramiento sobre medicamentos** se requiere información documental, tanto para el farmacéutico como para los pacientes/familiares, así como una formación exhaustiva y actualizada sobre los medicamentos.



- El SPFA de **Adherencia terapéutica** es uno de los Servicios más importantes y que más beneficios aporta a los pacientes y al sistema de salud. Para su desarrollo se considera necesaria una guía de recursos de soporte, formación específica en adherencia y orientada a la modificación de la conducta, así como espacios que permitan realizar actividades grupales.
- Tanto el Servicio de **Cesación tabáquica** como el de **Asesoramiento nutricional** no requieren de espacios específicos, pero sí de guías de recursos de soporte e información documental para los pacientes/familiares, así como de una formación orientada a dar soporte sobre estrategias de modificación de la conducta.
- Con respecto al SPFA de **Educación sanitaria**, el grupo de expertos considera que sería interesante disponer de espacios que permitan realizar actividades grupales, materiales de apoyo para pacientes/familiares y una formación en técnicas como complemento a la formación en las áreas objeto de educar.
- El Servicio de **Conciliación de la medicación** es un Servicio que, *a priori*, no requeriría de ningún espacio específico, pero sí herramientas de soporte y formación orientada a la conciliación.
- Para la realización del Servicio de **Seguimiento farmacoterapéutico** se consideran requisitos específicos la disponibilidad de una guía de prescripción y de de-prescripción, así como herramientas para la elaboración de planes de seguimiento individualizado y formación orientada a dicho seguimiento.
- Son 10 los grandes retos descritos a los que se enfrenta la implantación de los Servicios, a saber: la generación de confianza entre los pacientes, el reconocimiento de las Farmacias como componentes del SNS, la superación de las defensas corporativas, la disponibilidad de un marco legislativo adecuado y común para todas las Farmacias, la alineación de los recursos humanos de las Farmacias con el objetivo del desarrollo de programas de SPFA, la implicación de los técnicos de Farmacia, la motivación para los profesionales, la financiación de los Servicios para su sostenibilidad, la colaboración con Asociaciones de Pacientes y la comunicación en lo relativo a Farmacovigilancia.
- Estos retos se articulan en **cinco pilares estratégicos** de acción que son: **demanda, oferta, formación, entorno y sostenibilidad**.
- El pilar estratégico de **DEMANDA** responde a la necesidad de hacer visible ante la sociedad en general y los pacientes crónicos en particular la existencia de los SPFA, superando la situación actual en la que se desarrollan pocos o ninguno. Entre los objetivos a alcanzar destacan: generar una demanda a corto plazo y garantizar un nivel de demanda suficiente que permita tanto la sostenibilidad de los Servicios prestados, como el valor social que se aporta.
- El pilar estratégico de **OFERTA** responde a la necesidad de colaborar con las Farmacias en la puesta en marcha de los Servicios, aportando un valor al sistema de salud y a los pacientes y sus familiares/cuidadores. Entre los objetivos a alcanzar destacan: disponer de un modelo de implantación, establecer un modelo de evaluación de los resultados a través de unos KPI validados, desarrollar herramientas específicas y eficaces para los Servicios, generar un entorno de rigor científico en el diseño y calidad de los SPFA e implicar a los profesionales farmacéuticos en su desarrollo.
- El pilar estratégico de **FORMACIÓN** responde a la necesidad de un cambio conceptual de la FC hacia los pacientes, los profesionales sanitarios y los propios trabajadores de la Farmacia, siendo necesario generar un sistema de formación que facilite la escalabilidad de los conocimientos necesarios para el desarrollo de estos Servicios. Entre los objetivos a alcanzar destacan: disponer de un modelo de formación basado en el mapa competencial del farmacéutico comunitario que facilite el desarrollo de los SPFA y conseguir visualizar la formación como un elemento de motivación para los profesionales de las FC.



- El pilar estratégico de **ENTORNO** responde a la necesidad de iniciar acciones encaminadas a proporcionar las condiciones óptimas para la realización de los Servicios, con un contexto legal favorable y homogéneo en todo el territorio nacional. Entre los objetivos a alcanzar destacan: la creación de un marco legal adecuado, la implicación de médicos y personal de Enfermería y disponer de sistemas de información compartida.
- El pilar estratégico de **SOSTENIBILIDAD** responde a la necesidad de estabilidad, habida cuenta del intenso consumo de recursos, muy especialmente humanos, que suponen para la FC el desarrollo de estos Servicios. La sostenibilidad económica y financiera es fundamental para la puesta en marcha y continuidad de los SPFA, entre cuyos objetivos a alcanzar destacan: conseguir la implicación de las administraciones públicas en la financiación total o parcial, evaluar la viabilidad de financiar los SPFA por la vía del cobro a pacientes y familiares/cuidadores y disponer de posibles fuentes alternativas de financiación de los Servicios.



12. CONCLUSIONES FASE II

1. Se considera como primer objetivo clave la generación de **DEMANDA a corto plazo** que posibilite iniciar la oferta de los Servicios, así como **garantizar a medio y largo plazo un nivel de demanda suficiente** que permita su sostenibilidad.
2. Se debe asegurar que la **OFERTA** esté alineada con los objetivos de demanda, ayudando a las Farmacias a través de **modelos de implantación, herramientas** para la puesta en marcha y seguimiento de los Servicios y la **implicación de los profesionales**.
3. Con respecto al **ENTORNO**, el **contexto legal** que regula la oferta de Servicios en la FC debe ser homogéneo en todo el territorio nacional, de manera que los pacientes puedan acceder de forma igualitaria, siendo imprescindible el **acceso al poder Legislativo**.
4. Es necesaria, además, a la **implicación de médicos y personal de Enfermería**, principalmente de AP, para que la implantación de los Servicios tenga éxito, siendo fundamental la **labor pedagógica, de diálogo y comunicación** acerca el significado y alcance de dichos Servicios y de la no competencia que estos suponen.
5. Los **sistemas de información compartida** son una herramienta imprescindible en el desarrollo de los Servicios para la comunicación entre profesionales y con el paciente.



ANEXO 1: TABLAS Y FIGURAS

TABLAS:

Tabla 1. Descripción general de las fases del *patient journey* (PJ).

Tabla 2. Tabla resumen de los momentos identificados para una de las fases de la ruta asistencial.

Tabla 3. Tabla resumen de los momentos más importantes para cada fase.

Tabla 4. Tabla resumen de las respuestas sobre cómo actúa y qué siente el paciente, a qué problemas se enfrenta y qué resultados espera de cada fase.

Tabla 5. Tabla resumen de las percepciones más y menos experimentadas por el paciente.

Tabla 6. Tabla resumen de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) más y menos demandados.

Tabla 7. Tabla resumen de las valoraciones sobre la interacción del farmacéutico.

Tabla 8. Tabla resumen de la frecuencia de interacción del farmacéutico.

Tabla 9. Tabla resumen de los Servicios enumerados por profesionales y pacientes.

Tabla 10. Tabla resumen de las acciones que realiza el farmacéutico al detectar una discrepancia relacionada con la medicación.

Tabla 11. Tabla resumen de los parámetros clínicos y su demanda en la Farmacia Comunitaria (FC).

Tabla 12. Tabla resumen de las principales barreras para la prestación de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA).

Tabla 13. Tabla resumen de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) que podrán fidelizar al paciente.

Tabla 14. Tabla resumen de los Servicios por los que estarían dispuestos a pagar.

Tabla 15. Tabla resumen de las características del paciente usuario de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA).

Tabla 16. Tabla resumen de los beneficios que los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) aportarían al integrarse en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Tabla 17. Resultados de la valoración de la experiencia diferencial.

Tabla 18. Resultados de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) seleccionados de manera conjunta por los profesionales sanitarios y representantes de pacientes para cada fase de la ruta asistencial.



FIGURAS:

Figura 1. Fases del proyecto.

Figura 2. Clasificación de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) de la Farmacia Comunitaria (FC) consensuados por Foro AF-FC.

Figura 3. Esquema de clasificación de los requerimientos para el desarrollo de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA).

Figura 4. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de detección.

Figura 5. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de diagnóstico.

Figura 6. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de tratamiento farmacológico.

Figura 7. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de educación sanitaria.

Figura 8. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de tratamiento no farmacológico.

Figura 9. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de seguimiento.

Figura 10. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de ajuste terapéutico.

Figura 11. Requisitos necesarios de espacio, recursos y formación para los Servicios detectados en la fase de apoyo y soporte.



ANEXO 2: ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES CRÓNICOS

*La encuesta dirigida a profesionales sanitarios comparte los mismos objetivos y preguntas, con la correspondiente adaptación en el lenguaje para facilitar su cumplimentación, que la encuesta dirigida a pacientes crónicos. Ambas se analizaron de manera objetiva e independiente, valorándose las respuestas por igual para la obtención de resultados y conclusiones.

PARTE I. Exploración de la experiencia del paciente en la ruta asistencial del paciente crónico.

El objetivo de las siguientes preguntas es conocer la experiencia que como pacientes habéis tenido en la ruta asistencial y conocer vuestra interacción con los Servicios de la Farmacia Comunitaria.

1. A continuación encontrará los momentos de contacto para cada fase que como paciente puede tener con el profesional sanitario. Puntúe en una escala de 1 a 5 (siendo 1 nada importante y 5 muy importante) las fases en las que el contacto con el profesional es más relevante desde su punto de vista:

A. Detección: relacionar una serie de síntomas con una posible enfermedad.

- a. Autocuidado/automedicación.
- b. Cita 1 con médico de familia: sospecha de enfermedad.
- c. Realización de pruebas clínicas.
- d. Obtención de resultados.
- e. Cita 2 con médico de familia: análisis de resultados.
- f. Derivación a especialista.

B. Diagnóstico: confirmar la presencia de la enfermedad.

- a. Cita 1 con médico especialista.
- b. Realización de pruebas diagnósticas.
- c. Obtención de resultados.
- d. Cita 2 con médico especialista: diagnóstico.

C. Tratamiento con medicamentos: controlar o remitir los síntomas de la enfermedad y prevenir posibles complicaciones con medicación.

- a. Cita 2 con médico especialista: receta de medicamentos.
- b. Decisión compartida entre médico y paciente sobre el tratamiento a emplear.
- c. Inicio del tratamiento farmacológico.

D. Educación sanitaria: modificar los hábitos y promover las conductas que puedan mejorar la evolución del paciente.

- a. Cita con Enfermería para orientar y hacer seguimiento.
- b. Conocimientos básicos en salud.
- c. Concienciación de la enfermedad.
- d. Aceptación de la enfermedad.
- e. Cumplimiento del tratamiento.



E. Acciones complementarias a la medicación: implementar medidas en el estilo de vida para prevenir, controlar y reducir los síntomas.

- Citas sucesivas con médico de familia/profesional de Enfermería/trabajadores sociales/psicólogo.
- Información sobre el Plan Individualizado de Tratamiento.
- Dotar de pautas de estilo de vida.
- Decisiones compartidas entre médico, paciente y/o familiares/cuidadores.

D. Seguimiento: asegurar el control a través del tratamiento, así como su cumplimiento.

- Citas sucesivas con médico de familia/Enfermería.
- Repetición de pruebas clínicas.
- Revisión del tratamiento con medicamentos y acciones complementarias.
- Nueva derivación a especialista, si fuese necesario.

Ajuste del tratamiento: modificar la medicación por un mal control de la enfermedad o tras un evento adverso.

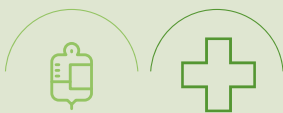
- Citas sucesivas con el médico especialista.
- Realización de pruebas clínicas.
- Cita de revisión de resultados obtenidos.
- Ajuste de la medicación, si fuese necesario.

Apoyo y soporte: garantizar el acceso a las ayudas disponibles y crear un espacio que mejore la comunicación entre el sanitario y paciente/familia.

- Cita 1 con personal de apoyo (asociaciones/psicólogo/trabajadores sociales/profesional de Enfermería).
- Puesta en marcha herramientas de apoyo y distintas ayudas.
- Contacto periódico entre el paciente y el personal de apoyo.

2. La ruta asistencial del paciente crónico integra muchos aspectos que son relevantes para este. Por ello queremos conocer qué acciones, emociones, problemas y resultados esperados tiene usted para cada una de las fases.

- **Acciones tales como:** consulto con el médico, pregunto al farmacéutico, miro en Internet.
- **Emociones tales como:** siento miedo por lo que diga el médico, me preocupan los posibles efectos secundarios de la medicación.
- **Problemas tales como:** el diagnóstico tarda mucho tiempo, los síntomas cada vez son más fuertes.
- **Resultados esperados tales como:** quiero que desaparezcan los síntomas, quiero saber cuál va a ser la evolución de mi enfermedad.



| Fase/Descripción | Acción | Emoción | Problemas | Resultado esperado |
|--|--------|---------|-----------|--------------------|
| Detección | | | | |
| Diagnóstico | | | | |
| Tratamiento con medicamentos | | | | |
| Educación sanitaria | | | | |
| Acciones complementarias a la medicación | | | | |
| Seguimiento | | | | |
| Ajuste terapéutico | | | | |
| Apoyo y soporte | | | | |

3. A continuación encontrará un listado de percepciones que, como paciente, espera le sean atendidas en las fases de la ruta asistencial e interacción con los profesionales. Seleccione las tres percepciones que considere más importantes en cada fase.

- **Intervención en las decisiones clínicas:** el paciente puede acceder a los Servicios cuando lo necesita.
- **Accesibilidad por múltiples vías (entrevista, consulta telefónica, etc.):** el paciente puede contactar fácilmente con los profesionales y hacer uso de las tecnologías disponibles.
- **Diálogo con el profesional sanitario:** el paciente mantiene un flujo de comunicación abierta y sincera con los profesionales.
- **Seguridad:** el paciente siente que existe un manejo de daños y riesgos que garantiza su seguridad.
- **Empatía:** el paciente reconoce mecanismos para compartir sus necesidades, deseos y expectativas.
- **Personalización:** el paciente percibe la proactividad del sistema para adaptarse y responder a sus gustos y preferencias individuales.
- **Disponibilidad de recursos:** el paciente percibe los recursos y herramientas que responden a sus necesidades.



| | Capacidad de respuesta | Accesibilidad multicanal | Comunicación | Seguridad | Empatía | Personalización | Disponibilidad de recursos |
|--|------------------------|--------------------------|--------------|-----------|---------|-----------------|----------------------------|
| Detección | | | | | | | |
| Diagnóstico | | | | | | | |
| Tratamiento con medicamentos | | | | | | | |
| Educación sanitaria | | | | | | | |
| Acciones complementarias a la medicación | | | | | | | |
| Seguimiento | | | | | | | |
| Ajuste terapéutico | | | | | | | |
| Apoyo y soporte | | | | | | | |



PARTE II. Exploración de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) en la ruta asistencial del paciente crónico.

1. Los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) son los Servicios o actividades profesionales que se pueden desarrollar desde la Farmacia Comunitaria (FC). Nuestro interés es conocer cuáles de estos Servicios son usados en las fases de la ruta asistencial del paciente crónico.

A. Servicios orientados al proceso de uso de los medicamentos:

| Servicio/Fase | Detección | Diagnóstico | Tratamiento con medicamentos | Educación sanitaria | Acciones complementarias a la medicación | Seguimiento | Ajuste del tratamiento | Apoyo y soporte |
|--------------------------------------|-----------|-------------|------------------------------|---------------------|--|-------------|------------------------|-----------------|
| Retirada de medicación | | | | | | | | |
| Atención farmacéutica | | | | | | | | |
| Revisión de la medicación | | | | | | | | |
| Consumo adecuado de la medicación | | | | | | | | |
| Revisión de botiquines | | | | | | | | |
| Formulación magistral | | | | | | | | |
| Revisión del uso de los medicamentos | | | | | | | | |
| Asesoramiento sobre medicamentos | | | | | | | | |

B. Servicios enfocados en evaluar y mejorar los resultados de los medicamentos en salud:

| Servicio/Fase | Detección | Diagnóstico | Tratamiento con medicamentos | Educación sanitaria | Acciones complementarias a la medicación | Seguimiento | Ajuste del tratamiento | Apoyo y soporte |
|--|-----------|-------------|------------------------------|---------------------|--|-------------|------------------------|-----------------|
| Seguimiento de la efectividad del tratamiento | | | | | | | | |
| Detección y aviso de efectos secundarios | | | | | | | | |
| Detección de incumplimiento o abuso en el uso de la medicación | | | | | | | | |



C. Servicios relacionados con la salud comunitaria:

| Servicio/Fase | Detección | Diagnóstico | Tratamiento con medicamentos | Educación sanitaria | Acciones complementarias a la medicación | Seguimiento | Ajuste del tratamiento | Apoyo y soporte |
|---|-----------|-------------|------------------------------|---------------------|--|-------------|------------------------|-----------------|
| Promoción de la salud | | | | | | | | |
| Educación sanitaria | | | | | | | | |
| Información sanitaria | | | | | | | | |
| Participación en campañas sanitarias | | | | | | | | |
| Detección de enfermedades ocultas | | | | | | | | |
| Participación en programas de inmunización | | | | | | | | |
| Medidas de parámetros clínicos (pulso, presión arterial, peso, talla, IMC, colesterol, glucosa) | | | | | | | | |
| Apoyo colaborativo al diagnóstico por el médico | | | | | | | | |
| Asesoramiento nutricional | | | | | | | | |
| Programa de intercambio de jeringuillas | | | | | | | | |
| Cesación tabáquica | | | | | | | | |



2. Dado que durante la ruta asistencial el paciente interactúa con los farmacéuticos que le asisten desde la Farmacia Comunitaria (FC), buscamos conocer cómo es esa interacción. Conteste, por favor, a las siguientes preguntas que relacionan al paciente con la FC en las diferentes fases de la ruta asistencial. Valore de 1 a 5 las siguientes preguntas (siendo 1: irrelevante, 2: poco relevante, 3: útil, 4: necesario, 5: imprescindible).

- a. ¿Cómo valora la posibilidad de personalizar su tratamiento mediante el Servicio de formulación magistral?
- b. ¿Cómo valora la posibilidad de utilizar alguno de los Servicios de medida de parámetros clínicos en la FC?
- c. ¿Cómo valora que desde la Farmacia le ofrezcan la posibilidad de controlar y organizar su medicación o la de sus familiares evitando así posibles errores u olvidos a través del SPD?
- d. ¿Considera importante que, a través de estos Servicios, la Farmacia se implique en el seguimiento terapéutico?
- e. ¿Cómo valora la explicación del farmacéutico sobre el uso de su medicación?
- f. ¿Cómo valora el lenguaje utilizado por el farmacéutico para explicar particularidades sobre su tratamiento?
- g. ¿Cómo valora la importancia de la implicación del farmacéutico en el seguimiento del paciente?
- h. ¿Cómo valora el apoyo que el farmacéutico realiza con respecto a la información que recibe el paciente?

3. A continuación encontrará preguntas que miden la implicación del farmacéutico con aspectos clave de la ruta asistencial. Para ello valore del 1 al 5 (siendo 1: nunca, 2: pocas veces, 3: ocasionalmente, 4: casi siempre, 5: siempre).

- a. ¿Con qué frecuencia le preguntan por sus circunstancias de salud, como alergias, otros tratamientos, etc.?
- b. ¿Con qué frecuencia le explican el objetivo y particularidades de su medicación?
- c. ¿Con qué frecuencia el farmacéutico le recuerda el consumo adecuado de su medicación?

4. Conteste las siguientes preguntas según su experiencia con los Servicios de Farmacia Comunitaria (siendo las opciones de respuesta: semanal, quincenal, mensual, semestral, anual).

- a. ¿Con qué frecuencia cree que la Farmacia debería hacer su seguimiento farmacoterapéutico?
- b. ¿Con qué frecuencia cree que la Farmacia debería hacer el control de la adherencia del paciente al tratamiento?
- c. ¿Con qué frecuencia cree que el paciente utiliza los SPFA?

5. Conteste las siguientes preguntas según su experiencia con los Servicios de Farmacia Comunitaria.

- a. ¿Qué Servicios para promocionar la salud realizan en su Farmacia?
- b. Si el farmacéutico ha detectado discrepancias relacionadas con la medicación que está tomando, ¿qué recomendaciones ha recibido?
- c. ¿Qué Servicios de medida de parámetros clínicos ha utilizado? (Opciones de respuesta: pulso, presión arterial, peso, talla, colesterol, glucosa).

6. ¿Cuáles son las principales barreras para la prestación de SPFA en las Farmacias desde la perspectiva de los pacientes?



7. ¿Considera que hay algún Servicio que deba ofrecerse de manera general a los pacientes para fidelizarles a los SPFA?

8. ¿Cree que los pacientes estarían dispuestos a pagar por la realización de SPFA en la Farmacia? Si es así, ¿cuáles cree que podrían ser los Servicios de más interés?

9. ¿Cuál es el perfil de paciente más receptivo a recibir SPFA en una Farmacia?

10. ¿Qué beneficios proporcionados por los SPFA son los que más hacen a un paciente volver a la Farmacia y seguir unas citas?



ANEXO 3: MATERIAL VISUAL FASE I



Integración de los **SPFA**
en el proceso asistencial
desde la perspectiva del paciente

22º Congreso Nacional Farmacéutico

18-22 de Septiembre de 2022

Sevilla

Impulsado por:



Con la colaboración de:





Implicados en el proyecto

COMITÉ DEL PROYECTO

- Antonio Blanes Jiménez. Director de Servicios Farmacéuticos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF).
- Tamara Peiró Zorrilla. Farmacéutica de Dirección de Servicios Farmacéuticos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF).

GRUPO PROFESIONAL

- Daniel Gil Martorell. Trabajador social y Decano del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid.
- Elvira Eva Moreno. Farmacéutica de Atención Primaria y Directora de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía.
- Francisco José Farfán Sedano. Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria.
- Emilio García Jiménez. Farmacéutico comunitario con experiencia rural y urbana.
- Ana María Alonso León. Enfermera especialista en pacientes crónicos del Servicio de Neumología del Hospital Santa Creu i Sant Pau.
- Javier García Soidán. Médico de Atención Primaria y Coordinador de la red GDPS de diabetes.
- Jesús de la Gándara Martín. Médico psiquiatra y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

REPRESENTANTES DE PACIENTES

- Jesús Rodrigo Ramos. Director Ejecutivo de la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA).
- Mercedes Maderuelo Labrador. Gerente de la Federación Española de Diabetes (FEDE).
- Carlos Lines Millán. Presidente de la Asociación de Familiares y Enfermos de Fibrosis Pulmonar Idiopática, Fibrosis Familiar y otras de pulmón (AFEFPPI).

Metodología de trabajo



- 1 Revisión bibliográfica del *patient journey* del paciente crónico actual y conformación del comité.
- 2 Recolección de información sobre la experiencia actual del paciente crónico y su interacción con los SPFA a través de entrevistas a pacientes crónicos y comité participante.
- 3 Puesta en común de resultados en sesiones de trabajo con los implicados en el proyecto, identificando similitudes y discrepancias entre la perspectiva del paciente y el profesional.
- 4 Identificación de primeras conclusiones de la ruta asistencial del paciente crónico y su interacción con los SPFA.
- 5 Definición del Plan Estratégico para integrar los SPFA en la ruta asistencial del paciente crónico.





Conclusiones preliminares

- 1 Los pacientes analizan la ruta asistencial de una manera subjetiva y retrospectiva, analizando todo el proceso en su conjunto, y a través de sus respuestas se detecta un profundo grado de indefensión aprendida.
- 2 El paciente busca un profesional accesible por múltiples vías con el que se pueda dialogar, que aporte soluciones rápidas y eficaces frente a los síntomas de su enfermedad.
- 3 Los pacientes tienen un alto grado de desconocimiento sobre los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA), sobre su alcance y sobre los múltiples beneficios que puedan tener sobre su salud.
- 4 Se detecta la necesidad homogeneizar la oferta de los SPFA para todo el territorio nacional, regulados por un mismo marco legislativo, que garantice la calidad del Servicio y su difusión entre la población diana.
- 5 Mientras que la Adherencia terapéutica y la Dispensación fueron los Servicios considerados como más demandados, la Cesación tabáquica, la Formulación magistral y la Revisión de botiquines fueron los menos demandados.
- 6 Es necesario una vía de comunicación fluida y eficaz entre todos los niveles asistenciales, incluyendo la Farmacia Comunitaria (FC), para poder integrar los Servicios en el SNS y que puedan ser recomendados por otros profesionales sanitarios.
- 7 Los pacientes, en general, no están dispuestos a pagar por los Servicios pues los consideran algo inherente a la actividad farmacéutica.
- 8 El paciente candidato para la utilización de los SPFA es un paciente preocupado por su salud, informado y con un cierto grado socioeconómico y cultural.
- 9 Es necesario un cambio conceptual global de la farmacia para que pueda verse como un establecimiento sanitario integral donde el farmacéutico pueda ofrecer estos Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales.
- 10 El paciente espera una mejor coordinación con AP, pero también una actividad conjunta con las Asociaciones de Pacientes.

Impulsado por:



Con la colaboración de:





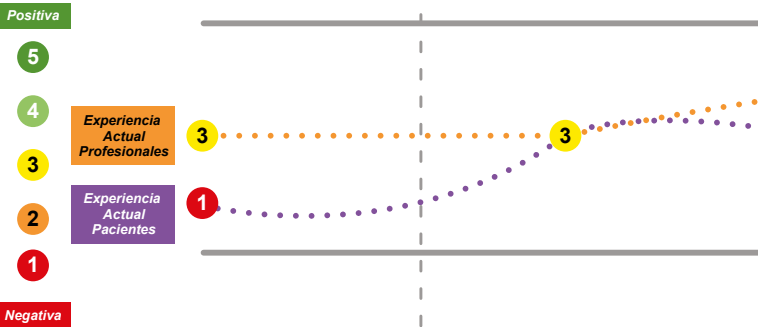
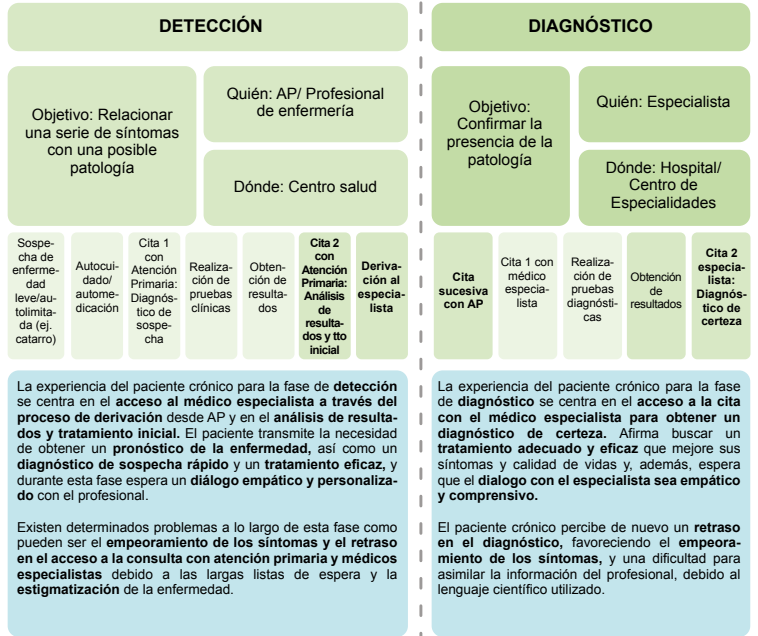
Patient Journey del Paciente Crónico en relación a los SPFA

Patient Journey

Describe los momentos de la ruta asistencial más importantes para el paciente crónico, identificando:

- Las expectativas que el paciente crónico espera cubrir en la interacción con el SNS y los profesionales sanitarios.
- Los problemas a los que se enfrenta actualmente en cada fase.

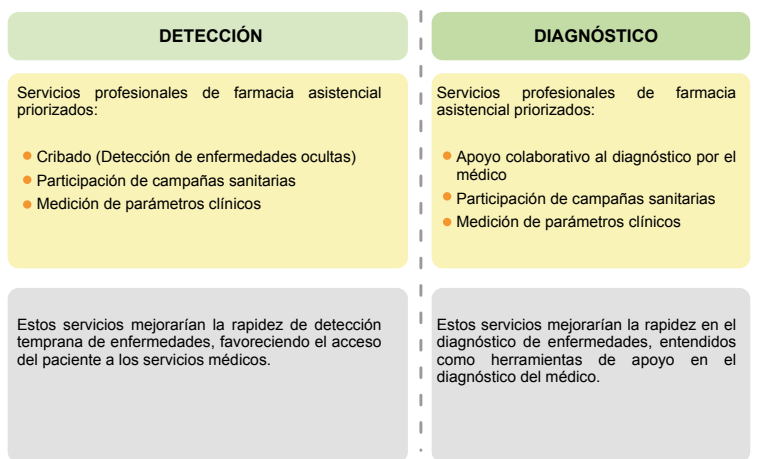
Valora la experiencia general en relación con el SNS y los profesionales sanitarios para cada una de las fases desde la perspectiva de profesionales y pacientes crónicos.



Service Blueprint

Identifica los SPFA que podrían mejorar la experiencia del paciente crónico para cada una de las fases si se integrasen en el SNS.

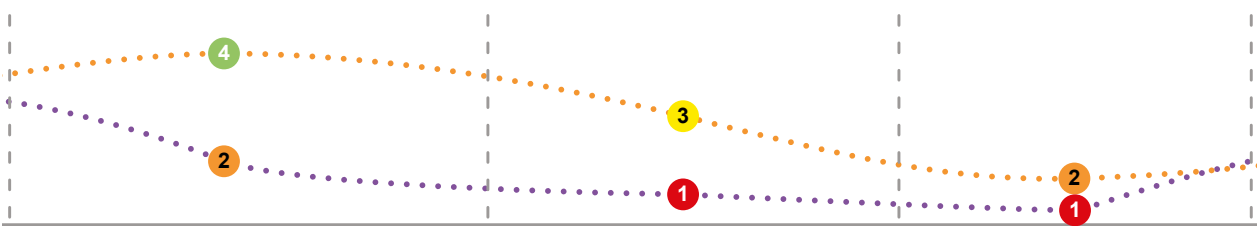
Valor que aportan los SPFA integrados a la experiencia del paciente.





Patient Journey del Paciente Crónico en relación a los SPFA

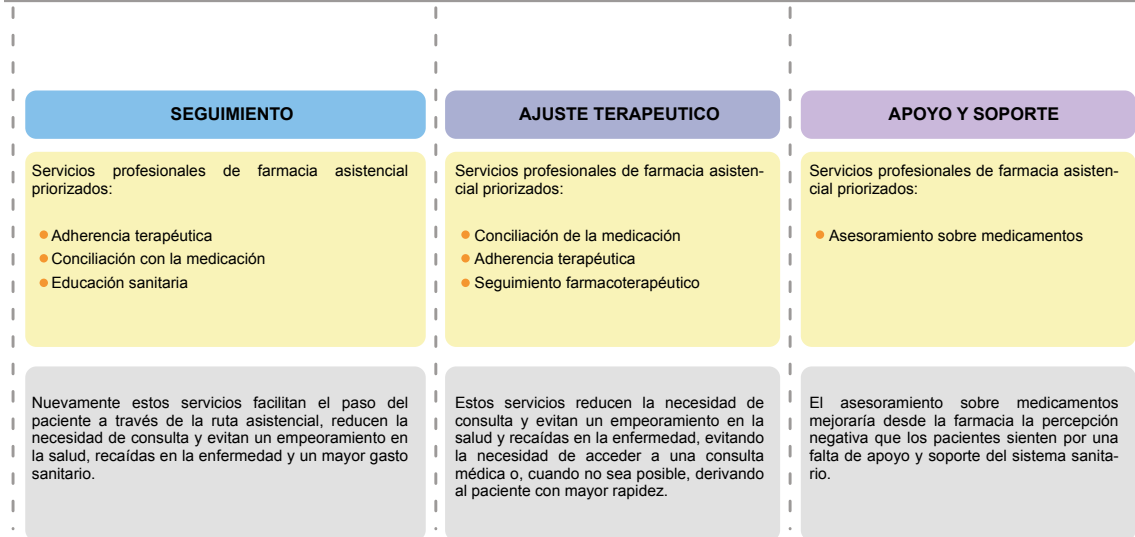
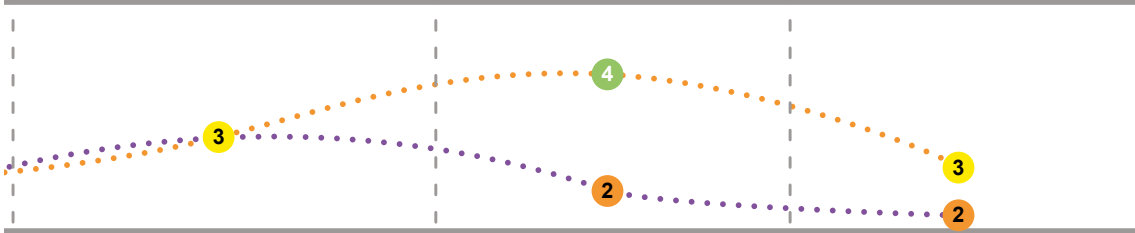
| TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO | EDUCACIÓN SANITARIA | ACCIONES COMPLEMENTARIAS A LA MEDICACIÓN |
|--|---|--|
| <p>Objetivo: Controlar o remitir los síntomas de la patología y prevenir posibles complicaciones</p> <p>Quién: Especialista</p> <p>Dónde: Hospital/ Centro de Especialidades</p> | <p>Objetivo: Modificar los hábitos y promover las conductas que mejoran la evolución del paciente</p> <p>Quién: Profesional de enfermería</p> <p>Dónde: Centro de salud/ Hospital/ Centro de Especialidades</p> | <p>Objetivo: Implementar medidas en el estilo de vida para prevenir, controlar y reducir los síntomas</p> <p>Quién: AP/Especialista/ Profesional de enfermería/ Psicólogo/ Servicios sociales</p> <p>Dónde: Centro salud/ Hospital/ Centro de Especialidades</p> |
| <p>Cita 2 con especialista: Prescripción del tratamiento inicial</p> <p>Obtención de consenso sobre el tratamiento con paciente y familia/cuidador</p> <p>Inicio del tratamiento farmacológico</p> <p>Información sobre el uso de los medicamentos (pautas, tiempo, empleo con comidas, etc)</p> <p>Manejo de los medicamentos (fármacos con utilización compleja como insulinas o inhaladores)</p> | <p>Cita con profesional de enfermería/-farmacia para orientar y hacer seguimiento</p> <p>Alfabetización en salud</p> <p>Concienciación de la enfermedad</p> <p>Aceptación de la enfermedad</p> <p>Adherencia al tratamiento</p> | <p>Cita sucesiva con AP/ Profesional de enfermería/ Servicios sociales/ Psicólogo</p> <p>Información al paciente sobre el PIT</p> <p>Dotar de pautas de estilo de vida</p> <p>Obtención del consenso con paciente y familia/cuidador</p> |
| <p>La experiencia del paciente crónico para la fase de tratamiento farmacológico se centra en el inicio del tratamiento farmacológico derivado de la cita con el médico especialista para la prescripción del tratamiento inicial. El paciente espera que exista un diálogo empático con el profesional en esta fase, así como un tratamiento eficaz que prevenga la aparición de nuevos síntomas y detenga el avance de la enfermedad.</p> <p>El paciente crónico no percibe que exista una mejoría en la sintomatología en esta fase, y lo relaciona con la dificultad de acceder al médico especialista, la dificultad derivada por la falta de conocimientos suficientes de la enfermedad que retrasa el inicio temprano del tratamiento y el acceso a nuevos tratamientos, que en muchos casos son inexistentes en la actualidad.</p> | <p>La experiencia del paciente crónico para la fase de educación sanitaria se centran en la adherencia al tratamiento. Se considera importante que las indicaciones sean fáciles y rápidas para afianzar el conocimiento sobre su enfermedad. Para ello el paciente afirma que es necesario contar con múltiples vías de acceso al profesional, el acompañamiento al paciente y sus familiares/cuidadores y el diálogo con el profesional sanitario.</p> <p>Actualmente el paciente crónico considera la existencia de dificultades relacionadas con el desconocimiento de su enfermedad y la saturación de información incluso por fuentes no profesionales, lo que afecta directamente a la adherencia al tratamiento.</p> | <p>La experiencia del paciente crónico para la fase de tratamiento no farmacológico o acciones complementarias a la medicación se centra en la necesidad existente de información suficiente y consensuada sobre el Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) cuyo objetivo es favorecer la eficacia del tratamiento farmacológico. Además, se considera importante tener acceso por múltiples vías al profesional sanitario y contar con el acompañamiento del profesional, factores que influyen en la adherencia.</p> <p>El paciente se enfrenta a retos derivados de la dificultad para cambiar su estilo de vida y sus hábitos, así como el coste económico que suponen estas terapias actualmente y la falta comunicación con el profesional.</p> |



| TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO | EDUCACIÓN SANITARIA | ACCIONES COMPLEMENTARIAS A LA MEDICACIÓN |
|---|---|---|
| <p>Servicios profesionales de farmacia asistencial priorizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispensación • Asesoramiento sobre medicamentos | <p>Servicios profesionales de farmacia asistencial priorizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adherencia terapéutica | <p>Servicios profesionales de farmacia asistencial priorizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cesación tabáquica • Asesoramiento nutricional • Participación en campañas sanitarias |
| <p>Estos servicios mejorarían la percepción que el paciente tiene durante esta fase, aportando al paciente el conocimiento necesario sobre su tratamiento, de una manera rápida, segura y eficaz, reforzando y ampliando los mensajes que el paciente recibe durante la consulta.</p> | <p>La adherencia terapéutica es considerada algo fundamental para un mejor control de las complicaciones relacionadas con el tratamiento, así como para mantener una mejor calidad de vida, favoreciendo un flujo de información veraz y actualizado.</p> | <p>Estos servicios acompañan al paciente durante los cambios necesarios en sus hábitos y estilos de vida para garantizar el éxito del tratamiento.</p> |



Patient Journey del Paciente Crónico en relación a los SPFA





BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Planelles MC, Gil Estevan MD, Calvo Pérez M, Jover Rico R, Ponce Lorenzo F, Torrente Blasco A. Rutas asistenciales como herramienta de gestión y cambio. Consellería de Salud Universal y Salud Pública. Elda. Premios Profesor Barea. 16.a Edición 2018. [Internet] https://www.fundacion-signo.com/archivos/16_barea_2018/07_Rutas_asistenciales.pdf
2. Fernández Planelles MC, Gil Estevan MD, Jover Rico R. Ruta asistencial para la diabetes mellitus tipo 2. Departament de Salut. Comunitat Valenciana. ©Méderic Ediciones, S. L; 2015. [Internet] <http://elda.san.gva.es/documents/6521643/c8318bae-4f4b-4fed-9e1d-f92c3827a18b>
3. NIH. Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer del NCI [Internet] <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/diagnostico>
4. Romero Reyes YY, Andrade Valbuena LP. ¿Es posible impedir el progreso del deterioro cognitivo leve por medio de tratamientos no farmacológicos? Rev Colomb Psiquiatr. 2021 Aug 23; S0034-7450(21)00128-1. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.07.002>
5. Carretero Municio R, García Montero S, Herrero de Frutos T, Merino Ares C. Importancia de la educación sanitaria al paciente inmovilizado con yeso. Enfermería de urgencias. 2006 [Internet] http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2007/diciembre/educacionsanitaria.pdf
6. Sabater Hernández D. PRM, RNM, Seguimiento Farmacoterapéutico y sus características. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Programa DADER. SEFH. [Internet] https://www.sefh.es/sefhformacion/pdfs/RNM_PRM_SFT.pdf
7. IX Jornada Científica de Adherencia. Madrid, 16 de noviembre de 2021. [Internet] <https://www.phmk.es/farmacia/el-desarrollo-y-ejecucion-de-distintos-programas-de-adherencia-son-ya-una-realidad-que-ayudara-a-disminuir-costes-sanitarios-no-productivos>
8. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en La Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2019. [Internet] <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2021/02/2021-guia-practica-spfa.pdf>
9. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, de 15/11/2002. [Internet] <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
10. Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid. BOCM, núm. 287, de 3 de diciembre de 1998. BOE, núm. 124, de 25 de mayo de 1999. [Internet] <https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-11710-consolidado.pdf>
11. Nodofarma Asistencial. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. [Internet] <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/farmacia-asistencial/mi-farmacia-asistencial/>



12. Fernández de Cano Martín N, Cabrera Majada A, Altares López C, Moro Valverde A, Alía Fernández-Montes E, Taengua Benavent S. Programa de coordinación entre el Centro de Salud Daroca y los farmacéuticos comunitarios de su zona básica de salud. Farm Com. 4(Suplemento 1). [Internet] <https://www.farmaceuticoscomunitarios.org/journal-article/programa-coordinacion-entre-centro-salud-daroca-farmaceuticos-comunitarios-su-zona>
13. Bot Plus. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. [Internet] <https://www.farmaceuticos.com/botplus/>
14. Proyecto AdherenciaMED. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. [Internet] <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/farmacia-asistencial/proyectos-de-investigacion/proyecto-adherenciamed/>
15. Proyectos de investigación Concilia Medicamentos 2. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2021. [Internet] <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/Farmacia/Farmacia-asistencial/proyectos-de-investigacion/proyecto-concilia-medicamentos-2/>
16. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Competencias profesionales para la prestación de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2021. [Internet] <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2019/12/DocumentoCompetencias.pdf>



Impulsado por:



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos

Con la colaboración de:



**Boehringer
Ingelheim**