

# FARMACIA ASISTENCIAL: LA FARMACIA DE SIEMPRE CON LAS POSIBILIDADES DEL MAÑANA.

**LOLA MURILLO FERNÁNDEZ**

Vicepresidenta. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC).

## SUMARIO

1. UNA ESTAMPA DE AYER.

2. LA ESTAMPA DE HOY.

3. RESPONSABLE DE LAS NECESIDADES FARMACOTERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES EN EL DOMICILIO.

4. RESPONSABLE DE LAS NECESIDADES FARMACOTERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES EN LAS RESIDENCIAS SOCIOSANITARIAS.

5. CONCLUSIÓN.

## PALABRAS CLAVE

*Farmacia asistencial; Botica; Atención primaria; Conciliación de la medicación.*

## RESUMEN

*La estampa de una farmacia del barrio sevillano de Triana en su transición de los años 60 del siglo pasado a la actualidad permite reflexionar sobre los nuevos roles de la farmacia familiar y comunitaria, tanto en su forma de tratar con los pacientes como con el resto del sistema sanitario. La farmacia asistencial se reivindica como un agente clave del nuevo modelo de atención sanitaria, como parte de un equipo coordinado en el nivel primario de atención, en el que deben primar la comunicación y el trato personalizado necesario con pacientes cada vez más débiles y complejos.*

## KEYWORDS

*Hospital pharmacy; Chemist's; Primary care; Medication Reconciliation.*

## ABSTRACT

*The image of a pharmacy in the Seville district of Triana in its transition from the 1960s to the present allows us to reflect on the new roles of the family and community pharmacy, both in its way of dealing with patients and with the rest of the health system. Hospital pharmacies are claimed to be key agents in the new healthcare model, as part of a team coordinated at the primary level of care, where communication and the personalized treatment necessary with increasingly weak and complex patients must take precedence.*

## 1. UNA ESTAMPA DE AYER.

Las tertulias de rebotica en los años 60 del pasado siglo reunían en la farmacia de D. Aurelio a D. Tomás, el médico, a D. Adrián, el cura y a D. Cosme, entre otros menos habituales y con procedencias variopintas. Además de D. Cosme, de quien nunca se tuvo noticias sobre su actividad, también acudían, de forma esporádica, muchas personas de diversas procedencias. Los contertulios hablaban y discutían de lo divino y lo humano, pues en aquella época, los años 60, aun habiendo escaseces materiales se disfrutaba de algo que en la actualidad no hay: tiempo para charlar e intentar ayudar a la gente del barrio como era el que destinaba a la botica donde ejerció tantos años mi abuelo. Supongamos que hablo de Triana, en Sevilla.

La botica de D. Aurelio olía a hierbas y otros productos químicos con los que se elaboraban las pócimas que curaban, o lo intentaban, y que el boticario a su libre albedrío (de ahí lo de “hágase según arte”) preparaba con la responsabilidad que el galeno depositaba en este profesional sanitario. Arte trianero en este caso.

D. Cosme, cierto día, se viene abajo, lleva un tiempo sin apetito, tiene una tos que ningún brebaje mejora y apenas discute con su vehemencia habitual, pues se ahoga, y no tiene fuerza. Un mal día se desmaya y lo llevan a la consulta de D. Tomás, ubicada en un patio de vecinos donde la presencia del amigo Cosme se hace noticia en la inmediata vecindad, que se ofrece para todo lo que sea necesario a su buen entender. Dña. Amalia, sin ir más lejos, aparece con

un cubo y una algofifa para limpiar el vómito que el paciente ha dejado en la entrada. Carmela trae una olla con caldo de puchero y Antoñito queda a la espera para ir corriendo a la botica de D. Aurelio con la receta de urgencia, una fórmula magistral, que D. Tomás va a escribir tras comprobar, sólo con la toma del pulso y el fonendo, que se ha tratado de una angina de pecho.

El boticario prepara el alcohol alcanforado prescrito, Antoñito lo lleva a toda prisa a la casa de vecinos y D. Cosme, ya repuesto y en su alcoba del mismo patio, sorbe despacito el caldo de Carmela que le sabe a gloria.

Esa relación, de los años referidos, entre el boticario y el médico suplía, en muchos casos, las carencias de recursos diagnósticos y farmacológicos y el primero solventaba también los recursos sociales. Este era, a grandes rasgos, el panorama habitual de la atención sociosanitaria en los años 60 del siglo pasado.

## 2. LA ESTAMPA DE HOY.

¿Qué pasa hoy en 2017? ¿Cómo han cambiado las cosas?

El envejecimiento, la cronicidad, la atención sociosanitaria, el aumento de la esperanza de vida, las guías clínicas, la industria farmacéutica, el desarrollo de los métodos diagnósticos, la tarjeta sanitaria, el sistema público sanitario gratuito, los medicamentos biológicos, etc. han hecho que todo haya cambiado, pero ¿hemos cambiado los profesionales?, ¿nos hemos adaptado a los tiempos?, ¿qué hacemos ahora para

atender a los pacientes?

Esta reflexión me hace pensar, como farmacéutica en 2017, en lo que pueda diferenciarme del ejercicio ejemplar de mi abuelo Aurelio. Yo ejerzo en una farmacia comunitaria de un barrio de Sevilla en el que, por razones de vida, trabajo para los nietos de pacientes como D. Cosme, que viven en mi barrio y que aún me hablan de mi abuelo admirando su gran responsabilidad como profesional y como persona.

No soy mejor farmacéutica que mi abuelo, ojalá, pero tampoco ejerzo como lo hacía él. Mi farmacia no huele como la botica trianera, la farmacopea ha sido sustituida por internet y en mi laboratorio el espacio de los albarelos y probetas lo ocupan cajas de medicamentos comercializados y blísters en los que hago sistemas personalizados de dosificación o reacondicionamiento (SPD), fichas de pacientes a los que les hacemos AMPAS<sup>1</sup> y MAPAS<sup>2</sup> para medir la presión arterial, dietas y el control de la medicación o sus parámetros biológicos.

Pero lo que más ha cambiado es la forma en que hoy ejerzo, ya no como boticaria, palabra que me honra, sino como farmacéutica asistencial, palabra que define más lo que hago y que voy a tratar de explicar.

El farmacéutico ha dejado de elaborar los medicamentos, según arte, y ha pasado a dispensar los que ya vienen fabricados por la industria farmacéutica. El aumento del conocimiento de las enfermedades, la rapidez con la que se están desarrollando métodos diagnósticos inimaginables para D. Tomás, la investigación y el avance de la farmaco-

terapia han hecho que tengamos que dejar de ser profesionales cuyos conocimientos se centraban en los productos que formulábamos y dispensábamos. Hemos pasado a ser sanitarios cuyos conocimientos deben centrarse en cómo esos medicamentos van a actuar en nuestros pacientes, teniendo en cuenta que pueden tener contraindicaciones, efectos secundarios y un componente idiosincrásico del paciente al que, sin el trato coloquial de D. Cosme, también conocemos, quizás mejor que ningún otro de los agentes sanitarios que cuidan de él, ya que viene con gran frecuencia a retirar sus medicamentos, a contarnos sus preocupaciones y a preguntarnos sus dudas y todo aquello que no entiende porque su farmacéutico es en la mayor parte de los casos su referente más cercano, porque lo elige libremente, y eso en el resto del sistema no es posible.

La farmacia está en un momento de transformación, como otras muchas profesiones, y el farmacéutico tiene nuevos roles para su futuro con la consciencia de las necesidades de los pacientes en el presente. No sólo está cambiando nuestra forma de tratar con los pacientes, otro de los grandes cambios es nuestra relación en el entorno del sistema sanitario. D. Cosme sólo tenía a su médico y a su farmacéutico, ahora los pacientes tienen además numerosos especialistas a los que visitan generalmente una vez al año: el cardiólogo, el nefrólogo y otros “ólogos” que le proveen de unos cuidados sanitarios inimaginables en los años 60, pero que hacen más compleja su farmacoterapia. Por ello conceptos como conciliación de la medicación y adherencia son ahora parte de nuestras responsabilidades. Gran

<sup>1</sup> Automedida de la Presión Arterial.

<sup>2</sup> Medida Ambulatoria de la Presión Arterial.

parte del tiempo del farmacéutico ahora se invierte en transmitir a los pacientes la importancia de tomar bien la medicación, a la hora adecuada, con o sin comida, decirles que deben hacer ejercicio y comer de forma saludable; pero no tenemos que hacerlo de forma paternalista, debemos intentar que aprendan, se impliquen, que tomen sus decisiones y tengan el control de sus enfermedades.

El farmacéutico comunitario debe ser responsable de las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes que no estén ingresados en un hospital, porque tiene una visión global de sus tratamientos farmacológicos, sobre todo de los pacientes complejos y polimedicados, y porque tiene (tenemos) también conocimiento de su entorno social y familiar y esta posición de confianza en su día a día nos ayuda con aquellas actividades profesionales que estamos intentando desarrollar.

Conciliamos la medicación de pacientes antes y después de una transición entre niveles asistenciales. Hacemos revisión del uso que el paciente hace de sus medicamentos. Controlamos parámetros biológicos, hacemos AMPAS, MAPAS, ciertos cribados... Pero esto lo hacemos como mi abuelo hacía las fórmulas magistrales, según arte.

Todos estos pequeños o grandes cambios que hacemos en el día a día cada uno en nuestras farmacias se están transformando en una filosofía asistencial de servicios profesionales farmacéuticos, que deben ser definidos, protocolizados y validados para que de verdad supongan un cambio en esta profesión y en la atención farmacéutica que

reciben los pacientes.

### **3. RESPONSABLE DE LAS NECESIDADES FARMACOTERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES EN EL DOMICILIO.**

Pero estos cambios internos necesitan de cambios de nuestro entorno y de cómo nos relacionamos en él. La comunicación con el resto de sanitarios es fundamental; no tiene sentido detectar un problema en la medicación de un paciente si no existe la vía de comunicación con su médico de primaria, o no tendría sentido ver un desajuste en la glucemia si no pudiese derivar a la enfermera para que vuelva a reconducir esos valores que hasta ahora habían sido correctos.

No podemos sólo hablar del cambio profesional o del social, necesitamos cambios estructurales y reorientar los recursos sanitarios. La cronicidad hace necesario un cambio en la forma en la que tratamos a los pacientes y esos pacientes deben estar en su entorno, el de la atención primaria con su médico, su farmacéutico y su enfermera, y sólo cuando se agudicen sus problemas o aparezcan otros nuevos ir al hospital, donde tratan lo grave, lo urgente; porque donde el paciente debe estar y, lo más importante, donde quiere estar, es en su casa, mientras pueda y sus condiciones físicas se lo permitan.

Estrella es la nieta de D. Cosme, llevaba años viviendo en mi barrio y cuando yo llegué me hablaba de su abuelo y el mío y me contaba anécdotas: ella, igual que su abuelo, tenía una insuficiencia cardiaca, hipertensión, artrosis y un tratamiento complejo con revisiones periódicas que han hecho que durante años tuviese una vida

normal; eso sí, con algún sustillo que le ha llevado en más de una ocasión al hospital. Hace cuatro años le dio un ictus. Según ella cuenta, llegó al hospital más muerta que viva y allí le salvaron la vida, estuvo ingresada muchos días y ella sólo quería volver a su casa, y volvió.

Su médico de familia reajustó su medicación y la visitaba en casa, porque D. Eduardo era su médico desde hacía muchos años, ella le adora y para él Estrella es, como para todos los que la conocen, un “cachito de Triana” con mucho arte y mucho amor. No obstante, D. Eduardo sabe que Estrella necesita ayuda y uno de los días va a verla con la trabajadora social, porque aunque sus hijos están pendientes de ella, trabajan y no viven en el barrio y Estrella no quiere irse de su casa, pero tiene una dependencia grado 4, por lo que se solicita ayuda en su domicilio, pero pasan los meses y los años y la ayuda, de la que los que deciden presumen, no llega.

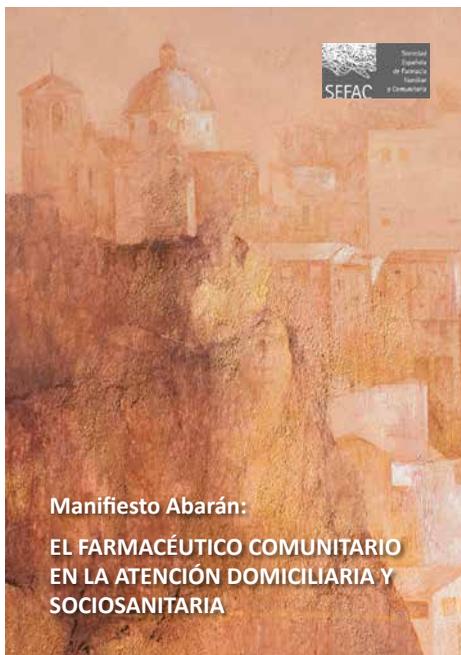
Entre su pensión y la ayuda de sus hijos contratan a Lucía, una vecina que le ayuda en casa, le hace la comida y está atenta a cualquier cosa que necesita, porque cada vez está más débil y ya está perdiendo la memoria y la alegría. Un día voy a verla, porque sigo siendo su farmacéutica y sus hijos me lo piden. Lucía no sabe bien cómo darle la medicación, Estrella está perdiendo mucho peso y están preocupados.

Esta atención domiciliaria no es muy diferente de la que hago en la farmacia, pero cambia la forma en la que me relaciono con Estrella y con sus vecinos y familia, que están contentos de que cada semana vaya a

su casa. Le llevo los SPD, le tomo la tensión y reviso lo que ha comido y con Lucía planeamos la comida de la semana. Pero empiezan las envidias y Maruja y Carmen también quieren que vaya a sus casas y les haga lo que le hago a Estrella, que ellas también vienen a mi farmacia; pero los servicios profesionales tienen un precio y en ocasiones los que más los necesitan no los pueden pagar, pero estoy convencida de que esto cambiará y cuando lo haga, probablemente la Administración lo pague y acerquemos a los pacientes su asistencia, porque sus necesidades están cambiando.

La Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) es una asociación científica y profesional de ámbito nacional con más de 4.000 socios que tiene como misión liderar la evolución del farmacéutico comunitario desde la provisión del medicamento a la prestación de servicios profesionales farmacéuticos centrados en el paciente y en la población, en el ámbito de la atención primaria y sociosanitaria y en coordinación con otros profesionales de la salud.

En 2015 SEFAC fijó el rol de la farmacia comunitaria en la atención domiciliaria y sociosanitaria en el conocido como “Manifiesto Abarán”, que reproducimos seguidamente. El manifiesto reclamaba la “responsabilidad del farmacéutico comunitario sobre las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes que no estén ingresados en un hospital, independientemente de dónde vivan”, y subrayaba que este profesional “debe formar parte de los equipos de atención primaria, junto a médicos, enfermeros y trabajadores sociales, como proveedor de atención sanitaria a los pacientes más vulnerables sobre todos aquellos con mayor falta de autonomía o con patologías crónicas”.



**Manifiesto Abarán:  
EL FARMACÉUTICO COMUNITARIO  
EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA Y  
SOCIOSANITARIA**



En los últimos años la esperanza de vida en España ha aumentado considerablemente, de modo que actualmente el 28 por ciento de la población es mayor de 65 años (los mayores de 80 años son el 6 por ciento) y con proyecciones de que en solo quince años una de cada cuatro personas superará esa edad. Algunas estimaciones apuntan, incluso, a que España será el tercer país más envejecido del mundo en 2050.

A esto hay que añadir que a medida que la vida de las personas avanza suelen ir apareciendo enfermedades crónicas que, poco a poco, van reduciendo su calidad de vida, de tal manera que al llegar a la vejez es frecuente que se den varias patologías y que esto produzca un estado de fragilidad y dependencia. Además, y aunque según los datos disponibles el 72 por ciento de los mayores de 65 años son pacientes con patologías crónicas, no se debe olvidar que la cronicidad no está exclusivamente ligada a la edad, sino que afecta también a población infantil y juvenil.

Además, las personas mayores expresan una clara voluntad de autonomía, como ma refleja el hecho de que un 87 por ciento desea vivir en sus casas el mayor tiempo posible. Sería deseable que todos respetáramos el derecho a la autonomía y elección de las personas mayores sobre dónde y cómo quieren vivir.

Es sin duda en esta etapa cuando, además de que el paciente reciba cuidados de la máxima calidad, es importante mantener un entorno que le resulte familiar y de confianza. Es decir, lo más cercano posible y con profesionales sanitarios que tengan capacidad para prestar especial atención o derivar ante cualquier descompensación que se pueda dar en la salud del paciente, y que den una respuesta eficaz que, por su carácter pluripatológico, debe estar muy bien coordinada.

Por lo tanto, el aumento progresivo de la cronicidad, ligado al incremento de la esperanza de vida, el envejecimiento poblacional, la pluripatología, la polimedicación y la dependencia asociadas, exige cambios de estrategia y de reorganización encaminados a la creación de un espacio de atención socioasistencial. Es en este espacio donde deben converger de forma, no solo coordinada, sino también simultánea y continuada, los cuidados de salud y de atención social que no solo contribuyan a curar sino especialmente a cuidar a todas aquellas personas con problemas de salud crónicos, dependencia, dificultad para desplazarse de su domicilio y/o de riesgo de exclusión social. Respecto al uso de los medicamentos, también hay que tener en cuenta que un considerable porcentaje de la población (más de un 40 por ciento) reconoce tener carencias informativas sobre sus tratamientos, lo que si ya de por sí merece una actuación proactiva por parte del farmacéutico comunitario para paliar este déficit, todavía es más importante en el ámbito de los pacientes especialmente vulnerables.

En este contexto, tampoco se debe olvidar que en la actualidad hay en España 4,5 millones de personas que viven solas. Esta cifra previsiblemente aumentará en el futuro, y se puede agravar por la ausencia del soporte familiar derivado de los cambios en el modelo familiar, lo que exigirá un refuerzo de la estructura de colaboración socioasistencial.

Adaptar los servicios sanitarios para proveer al paciente con patologías crónicas y/o dependiente de los cuidados adecuados a sus necesidades se ha convertido en el mayor reto al que se enfrenta la sanidad actual. Todos los modelos de atención al paciente con patologías crónicas coinciden en señalar que:

- Los cuidados sanitarios han de proveerse en el entorno del paciente y, en concreto, tan cerca de su domicilio como sea posible. Este aspecto por sí solo obliga a reorientar por completo las prioridades de los recursos y servicios sanitarios, desplazando el eje de la atención hospitalaria a la primaria y potenciando su extensión hacia la atención domiciliaria.
- Una atención adecuada debe incluir el empoderamiento del paciente para que se involucre en el control de la enfermedad, de forma que las decisiones que adopte (tomar o no la medicación, mantener o no hábitos adecuados para su salud, etc.) sean correctas. Para conseguir esa implicación del paciente se necesitan profesionales sanitarios en los que el paciente confíe.
- Debe identificarse el momento en que el paciente empieza a tener un mal control de su enfermedad para poder actuar antes de que se produzcan consecuencias clínicas negativas. Por tanto, es necesario generar una red sanitaria que supervise de cerca la evolución del paciente y de la que el farmacéutico comunitario no sea ajeno.
- Los cuidados han de ser multidisciplinarios, y abarcar tanto cuidados sanitarios como socioasistenciales que cubren los aspectos fisiopatológicos y los determinantes sociales de la enfermedad. Ello plantea el requisito, especialmente complejo, de que los distintos profesionales sean capaces de trabajar juntos de forma coordinada.

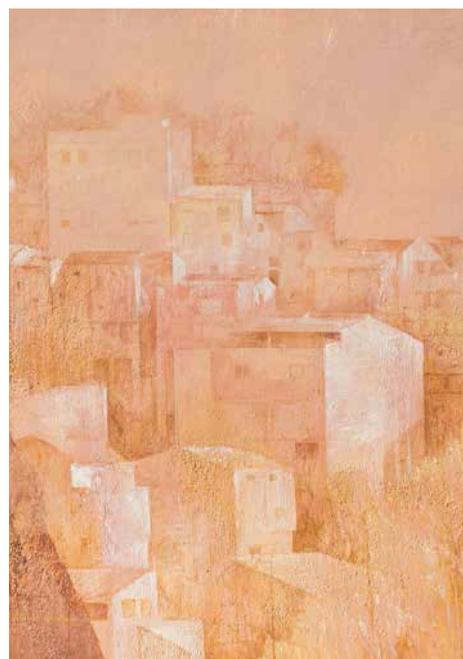
**¿Qué papel juega el farmacéutico comunitario?**

1. El farmacéutico comunitario debe ser responsable de las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes que no estén ingresados en un hospital independientemente de dónde vivan. El farmacéutico comunitario, tanto por sus conocimientos farmacológicos como por su accesibilidad y cercanía es, hoy por hoy, el profesional sanitario que posee una visión más global del tratamiento farmacológico (especialmente complejo en pacientes pluripatológicos) y forma de vida del paciente. Históricamente la población siempre ha manifestado una gran confianza en el farmacéutico comunitario y desde la introducción de la receta electrónica es el sanitario al que el paciente visita con más frecuencia; hecho que le permite conocer los medicamentos de prescripción y de automedicación que utiliza cada paciente.
2. El vínculo establecido entre la población y el farmacéutico comunitario, la confianza mutua y el conocimiento que el farmacéutico comunitario tiene del entorno familiar y social del paciente, le convierte en un profesional necesario para conseguir el empoderamiento y la implicación del paciente.
3. El farmacéutico comunitario debe formar parte de los equipos de atención primaria, junto a médicos, enfermeros y trabajadores sociales, como proveedor de atención sanitaria a los pacientes más vulnerables sobre todos aquellos con mayor falta de autonomía o con patologías crónicas.
4. Los más de 45.000 farmacéuticos comunitarios que existen actualmente en España, distribuidos uniformemente en todo el territorio en 22.000 farmacias, deben formar parte de la red de supervisión que detecte riesgos de descompensación en la salud de los pacientes con patologías crónicas para, de este modo, actuar con celeridad y evitar complicaciones de gravedad.

**Compromisos SEFAC**

- Por todo lo anterior la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) se compromete con los pacientes, la profesión farmacéutica y la sociedad a promover y facilitar la integración del farmacéutico comunitario en la atención del paciente ambulatorio o no hospitalizado, y en especial de aquellas personas que tengan especiales dificultades para acceder a un centro sanitario. Para ello se asumen los siguientes compromisos:
1. Potenciar la figura del farmacéutico comunitario como profesional sanitario de referencia en la asistencia farmacoterapéutica del paciente.
  2. Liderar la formación y capacitación de los farmacéuticos comunitarios para adecuar sus competencias y habilidades profesionales a las necesidades de los pacientes.
  3. Promover el trabajo conjunto con Administraciones públicas y privadas, asociaciones de pacientes, sociedades científicas y colegios profesionales con el fin de lograr la mejor atención integral del paciente.
  4. Coordinar las actuaciones del farmacéutico comunitario con el resto de profesionales que forman parte del equipo de atención al paciente.
  5. Desarrollar la prestación de los servicios profesionales farmacéuticos necesarios para aquellos pacientes no hospitalizados y que por sus circunstancias de salud, discapacidad o condicionantes sociofamiliares no puedan recibirlos fuera de su lugar de residencia.
  6. Impulsar la educación para la salud y la prevención en materia de patologías crónicas desde la farmacia comunitaria.
  7. Apoyar el desarrollo e implantación de herramientas que faciliten la atención farmacéutica integrada en la actividad diaria de la farmacia.
  8. Colaborar con las escuelas, foros y/o asociaciones de pacientes u otros fórmulas de apoyo destinadas a los cuidadores de los pacientes crónicos.
  9. Coordinar investigaciones que midan el impacto en salud y el coste-efectividad de los modelos de atención al paciente con patología crónica que incluyan al farmacéutico comunitario como parte de un equipo multidisciplinario.
  10. Generar indicadores de calidad de los procesos de atención al paciente frágil, crónico y polimedidado e integrar las nuevas tecnologías en su cuidado y seguimiento.

Abarán (Murcia), 6 de marzo de 2015.



#### **4. RESPONSABLE DE LAS NECESIDADES FARMACOTERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES EN LAS RESIDENCIAS SOCIOSANITARIAS.**

Pero Estrella empeora, ya no nos conoce y no quiere comer, Lucía ya no puede cubrir sus necesidades y hay que llevarla a una residencia. Su hija recuerda que nosotros llevamos a mi abuela Lola a una hace mucho tiempo y vienen a preguntarme, porque ellos no quieren llevar a Estrella a un asilo, no quieren abandonarla. Quedamos un día y les cuento que las residencias de ahora no son como los asilos de hace años, que hay muchas en las que no sólo atienden las necesidades sanitarias, que tienen actividades, que cuidan muy bien de que coma de todo, que va a estar acompañada y que van los médicos y que también van los farmacéuticos y que va a tener la misma atención que en su casa, pero que ellos van a estar más tranquilos y Estrella más cuidada.

En línea con la propuesta de SEFAC de julio de 2016 sobre el papel del farmacéutico comunitario en la atención sociosanitaria (ver los criterios propuestos en el cuadro que sigue), en las residencias de 2017 debe haber un equipo de salud interdisciplinar, la dirección de los centros debe crear el ambiente necesario para que las auxiliares, enfermeras, médicos y farmacéuticos en coordinación atiendan las necesidades de los pacientes. La gran novedad será la necesidad de que en los botiquines el farmacéutico no sólo se encargue del abastecimientos de los tratamientos; ahora debe ser responsable de la preparación de los SPD, de trabajar junto al médico en la optimización de la farmacoterapia, conciliar los tratamientos cuando existan cambios,

colaborar en la formación del resto del personal sobre nuevos medicamentos y tener un trato directo con los pacientes y sus familiares; como siempre ha sido en la farmacia comunitaria, porque los pacientes que viven en residencias de ancianos no están ingresados. Muchos tienen altos grados de dependencia, pero otros se valen por sí mismos, solo que ahí están mejor atendidos y acompañados y las residencias son su nuevo hogar.

### Criterios de Atención farmacéutica en el ámbito sociosanitario.

1. SEFAC propone la prestación de la atención farmacéutica en los Centros Sociosanitarios (CSS) mediante la vinculación de la farmacia comunitaria a través de un servicio de farmacia comunitaria que integre las funciones tradicionales de suministro de los depósitos de medicamentos con las funciones asistenciales propias de la atención farmacéutica sociosanitaria realizadas a través de la prestación de Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF).
2. Esta vinculación debería basarse fundamentalmente en dos criterios: accesibilidad (proximidad, disponibilidad...) y calidad de servicio (catálogo de servicios asistenciales, capacitación del personal para esos SPF, experiencia...).
3. Los SPF que se desarrollen deberían cubrir las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes residentes, desde la adquisición de medicamentos y productos sanitarios hasta el seguimiento de los tratamientos farmacológicos.
4. El farmacéutico comunitario responsable del servicio debería desarrollar su labor profesional en los CSS desde la farmacia comunitaria certificada a la que pertenece, prestando SPF para los que deberá estar específicamente capacitado.
5. Es imprescindible la colaboración de los responsables de los CSS y del personal sanitario que interviene en la prescripción y uso de los medicamentos para llevar a cabo la labor del farmacéutico comunitario.
6. La vinculación de las farmacias a los CSS debería ser concertada a través de los colegios profesionales, fijando los servicios prestados (cuyo sistema retributivo será acorde con sus objetivos, requerimientos y resultados).
7. Los colegios profesionales también deberían ser los encargados de fijar las condiciones para la prestación, facturación y cobro de los servicios.
8. El servicio de farmacia sociosanitaria debería disponer de una estructura que permita la colaboración multidisciplinar con el personal sanitario tanto del centro como de otros niveles asistenciales que atienden y tienen una repercusión positiva en la calidad de vida y la salud: médicos, enfermeros, farmacéuticos hospitalarios y gerocultores.
9. Los elementos necesarios para la integración y colaboración de la farmacia comunitaria en la atención sociosanitaria con el resto de profesionales sanitarios pasarían porque las administraciones públicas permitiesen una comunicación electrónica entre los miembros del equipo multidisciplinar, acceso al historial farmacoterapéutico completo (primaria y hospitalaria), acceso a la información clínica necesaria de la historia clínica.
10. Sería también necesaria la formación conjunta de los profesionales en las cuestiones de ámbito común y la participación del farmacéutico comunitario en los grupos del Sistema Nacional de Salud (SNS) que aborden el desarrollo del cuidado del paciente en el ámbito sociosanitario.

## 5. CONCLUSIÓN.

Esto puede parecer un relato, pero no lo es. La realidad de la atención sanitaria de hoy gira en torno a la cronicidad, pero por mucho que se hable y se escriba de ella, la cronicidad es la gran desconocida, la que no sabemos manejar, sobre la que debe pivotar la sanidad y debe ser desde la primaria, donde vive el paciente.

Uno de los grandes retos de este siglo va a ser dar soluciones a estos pacientes y tanto los que deciden como aquellos que estamos profesionalmente ligados a ellos debemos adaptarnos y tratar de cubrir sus necesidades. El médico de familia es quizás el agente sanitario más importante en este nuevo sistema sanitario, pero necesita ayuda de un equipo: enfermeros, especialistas, agentes sociales y el farmacéutico comunitario en un equipo coordinado en el que deben primar la comunicación y el trato personalizado necesario con pacientes cada vez más débiles y complejos.

Sin embargo, el problema es que la inercia va en dirección contraria, descapitalizando científica y profesionalmente a la atención primaria. La mayor parte de los recursos se dirigen a la atención especializada, olvidando que son los profesionales de primaria los que prestan sus servicios al paciente de forma continuada en el tiempo, los que le conocen, los que saben esas partes de la vida de cada uno que es difícil conocer en una o dos visitas al especialista. Por ello, hay que recuperar la atención primaria (AP) y que deje de ser la puerta de entrada al sistema para convertirse en el eje del sistema y de la atención al paciente, una aten-

ción de proximidad tanto en el espacio y en el tiempo como en lo vital.

El farmacéutico comunitario es una pieza más de este equipo, probablemente con la relación más cercana con los pacientes y con una capacidad de intervención en el día a día muy alta, ya sea en la propia farmacia y/o en el entorno del paciente: el domicilio o la residencia. Para ello precisamos modernizar la AP, generando una receta electrónica que además de poner en común la medicación del paciente incorpore acceso a la historia clínica, que permita la comunicación entre profesionales de forma fluida, que fomente la formación conjunta y la coordinación, que sepa aprovechar los avances tecnológicos como la telemedicina, que permita minimizar las visitas al hospital generando más posibilidades de cuidados al paciente desde la AP, y no al contrario.

Todo ello será posible no sólo porque los profesionales de AP presionen en ese sentido sino también porque los pacientes, a través de sus asociaciones y organizaciones, demanden una atención de calidad cercana y humana. Y no podemos permitirnos esperar mucho más para comenzar este modelo porque cada vez hay más ancianos que requieren apoyo, ya sea viviendo solos, con sus familias o en residencias. Y pacientes con patologías crónicas, mayores o jóvenes, que necesitan ese apoyo continuado. Y multitud de incidentes puntuales en el día a día que pueden resolverse con cercanía y un poco de arte.

La farmacia comunitaria siempre ha estado ahí con personas como D. Cosme, está

hoy con personas como Estrella y estará ahí con los nietos de éstos, porque la farmacia comunitaria es para las personas y, mientras esto no cambie, la farmacia comunitaria cumplirá su objetivo, con funciones cambiantes a lo largo del tiempo pero siempre atendiendo con el corazón las necesidades de los pacientes.