

Artículos Originales · Original Articles

Implantación de un programa de atención farmacéutica y suministro directo de medicación a un centro sociosanitario privado

Implementation of a pharmaceutical care program and medication supply system to a private nursing home

Información

Fechas:

Recibido: 27/10/2021

Aceptado: 07/02/2022

Publicado: 15/02/2022

Correspondencia:

Julia Hernández Martín.

jhernandezm@salud.aragon.es

Conflicto de intereses:

En esta publicación no se presentó ningún conflicto de interés.

Financiación:

Para esta publicación no se ha recibido ninguna ayuda o financiación.

Agradecimientos

A Cecilia Calvo Pita por sus consejos y disposición durante la implantación del proyecto. A Javier Armesto Gómez por facilitarnos los datos de gasto por receta.

Autorías

Julia Hernández-Martín¹  0000-0002-0708-3190

Abrahán Jofre-Peralta¹  0000-0002-5967-4478

Macarena Comet-Bernad¹  0000-0001-6351-2191

Cristina Pérez-Diez²  0000-0001-6075-3803

Isabel Castellote-González¹  0000-0002-8679-757X

Vicente Compaired-Turlán¹  0000-0003-2066-6726

¹Servicio de Farmacia, Hospital San José, Teruel, España.

²Servicio de Farmacia, Dirección Atención Primaria, Teruel, España.

Contribución de autorías

Todas las personas firmantes han contribuido por igual en la investigación y la elaboración de este trabajo.

Cómo citar este trabajo

Hernández-Martín J, Jofre-Peralta A, Comet-Bernad M, Pérez-Diez C, Castellote-González I, Compaired-Turlán V. Implantación de un programa de atención farmacéutica y suministro directo de medicación a un centro sociosanitario privado. Pharm Care Esp. 2022;24(2):30-42.

RESUMEN

Objetivo: el objetivo principal de este trabajo es describir las actividades realizadas para la implantación del programa de atención farmacéutica a la primera residencia sociosanitaria privada vinculada a nuestro servicio de farmacia y detallar los recursos empleados. La iniciativa surgió de la necesidad de cumplimiento del Decreto 92/2019, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la atención farmacéutica en los centros sociales de Aragón. El objetivo secundario es analizar el impacto económico y de actividad tras la implantación.

Método: el proceso de implantación se realizó entre junio y diciembre de 2020 en tres fases: análisis de la situación previa, preimplantación e implantación. Los recursos materiales y humanos utilizados fueron mínimos. El proceso farmacoterapéutico implantado contempla la prescripción en un módulo de la historia clínica electrónica que se sincroniza con el módulo de unidosis de Farmatools® del servicio de farmacia, validación farmacéutica y dispensación en dosis unitarias por paciente.

Resultado: el ahorro medio mensual en costes directos de medicamentos frente al modelo anterior fue de 4.080,81 € (48,97%). La aplicación del programa supone un incremento importante de la actividad del servicio (tiempo de validación, preparación y revisión de tratamientos, recepción de pedidos y reenvasado).

Conclusión: la implantación de programas de atención farmacéutica a centros sociosanitarios desde los servicios de farmacia consigue reducir costes directos en medicamentos. Sin embargo, los proyectos deben ir acompañados de presupuesto en personal y material para poder desarrollar una atención farmacéutica de calidad.

Palabras clave: Centro sociosanitario; Atención farmacéutica; Servicio de farmacia hospitalaria.

ABSTRACT

Objective: the main objective is to describe the activities performed for the implementation of a pharmaceutical care program in the first private nursing home dependent on our pharmacy department, and to detail the resources used for it. This initiative was motivated by the need to comply with the Decree 92/2019, of the Government of Aragón, which regulates pharmaceutical care in the nursing homes of Aragón. The secondary objective is to analyse the economic and activity impact after the implementation.

Method: the implantation process was carried out between June and December 2020 in three phases: analysis of the previous situation, pre-implementation and implementation. The program needed very little equipment and human resources to be carried out. The pharmacotherapeutic process contemplates the prescription in a section of the electronic medical record, that synchronises with the prescribing software of the Pharmacy Department (Farmatools®). Furthermore, it includes pharmaceutical validation and unit-dose dispensation per patient.

Result: the average monthly savings in direct drug costs compared to the previous system were 4.080,81€ (48.97%). The application of the program represented a significant increase in the activity of the Pharmacy Department (treatment validation, drug conciliation and preparation and checking of the medication).

Conclusion: the implementation of pharmaceutical care programs in nursing homes from hospital pharmacy departments gets to reduce direct costs in drugs. However, these actions must be accompanied by a budget for equipment and human resources in order to develop quality pharmaceutical care.

Keywords: Nursing homes; Pharmaceutical services; Hospital Pharmacy Service.

Introducción

El envejecimiento progresivo de la población generado por el aumento de la esperanza de vida ha dado lugar a que los centros sociosanitarios (CSS) se hayan convertido en los principales proveedores de cuidados a largo plazo de pacientes crónicos, pluripatológicos, polimedicados y en situación de dependencia⁽¹⁾. El tratamiento de estos pacientes supone un elevado gasto farmacéutico⁽²⁾ y la prestación farmacéutica en estos CSS constituye un elemento clave para garantizar el acceso adecuado de los pacientes a medicamentos y productos sanitarios de acuerdo a sus necesidades clínicas.

En las últimas décadas, las comunidades autónomas han incluido en sus respectivas leyes de ordenación farmacéutica la regulación de la prestación farmacéutica en los CSS. Sin embargo, tanto la legislación como el nivel de desarrollo no son homogéneos, existiendo múltiples diferencias entre ellas^(1,3).

En Aragón, el artículo 33 de la *Ley 4/1999, de 25 de marzo, de Ordenación Farmacéutica*⁽⁴⁾ indica que será obligatorio el establecimiento de un servicio de farmacia en los CSS en los que, por su volumen de usuarios, tipo de pacientes y tratamientos practicados, se determine reglamentariamente. Aquellos centros que no cuenten con un servicio de farmacia y no estén obligados a tenerlo, podrán disponer de un depósito de medicamentos vinculado al servicio de farmacia de un hospital perteneciente a la red pública de salud o a una oficina de farmacia.

Así, desde el año 2002 hasta el año 2012, se fueron incorporando en distintas fases, todos los CSS de titularidad pública de la provincia de Teruel al programa de atención farmacéutica y suministro directo de medicación desde nuestro servicio de farmacia (dos centros de la capital y otros dos en pueblos la provincia -648 plazas en total-).

El 6 de agosto de 2019 se publica el *Decreto 92/2019, de 27 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la atención farmacéutica en los centros sociales de Aragón*⁽⁵⁾ que establece que *los centros que tengan cien o más camas, con independencia de su titularidad y ocupación, deberán disponer de servicio de farmacia propio o de un depósito de medicamentos vinculado a un servicio de farmacia del hospital de la red pública de referencia en la zona de influencia*. En junio 2020, debido a la situación pandémica, se establecieron unas normativas y protocolos estrictos para los CSS en Aragón y el resto de España, modificando algunos aspectos rutinarios de los residentes y el modo en el que se ofrecía la atención sanitaria⁽⁶⁾. En este momento se decidió iniciar las actividades encaminadas a vincular el primer depósito de medicamentos de un CSS privado a nuestro servicio de farmacia (hospital público).

El objetivo principal de este trabajo es describir las actividades realizadas para la implantación del programa de atención farmacéutica al primer CSS privado y detallar los recursos empleados.

El objetivo secundario es analizar el impacto económico y de actividad tras la implantación.

Métodos

Características del centro sociosanitario

El centro cuenta con 168 plazas totales, distribuidas en cuatro departamentos según el sexo y el grado de dependencia. No dispone de médico propio, pero sí de una enfermera contratada y otra voluntaria. Los residentes están asignados a tres médicos de familia del centro de salud que les corresponden. Cada médico pasa consulta un día a la semana junto con la enfermera de la residencia. Hasta el inicio del proyecto, la medicación se obtenía de varias oficinas de farmacia mediante receta del Servicio Aragonés de Salud. Algunas de las oficinas de farmacia dispensaban los tratamientos mediante sistemas personalizados de dosificación y otras por cajas completas.

Actividades realizadas por el servicio de farmacia y cronograma

Las actividades desarrolladas y el cronograma se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1: Actividades desarrolladas en el servicio de farmacia del hospital y cronograma.

ACTIVIDADES	JUNIO 2020	JULIO 2020	AGOSTO 2020	SEPTIEMBRE 2020	OCTUBRE 2020	NOVIEMBRE 2020	DICIEMBRE 2020	ENERO 2021
Análisis situación previa								
Reunión inicial con médicos y farmacéutica de atención primaria con el fin de conocer el funcionamiento actual	■							
Reunión inicial con personal del CSS para conocer el funcionamiento actual, valorar espacios, instalaciones, material y personal	■							
Revisión de especialidades farmacéuticas utilizadas por los residentes del CSS para valorar incorporar medicamentos a la guía farmacoterapéutica y nuevas presentaciones en Unidosis		■						
Estimación del número de etiquetas necesarias para valorar adquirir una impresora térmica de etiquetas		■						
Preimplantación								
Elaboración de borradores de procedimientos normalizados de trabajo		■						
Reubicación del almacén del servicio de farmacia del hospital para liberar espacios y aumentar stocks		■	■					
Actualización de la guía farmacoterapéutica de los CSS vinculados al servicio incorporando varios medicamentos y los nuevos protocolos de intercambio terapéutico				■	■			
Elaboración de un compromiso de gestión y atención farmacéutica con el CSS			■	■	■			

ACTIVIDADES	JUNIO 2020	JULIO 2020	AGOSTO 2020	SEPTIEMBRE 2020	OCTUBRE 2020	NOVIEMBRE 2020	DICIEMBRE 2020	ENERO 2021
Elaboración de un acuerdo de medicamentos para disponer en stock en el CSS								
Implantación								
Presentación del proyecto definitivo a atención primaria								
Presentación del proyecto definitivo al CSS								
Creación de la estructura del CSS en el programa de prescripción electrónica								
Registro de los residentes del CSS en el programa de prescripción								
Formación a los médicos de familia para manejo del módulo de prescripción Presalud								
Elaboración del procedimiento normalizado de trabajo (PNT) final								
Transcripción de las ordenes médicas disponibles en el CSS, conciliándolas con las prescripciones en receta electrónica y adecuándolas a la GFT mediante los protocolos de intercambio terapéutico (PIT) tras consenso con el médico de familia responsable del residente								
Configuración de las etiquetas de identificación de los residentes en el programa de prescripción electrónica								
Modificación de stock mínimo, alerta y máximo en el módulo de Gestión Económica de las especialidades farmacéuticas que van a ser dispensadas al CSS								
Primera adquisición de medicamentos destinada al CSS								
Primera dispensación al CSS								Día 9
Revisión farmacoterapéutica del tratamiento de los residentes utilizando los criterios STOPP-START ⁽⁷⁾ . Elaboración de informes dirigidos al médico de familia con el fin de reducir los PRM identificados.								

Otras actividades realizadas por otros estamentos

- Autorización del depósito de medicamentos en el CSS (Servicio Provincial de Sanidad): junio 2020
- Aprobación del Compromiso de gestión entre la dirección del hospital y el centro social: octubre 2020
- Firma del Convenio entre el Servicio Aragonés de Salud y el centro social⁽⁸⁾: noviembre 2020

Recursos utilizados

Recursos humanos

Para la implantación del proyecto se ha contratado de forma indefinida a un/a técnico/a auxiliar de farmacia a media jornada. Desde octubre de 2020 hasta marzo de 2021 se realizó la contratación eventual de un/a farmacéutico/a especialista en farmacia hospitalaria.

Se contó con la colaboración de la farmacéutica de atención primaria para la revisión inicial de la medicación de los residentes, comentando las adaptaciones y recomendaciones realizadas en reuniones individualizadas con cada médico de familia.

Recursos materiales

Se realizó la adquisición de:

- Una impresora de transferencia térmica (831 €) y kit de 10.000 etiquetas pequeñas (154 €) para reetiquetar algunos medicamentos.
- Bolsas de autocierre para dispensar la medicación por paciente (1.000 unidades): 55,44 €.
- Una nevera pequeña para dispensar medicamentos termolábiles: 23,88 €.
- Seis cajas de plástico 600x400x340 mm para dispensar las bolsas con la medicación por paciente a cada departamento: 137,34 €.

Descripción del proceso farmacoterapéutico implantado

Prescripción

El médico de familia realiza la prescripción de medicamentos y dietoterápicos en un módulo de la historia clínica electrónica (Presalud) que se sincroniza con el módulo de unidosis de Farmatools® del servicio de farmacia.

Validación

El farmacéutico realiza la validación del tratamiento en el módulo de unidosis, incluyendo actividades encaminadas a la conciliación de medicación cuando se producen ingresos hospitalarios de los pacientes o visitas a consultas externas. Los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) detectados se comunican al médico responsable vía correo electrónico o vía telefónica para que valore las posibles modificaciones del tratamiento.

Dispensación

La dispensación de la medicación crónica se realiza cada 14 días de dos en dos módulos (mujeres y hombres válidos y mujeres y hombres enfermería). El transporte es aportado por el CSS. Para el departamento de válidos, los tratamientos se recogen el primer y tercer miércoles del mes y para el de enfermería, el segundo y cuarto miércoles del mes.

La medicación se dispensa en dosis unitarias en una bolsa por paciente, excepto los medicamentos multidosis líquidos, que se dispensan en su envase completo. La enfermera del centro recibe la medicación enviada y prepara bandejas individualizadas por paciente para un periodo de 14 días.

Además, existe un stock pactado que incluye medicamentos para situaciones de urgencia y se dispensa una vez al mes.

Los medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica (GFT) para los que no ha sido posible realizar un intercambio terapéutico y los no financiados, se dispensan a través de receta en la oficina de farmacia.

Obtención de datos para el cálculo de resultados

Resultados económicos

Los datos para el cálculo del gasto en suministro directo desde el servicio se farmacia se obtuvieron del módulo de gestión económica de Farmatools® (gasto en € del suministro directo del hospital). Los datos de gasto por receta han sido proporcionados por la Unidad de Análisis y Eficiencia del Gasto Sanitario del Departamento de Sanidad de Aragón (gasto € por receta).

Resultados de actividad

Se han obtenido a través de módulo de gestión económica de Farmatools® (nº de dispensaciones y nº de pedidos en el período estudiado). Los datos de reenvasado (unidades reenvasadas/período estudiado) se han recabado del registro manual que se realiza diariamente. Los tiempos medios para la realización de las actividades en fase de mantenimiento se han calculado a partir de mediciones realizadas durante un mes (tiempo de reenvasado, tiempo de preparación de dispensaciones semanales, tiempo de revisión de las dispensaciones).

Resultados de atención farmacéutica

Los resultados referentes a las intervenciones farmacéuticas aceptadas se han obtenido del módulo de unidosis de Farmatools® (en el momento en el que se conoce si una intervención se ha aceptado, se registra en el programa como aceptada o rechazada, en el caso de aceptada se modifica el tratamiento al fármaco de la GFT).

Resultados

Resultados económicos

En la Tabla 2 se muestran los datos económicos del semestre previo a la implantación del proyecto frente a los de los cuatro primeros meses de suministro desde el servicio de farmacia. El ahorro medio mensual es de 4.080,81€ con el nuevo modelo (48,97%).

	Julio-diciembre 2020	Enero-abril 2021
Gasto total emitido en recetas a los residentes del CSS (Importe a PVP-aportación - deducción)	46.993,07 €	3.641,53 €
Gasto total en suministro directo desde el servicio de farmacia del hospital	3.001,98 € *Primera dispensación 9/12/2020	13.365,28 €
Gasto total (recetas+suministro directo)	49.995,05 €	17.006,81 €
Gasto total medio mensual	8.332,51 €	4.251,70 €
Número de recetas totales emitidas a usuarios del CSS	3.424	232
Número medio de residentes	114,3	105,0
Gasto medio mensual en recetas por residente	68,50 €	8,67 €
Gasto medio mensual en suministro directo desde el servicio de farmacia del hospital por residente	4,38 €	31,82 €
Gasto medio total mensual por residente	72,88 €	40,49 €

Tabla 2: Datos económicos julio-diciembre 2020 (pre-implantación) vs enero-abril 2021 (post-implantación).

Resultados de actividad en el servicio de farmacia del hospital

En la Tabla 3 se muestran los datos de actividad del servicio de farmacia antes y después de la implantación del proyecto (solo se incluyen los datos del hospital y del nuevo centro sociosanitario incorporado). Ya en la fase de mantenimiento, el tiempo medio dedicado por parte del farmacéutico para la validación de tratamientos, gestión de ingresos y revisión de la medicación preparada para el CSS es de 3 h 30 min semanales. El tiempo medio invertido por el técnico auxiliar para la preparación de las bolsas de medicación (sin incluir tiempo de reenvasado) es de 10 h semanales.

		Julio-diciembre 2020 n_1 (media mensual)	Enero-abril 2021 n_2 (media mensual)	Incremento $(n_2 - n_1)/n_1 * 100$
Dispensaciones unidosis	Líneas	6196	29329	373,39%
	Unidades	16133	38387	137,94%
Pedidos	Líneas	84	100	18,69%
	Unidades	243	356	46,40%
Reenvasados	Unidades	2813	4478	59,21%

Tabla 3: Resultados de actividad en el servicio de farmacia del hospital julio-diciembre 2020 (pre-implantación) vs enero-abril 2021 (post-implantación)

Resultados de atención farmacéutica

Durante la implantación se adaptaron 77 medicamentos a la GFT y se adecuó la pauta de 27 medicamentos. Las actuaciones farmacéuticas encaminadas a reducir los PRM identificados durante la revisión farmacoterapéutica en la fase de implantación, conllevaron la deprescripción de 42 medicamentos potencialmente inadecuados, y la adición de 6 medicamentos necesarios según criterios START.

Discusión

Debido al progresivo envejecimiento de la población y al aumento del gasto sanitario que ello conlleva es necesario garantizar la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS)⁽⁹⁾. Por otra parte, la población institucionalizada presenta importantes problemas de salud, cada día más complejos y con necesidad de cuidados múltiples, en ocasiones casi hospitalarios. Además, presentan un mayor riesgo de sufrir eventos adversos relacionados con la medicación⁽¹⁰⁾. Por todo ello, la atención farmacéutica en los CSS constituye un punto clave para la mejora de la calidad asistencial y la optimización de recursos sanitarios⁽¹¹⁾. Durante el tiempo de pandemia esta atención adquiere una especial relevancia ya que supone una mejora en la cobertura asistencial y en la coordinación con los servicios sanitarios⁽¹²⁾.

Para la implantación de este proyecto se siguieron las propuestas del grupo de trabajo Cronos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria^(13,14). En los seis primeros meses se implementaron varios procesos importantes: desarrollo de un sistema de GFT como eje central de la gestión; implantación de un sistema de prescripción electrónica integrado en los sistemas de información que permite realizar validación, seguimiento farmacoterapéutico y conciliación de medicación entre los diferentes niveles asistenciales; y dispensación de forma individualizada de los medicamentos en dosis unitaria. Para ello, la utilización de recursos, tanto humanos como materiales, fue mínima.

Las comparaciones con otras publicaciones resultan difíciles. Existe una amplia variabilidad de modelos de atención farmacéutica en los CSS^(11,14). Incluso dentro de nuestro servicio de farmacia los modelos son diferentes en cada centro, consecuencia de la falta de directrices, las diferentes ratios de personal en el servicio y en los CSS, así como la ubicación de los mismos.

La implantación del proyecto ha conllevado una importante reducción del coste económico para el sistema, similar al descrito en la bibliografía⁽¹⁵⁾ (un 40-60% menos frente a la dispensación desde oficina de farmacia), debido principalmente a la gestión de la adquisición desde el servicio de farmacia y a la utilización de un sistema de GFT⁽¹³⁾. En nuestro caso, la guía del hospital está adaptada a los CSS y no se incluyen medicamentos de uso hospitalario (H), a diferencia de otros modelos⁽¹⁵⁾. Sin embargo, cuando es necesario administrar algún antibiótico H, fluidoterapia o medicación para pacientes paliativos en los centros, se analiza el caso con el servicio de geriatría y se dispensa de forma puntual. Así, se reducen las transiciones entre niveles asistenciales y se tratan situaciones que pueden abordarse desde la propia residencia, evitando los riesgos y costes de la hospitalización⁽¹⁰⁾.

No hemos encontrado publicaciones referentes al aumento de actividad en el servicio de farmacia tras la vinculación de los depósitos de medicamentos

de CSS. Además, sería difícil realizar comparaciones con modelos tan heterogéneos⁽¹¹⁾.

Durante la revisión de tratamientos realizada en la fase de implantación del proyecto se identificaron y resolvieron un número considerable de PRM. Sin embargo, no se registraron las intervenciones farmacéuticas totales, sino solamente las aceptadas y tampoco se clasificaron, por lo que resulta difícil valorar los resultados en atención farmacéutica. Asimismo, no disponemos de datos sobre el número medio de medicamentos por residente antes y después de la implantación. Sin embargo, dado que se produjeron más deprescripciones que inicios de tratamiento podemos suponer que, al igual que en otros trabajos publicados, la dispensación por parte de un servicio de farmacia hospitalaria consigue reducir el número de medicamentos por paciente⁽¹⁰⁾.

No se han medido los resultados clínicos alcanzados tras las intervenciones farmacéuticas realizadas. En general, no existe bibliografía sobre la efectividad, eficiencia, calidad y seguridad de los modelos organizativos y de la atención farmacéutica, lo que debilita la toma de decisiones de política y gestión sanitaria⁽²⁾. Sería interesante disponer de otros indicadores relacionados con el paciente y la utilización de recursos sanitarios para evaluar la efectividad y eficiencia de las intervenciones y efectuar comparaciones⁽¹⁴⁾.

Este trabajo puede ser de utilidad a la hora de implantar otros depósitos de medicamentos vinculados a servicios de farmacia, ya que detalla el cronograma seguido y los recursos utilizados, que no se han identificado en otros trabajos. Hay pocos centros en España de titularidad privada con depósito de medicamentos vinculados a un servicio de farmacia público según una encuesta realizada⁽¹⁴⁾.

Como debilidades del proyecto queremos destacar la falta de un grupo de trabajo multidisciplinar para el desarrollo de programas concretos de seguimiento de pacientes (a pesar de que se incluyó en el compromiso de gestión con el centro, no se ha llegado a materializar). Igualmente, dado que parte de la medicación se sigue dispensado desde la oficina de farmacia, se debería establecer una coordinación con la misma tal y como se propuso en el informe elaborado por el grupo de atención integral al paciente crónico frágil de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria⁽¹⁶⁾, y valorar alternativas, pues la seguridad del paciente puede verse comprometida y la complejidad de los procesos y la carga de trabajo en el centro, aumentada⁽¹⁴⁾.

La herramienta básica para la prestación farmacéutica en los CSS deberían ser los sistemas personalizados de dosificación, incluyendo medios comprimidos y formas farmacéuticas orales en dosis unitarias, con el fin de facilitar el trabajo al personal del centro⁽¹⁰⁾. Sin embargo, por el momento, con el personal y medios técnicos disponibles no ha sido posible implementarlos.

Otro punto a revalorar en un futuro sería la dispensación de productos sanitarios desde el servicio de farmacia⁽¹³⁾. Puesto que actualmente el servicio no se encarga de la gestión de los mismos, se ha preferido mantener los circuitos de suministro establecidos. Según una encuesta realizada, la participación de los servicios de farmacia en la gestión de productos sanitarios es solo del 38%⁽¹⁴⁾.

Por otra parte, sería necesario aumentar la implicación del servicio de farmacia en el proceso de administración de medicamentos, como ocurre en muchos centros de los participantes en el trabajo de Fernández-Villalba⁽¹⁴⁾, ya que es el procedimiento más relacionado con PRM que alcanzan al paciente.

Si la contratación del farmacéutico hubiera continuado tras la fase de implantación, se podrían haber iniciado programas de seguimiento dirigidos a determinados grupos de pacientes, seleccionados por patologías o medicamentos y realizar una revisión continua y periódica de los tratamientos^(10,11). Igualmente, se podría haber planteado la presencia física del farmacéutico en el centro de manera periódica y/o en la reunión semanal que mantiene la enfermera con los médicos de familia, facilitando la colaboración y la integración en el equipo interdisciplinar y mejorando la atención farmacéutica prestada. Ésta deber tener en cuenta el contexto clínico y personal de cada paciente, lo adecuado en esta población mayor, con multimorbilidad, polifarmacia y frágil^(10,11,14,15).

Sin embargo, la falta de soporte presupuestario y operativo para la continuación del proyecto ha impedido que se realice de la forma más adecuada⁽²⁾, al igual que ocurre en un 25% de los encuestados en el trabajo de Fernández-Villalba⁽¹⁴⁾.

La ampliación del proyecto a otras residencias privadas de la comunidad tendría un impacto económico muy positivo, ya que Aragón tiene un índice de envejecimiento superior a la media española⁽¹⁷⁾. En 2021 dispone de un total de 368 residencias, con capacidad total para 18.469 personas (un 70% de plazas de titularidad privada). Sin embargo, los recursos interpuestos por parte de algunas oficinas de farmacia ante los tribunales de justicia han dificultado el avance del programa, a pesar de que el RDL 16/2012 es claro en ese aspecto.

Conclusiones

La implantación de programas de atención farmacéutica especializada a CSS desde los servicios de farmacia consigue reducir costes directos en medicamentos. Sin embargo, los proyectos deben dotarse de presupuesto para poder contar con personal y material suficiente para poder desarrollar una atención farmacéutica integral de calidad centrada en la persona y mejorar la seguridad en el paciente institucionalizado. Asimismo, es fundamental que

existan unas directrices comunes en los servicios de salud que aseguren una equidad en la atención farmacéutica en los CSS.

Bibliografía

1. Aliberas J, Catalán A, Pons JMV. Modelos asistenciales de prestación farmacéutica en centros sociosanitarios. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
2. Peiró S. La prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios: navegando entre dos aguas. *Farm Hosp.* 2019;43(3):79-81. doi: 10.7399/fh.11247. PMID: 31072284.
3. Prieto Sánchez R, Troncoso Mariño A, coordinadoras. Posicionamiento SEFAP en la atención farmacéutica a centros sociosanitarios (Monografía en internet). Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria; 2020. [Citado 30 octubre 2021]. Disponible en: <https://www.sefap.org/wp-content/uploads/2020/09/Posicionamiento-SEFAP-en-la-atencion-farmaceutica-a-centros-sociosanitarios.pdf>.
4. Ley 4/1999, de 25 de marzo de ordenación farmacéutica para Aragón. BOA n.º 39, (6 de abril de 1999).
5. Decreto 92/2019, de 27 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la atención farmacéutica en los centros sociales de Aragón y se establece el modelo de gestión de la prestación farmacéutica para los usuarios con derecho a la misma. BOA n.º 153, (6 de agosto de 2019).
6. Informe del Justicia sobre las residencias de personas mayores en Aragón durante el estado de alarma por el covid-19 (monografía en internet). 2020 [Citado 29 octubre 2021]. Disponible en: <https://eljusticiadearagon.es/uploads/2020/09>
7. Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, Cruz-Jentoft AJ. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START [Improving drug prescribing in the elderly: a new edition of STOPP/START criteria]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015 Mar-Apr;50(2):89-96. Spanish. doi: 10.1016/j.regg.2014.10.005. Epub 2014 Nov 22. PMID: 25466971.
8. ORDEN PRI/1362/2020, de 5 de noviembre, por la que se dispone la publicación del convenio entre el Servicio Aragonés de Salud y el Centro Social Hogar San José, para la prestación farmacéutica de sus residentes través de un depósito de medicamentos vinculado al servicio de farmacia del hospital San José de la red sanitaria pública de Aragón. BOA n.º1, (4 de enero de 2021). Disponible en: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1143468002828&type=pdf>.
9. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 98, (24 de abril de 2012).
10. Peris-Martí JF, Fernández-Villalba E, Bravo-José P, Sáez-Lleó C, García-Mina Freire M. Reflection on the pharmaceutical service in nursing homes; understanding rea-

lity to cover needs. *Farm Hosp.* 2016;40(4):302-15. doi: 10.7399/fh.2016.40.4.10430. PMID: 27571498.

11. Cantudo-Cuenca MR, Cantudo-Cuenca MD, Muñoz-Cejudo BM, Cañizares Huarte-Mendicoa J. Variabilidad de la prestación farmacéutica a centros sociosanitarios residenciales desde los servicios de farmacia de hospital. *Farm Hosp.* 2019;43(3):82-86. doi: 10.7399/fh.11104. PMID: 31072285.

12. Peris-Martí JF, Bravo-José P, Sáez-Lleó C, Fernández-Villalba E. Specialized pharmaceutical care in social health centers in the times of COVID-19. *Farm Hosp.* 2020;44(7):43-48. doi: 10.7399/fh.11493. PMID: 32533670.

13. Peris JF, Fernandez EM, Garcia-Mina M, Santos B, Albinana S, Delgado E, Munoz M, Casajus P, Beobide I. Prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios. Análisis de situación y propuesta CRONOS-SEFH. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2013.

14. Fernández-Villalba EM, Gil-Gómez I, Peris-Martí JF, García-Mina Freire M, Delgado Silveira E, Juanes-Borrego A. Pharmaceutical services in nursing homes in Spain. *Farm Hosp.* 2020;44(1):3-9. doi: 10.7399/fh.11248. PMID: 31901055

15. Martín Alcalde E, Blanco Crespo M, Horta Hernández AM. Implantación de un Modelo de Atención Farmacéutica Especializada en centros sociosanitarios. *Rev OFIL.* 2017;27(3):241-6.

16. Fernández Villalba E, García Mina Freire MG, Peris Martí J. GRUPO CRONOS (Grupo de Atención Integral al Paciente Crónico Frágil). Papel del farmacéutico especialista en la coordinación sociosanitaria. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/cronos/images/documentos/Documentos/INFORME_LIBRO_BLANCO_FARMACEUTICO_ESPECIALISTA_EN_LA_COORDINACION_SOCIOSANITARIA.pdf

17. Indicadores de estructura demográfica. Instituto Aragonés de Estadística (IAEST). Disponible en: <https://www.aragon.es/-/indicadores-de-estructura-demografica>