



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

MASTER EN GESTIÓN SANITARIA
Año 2016-2017

Proyecto de Gestión: Dispensación de Nutrición Enteral a centros
Sociosanitarios desde un Servicio de Farmacia

Trabajo Fin de Máster
Junio 2017-06-09

Autor: Nieves Cano Cuenca

Dirección: Domingo Orozco Beltrán

Índice

1. Introducción
2. Análisis de la situación
 - a. Análisis externo
 - b. Análisis interno
 - c. Matriz DAFO
3. Objetivos
4. Plan de actuación
 - a. Estudio Inicial
 - b. Planificación del proyecto
 - c. Resultados
5. Discusión
6. Conclusiones
7. Bibliografía

UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

1. INTRODUCCIÓN

Es evidente que las poblaciones de los países desarrollados experimentan un proceso de envejecimiento demográfico sin precedentes y que las pirámides de población están sufriendo un vuelco progresivo que no por dejar de ser previsible está siendo disruptivo, cambiando las previsiones sociales y sanitarias de nuestra sociedad occidental

Nuestro sistema sanitario, como consecuencia de este envejecimiento soporta cada vez más pacientes pluripatológicos, entre el 70-95% de los ancianos de nuestro entorno presentan de 1,2 a 4,2 enfermedades crónicas, lo que los hace consumidores de una gran parte de los recursos destinados a sanidad. Muchos de estos de pacientes se encuentran institucionalizados en residencias sociosanitarias.

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

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

En nuestra Gerencia, se ha creado un modelo de colaboración entre centros sociosanitarios, atención primaria y atención especializada, en cuanto a materia de farmacia se refiere. En un primera fase, se pretende llegar a todas las residencias pertenecientes a nuestra área de influencia para proporcionarle el suministro de nutrición enteral.

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

2.1 Análisis externo

La esperanza de vida de la población española tanto al nacer como a los 65 años se encuentra, tanto en hombres como en mujeres, entre las más altas de la Unión Europea, a pesar del logro social que supone este aumento en la esperanza de vida de las personas, el proceso de envejecimiento poblacional plantea retos importantes de carácter económico y social. En este sentido, tanto en España como en los países de nuestro entorno geográfico, el debate se centra básicamente en las consecuencias que el envejecimiento demográfico plantea sobre la solvencia financiera de los programas públicos de pensiones y de atención socio-sanitaria.

El tema económico junto con el aumento de la esperanza de vida y por lo tanto de las enfermedades crónicas, pone en serias dificultades la solvencia del sistema y hace necesaria una reorganización y coordinación de la atención social y sanitaria. Es imprescindible fomentar la atención integral e integrada de los pacientes crónicos y de las personas en situación de dependencia, para ello es clave una correcta coordinación socio-sanitaria que sitúe a la persona en el centro y permita ofrecerle los recursos más adecuados a sus necesidades de cada momento.

Los expertos pronostican un futuro en que “la dependencia y la salud de las personas mayores serán el hecho dominante en la prestación de servicios personales públicos y privados. Por esto, la medicina preventiva sobre los hábitos de las personas, la búsqueda de modelos alternativos a la hospitalización tradicional, los modelos de atención integrada de servicios (“long term care”), la construcción de un espacio sociosanitario en España con integración de los servicios sociales y sanitarios o la creación/reconocimiento de nuevas profesiones relacionadas con este ámbito así como las TIC aplicadas a la cronicidad entre otros, son elementos clave a tener en cuenta en una estrategia sólida de futuro.

El mapa sociosanitario de España a día de hoy resulta complejo debido a la cantidad de recursos disponibles, de muy diferente índole y a muy diferente nivel, encontramos residencias de titularidad privada, con y sin ánimo de lucro, con y sin plazas concertadas, residencias públicas y residencias públicas con gestión privada (concesión administrativa de la gestión).

Como hemos dicho anteriormente, no hay una legislación común para todo el sistema sanitario español, pero la necesidad de optimizar los recursos y disminuir el gasto en farmacia ha llevado en los últimos años a la implantación de diferentes iniciativas o modelos de suministro y/o atención farmacéutica. Así, la mayoría de comunidades autónomas están introduciendo modelos mixtos con un reparto de la prestación entre la farmacia especializada y la oficina de farmacia en función de la titularidad de la residencia o el número de plazas.

En Castilla la Mancha, en materia de prestación farmacéutica, el Art 62 Ley 2/2015, de 19 de febrero, por la que se modifica la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, refleja lo siguiente:

1. La asistencia sanitaria en centros sociosanitarios deberá garantizarse y se llevará a cabo a través de los servicios de farmacia y los depósitos de medicamentos.
2. Los centros sociosanitarios que dispongan de 100 camas o más tendrán un Servicio de Farmacia propio. No obstante, estos centros podrán tener un depósito de medicamentos, en lugar de un servicio de farmacia, siempre que este vinculado a un servicio de farmacia de la red pública del área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente, mediante acuerdos o convenios que establezcan con la Consejería competente para la prestación farmacéutica de esta Comunidad Autónoma.
3. Los centros sociosanitarios de menos de 100 camas que no dispongan de un servicio de farmacia contarán con un depósito de medicamentos, en las condiciones previstas en el art. 53.1. Excepcionalmente y por motivos de planificación farmacéutica o de asistencia farmacoterapéutica justificados, podrá autorizarse por parte de la autoridad de ordenación farmacéutica la vinculación a una zona farmacéutica adyacente,
4. Estos servicios de farmacia y depósitos de medicamentos están sujetos a las autorizaciones establecidas en el art. 3.1. Reglamentariamente se establecerá el procedimiento de vinculación, el número máximo de depósitos a atender desde una oficina de farmacia y el periodo máximo de vinculación, así como el régimen de asistencia farmacéutica, las funciones del farmacéutico responsable y los requisitos técnico-sanitarios para su autorización.

2.2 Análisis Interno

La prestación farmacéutica en el ámbito de los centros de asistencia social desde la farmacia hospitalaria, independientemente del modelo, se ha organizado en función de dos criterios fundamentalmente: la titularidad del centro (público o privado) y el número de plazas.

La integración entre Atención Primaria y Atención especializada, ya es un hecho en nuestra Gerencia, afianzándose cada día mas la colaboración entre los profesionales de estas dos áreas. En lo que afecta al Servicio de Farmacia, desde hace cuatro años tenemos una completa integración entre profesionales de primaria y especializada, estando en proyecto incluso la creación de la especialización llamada Farmacia Hospitalaria y Atención Primaria vía FIR.

Como un paso más, la Gerencia ha querido incluir en esta integración las residencias sociosanitarias. La intención tanto de esta Gerencia, como a nivel estatal, impulsada por la necesidad de ahorro en la prestación farmacéutica como la mejora en la atención del paciente institucionalizado, es proporcionar a estos centros el suministro de medicación y productos farmacéuticos, a través de la compra centralizada desde el Servicio de Farmacia del Hospital.

Por regla general, las ventajas de la centralización de las compras son:

- La obtención de un menor precio y la unificación de precios en todo el ámbito de actuación de la central de compras.
- La simplificación de las tareas administrativas, mediante la realización de expedientes de contratación centralizados, obteniendo una mayor transparencia y concurrencia en los procesos de contratación.
- Control centralizado de la calidad.
- Mayor normalización y estandarización de productos.
- Implantación de políticas generales.
- Gestión de la información de forma centralizada.
- Abaratamiento de los costes de gestión y logísticos.

Centrándonos en nuestro Servicio de Farmacia y en el proyecto que quieren llevar a cabo, con los recursos actualmente disponibles tanto de personal como material, es

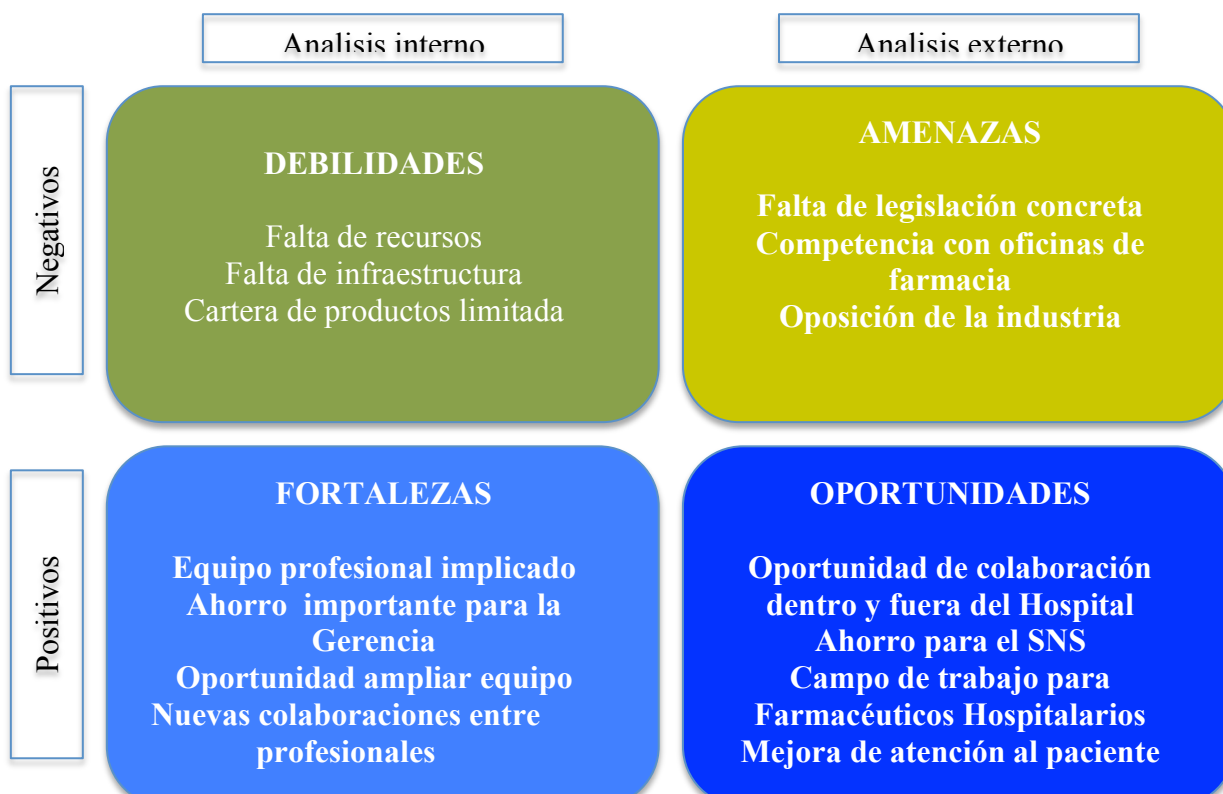
imposible abarcar el suministro de todos los productos farmacéuticos que consumen los pacientes ingresados en centros sociosanitarios de nuestra área de salud. Por lo que se le propone a dirección empezar por el suministro de especialidades de nutrición enteral, ya que con poca inversión desde el Hospital el ahorro estimado se supone importante.

Las residencias dependientes de nuestra Gerencia son ocho, entre públicas, privadas y concertadas, con un número de camas muy diverso, y aunque la ley solo obliga al suministro de residencias de más de 100 camas, se incluyen en el proyecto todas.

	Tipo	Nº Plazas
Residencia MML	Privada	20
Residencia STJ	Pública	86
Residencia PFCB	Concertada	80
Residencia RY	Pública	29
Residencia RR	Pública	32
Residencia GT	Concertada	104
Residencia ALH	Concertada	160
Residencia RS	Pública	30

Actualmente el Servicio de Farmacia cuenta con tres especialistas en Farmacia Hospitalaria, dos diplomados universitarios en enfermería, tres auxiliares de enfermería y un celador, además del personal administrativo.

2.3 Matriz DAFO del análisis estratégico



3. ESTRATEGIA Y OBJETIVOS

- Suministro directo desde el Hospital a todos los centros socio sanitarios dependientes de nuestra área de salud de todas las nutriciones enterales necesarias para cubrir las necesidades de los pacientes institucionalizados.
- Elaboración de un plan de colaboración entre el personal sanitario de los centros socio-sanitarios, médicos de atención primaria y los diferentes servicios de especializada implicados, Servicio de Farmacia, Servicio Geriátría, Medicina Interna y Servicio Endocrinología.
- Elaboración de una guía consensuada de productos de nutrición enteral que cubra las necesidades de los usuarios.
- Disminuir el coste que supone para el servicio sanitario el consumo de estos productos.
- Disminuir las actuaciones burocráticas que supone el tramitar este tipo de productos en las oficinas de farmacia por parte de los usuarios.

4. PLAN DE ACTUACIÓN

4.1 Estudio Inicial

En primer lugar y tras la aprobación de dirección, nos pusimos en contacto con cuatro residencias con el fin de comentarles la propuesta y pedirles un listado de los pacientes que tienen actualmente con nutrición enteral, para hacer una estimación del gasto que supondría al Hospital y el ahorro estimado si estos mismo productos se dispensaran desde la oficina de farmacia de la calle.

Los datos que nos proporcionaron fueron los siguientes:

MARCA	CONSUMO/DIA				CONSUMO MENSUAL	
		Res. ALH	Res STJ	Res GT		Res Y
FORTIMEL COMPLETE (NUTRICIA)	200 ML		3			90
JEVITY PLUS (ABBOT)	1500 ML	3				90
RESOURCE SENIOR ACTIV (NESTLE)	200 ML	3				90
ENSURE PLUS ADVANCE (ABBOT)	220 ML	2				60
FRESUBIN 2 KCAL (FRESENIUS)	200 ML	2				60
FRESUBIN PROTEIN ENERGY (ABBOTT)	200 ML				3	90
FRESUBIN THICKENED (FRESENIUS)	200 ML	2				60
FORTIMEL ENERGY (NUTRICIA)	200 ML	2		1	2	150
FRESUBIN ENERGY (FRESENIUS)	200 ML	3				90
PULMOCARE (ABBOT)	250 ML,		3			90
RESOURCE 2,0 (NESTLE)	200 ML	2				60
RESOURCE ENERGY (NESTLE)	200 ML	2				60
FRESUBIN ORIGINAL FIBRE (FRESENIUS)	500 ML	3				90
NOVASOURCE GI CONTROL (NESTLE)	500 ML,	6				180
NUTRISON MULTIFIBRE (NUTRICIA)	500 ML	3				90
NUTAVANT HP (PERSAN)	250 ML			2		60
DIASIP PROTEICO (NUTRICIA)	220 ML			1		30
GLUCERNA 1,5 (ABBOT)	220 ML	2				60
FIBTENEX (WALLAX FARMA)	250 ML	1				30
Total						1530

Con los datos obtenidos estimamos el ahorro que supondría comprar de forma centralizada desde el Servicio de Farmacia en comparación a lo que suponía el coste para el sistema sanitario en las oficinas de farmacia.

ESTIMACIÓN DE AHORRO POR MES EN DIETOTERÁPICOS. Residencias Gerencia Atención Integrada

MARCA		U/ mes	PVL unidad GAI*	PVP unidad calle**	Gasto TOTAL GAI	PVP TOTAL en calle**
JEVITY PLUS (ABBOT)	500 ml	270	0,77	10,32	207,9	2786,4
ENSURE PLUS ADVANCE (ABBOT)	220 ml	450	0,44	5,06	198	2277
FRESUBIN THICKENED (FRESENIUS)	200 ml	60	2,75	4,65	165	279
PULMOCARE (ABBOT)	500 ml	45	6,27	9,28	282,15	417,6
FRESUBIN ENERGY (FRESENIUS)	200 ml	360	0,01	3,73	3,6	1342,8
FRESUBIN ORIGINAL FIBRE (FRESENIUS)	500 ml	180	0,01	7,08	1,8	1274,4
NOVASOURCE GI CONTROL (NESTLE)	500 ml	180	0,22	7,79	39,6	1402,2
GLUCERNA 1,5 (ABBOT)	220 ml	120	0,55	8,71	66	1045,2
TOTAL					964,05 €	10.824,60 €

Diferencia

9.860€

* Precio coste de cada unidad de nutrición a través de compra directa desde el Hospital

** Precio coste de cada unidad cuando se compra con receta en oficina de farmacia.

El ahorro estimado que suponía el suministro directo a las cuatro residencias contactadas es de 9.860€, es decir, un 91.1%.

4.2 Planificación del proyecto

Tras presentar el informe a la Dirección del Hospital y tras su aprobación se planificaron las siguientes acciones:

- Creación de un grupo de trabajo donde estuviera presente un Internista del Hospital, un endocrino, un geriatra, un medico de atención primaria y un farmacéutico.
- Elaboración de una guía de especialidades de nutrición enteral que cubriera las necesidades de los usuarios.
- Difusión de esa guía entre los posibles prescriptores del Hospital y Centros de Salud, médicos y personal de enfermería de residencias.
- Elaboración de un circuito de pedido-suministro y ruta y calendario de reparto.
- Elaboración por parte del Servicio de Farmacia del Procedimiento Normalizado de Trabajo según las Normas ISO.

Tras la formación del grupo de trabajo, se empezó a trabajar en la Guía de Nutrición Enteral, se agruparon las dietas según la cantidad de proteínas, calorías, y dietas especiales. De las seleccionadas por los facultativos en cada grupo se publicó un procedimiento negociado para que los distintos laboratorios presentasen sus ofertas y elegir la más eficiente.

Se elaboró una guía con las nutriciones de referencia de cada grupo, que sería la que incluiríamos en el Hospital. Se comprarían algunas especialidades solo indicadas en casos específicos.

FORMULA	MARCA	PRESENTACION	OBSERVACIONES
HIPERPROTEICA, HIPERCALORICA, CON FIBRA	FRESUBIN 2 KCAL FIBRE(FRESENIUS)	200 ml	REFERENCIA
	ATEMPERO (VEGENAT)	200 ml	estres metabolico, NO SUSTITUIR
	JEVITY PLUS (ABBOT)	200 ml	
	FORTIMEL COMPLETE (NUTRICIA)	200 ml	
	RESOURCE SENIOR ACTIV (NESTLE)	200 ml	
HIPERPROTEICA, HIPERCALORICA, SIN FIBRA	RENUTRYL (NESTLE)	300ml	REFERENCIA
	FRESUBIN THICKENED (FRESENIUS)	200 ml	textura especial, NO SUSTITUIR
	NUTAVANT PLUS (PERSAN)	230 ml	
	FRESUBIN PROTEIN ENERGY (ABBOTT)	200 ml	
	ENSURE PLUS HIGH PROTEIN	220ml	
	ENSURE PLUS ADVANCE (ABBOT)	220ml	
NORMOPROTEICA, HIPERCALORICA, SIN FIBRA	FRESUBIN ENERGY DRINK (FRESENIUS)	200 ml	REFERENCIA
	PULMOCARE (ABBOTT)	500 ml	Solo si l. pulmonar
	FORTIMEL ENERGY (NUTRICIA)	200 ml	
	RESOURCE 2,0 (NESTLE)	200 ml	
	RESOURCE ENERGY (NESTLE)	200 ml	
	NUTAVANT ESTANDAR	250 ml	
NORMOPROTEICA, HIPERCALORICA, CON FIBRA	FORTIMEL ENERGY MULTIFIBRE (NUTRICIA)	200 ml	Cambiar por FRESUBIN 2KCAL FIBRE
NORMOPROTEICA, NORMOCALORICA, CON FIBRA	FRESUBIN ORIGINAL FIBRE (FRESENIUS)	500 ml	REFERENCIA
	NOVASOURCE GI CONTROL (NESTLE)	500 ml	hay stock pero no mandar sino especifican esta
	NUTRISON MULTIFIBRE (NUTRICIA)	250/500 ml	
HIPERPROTEICA, NORMOCALORICA, SIN FIBRA	NUTAVANT HP (PERSAN)	250 ml	Cambiar por ENSURE PLUS ADVANCE
DIABETES, HIPERPROTEICA, CON FIBRA	GLUCERNA 1,5 (ABBOTT)	220ml	REFERENCIA PARA ORAL
	DIBEN (FRESENIUS)	500 ml	REFERENCIA PARA SONDA
	DIASIP PROTEICO (NUTRICIA)		
	RESOURCE DIABET PLUS (NESTLE)	200 ml	

Se contactó con todas las residencias pertenecientes al área. Al no ser todas las residencias públicas, ni con más de 100 camas, no estaban obligadas por ley a que les suministráramos desde el Hospital, sin embargo, todas ellas, concienciadas del gasto sanitario que supone este tipo de alimentación y ahorro que podíamos conseguir, se adhirieron al proyecto.

Se elaboró un circuito en el cual se establecieron los siguientes puntos:

- Frecuencia de suministro.
- Formulario de petición por parte de las Residencias.
- Formulario de intercambio terapéutico.
- Calendario de reparto.

Las residencias envían al Servicio de Farmacia la solicitud para cuatro semanas, con el nombre del paciente, nutrición y cantidad diaria. La primera vez que se incluye un paciente en el pedido se acompaña con el informe del médico donde se refleja la necesidad de nutrición. En el calendario se especifica el periodo de realización de pedidos por parte de la residencia y el periodo de entrega por parte del Servicio de Farmacia.

Cuando se pauta una especialidad no incluida en la guía del Hospital, el farmacéutico propondrá el intercambio por una de las incluidas, se rellenará el formulario y se le hará llegar al endocrino, internista o geriatra para que apruebe el cambio. En los casos en que no sea posible contactar con el servicio prescriptor, será el endocrino el facultativo encargado de autorizar el intercambio.

Se comprueba que el pedido es correcto, se meterá en el programa Farmatools® y se sacará el listado con las nutriciones de cada residencia. El personal auxiliar de la farmacia prepara el pedido y el celador será el encargado de su embalaje y entrega al transportista.

Al ser un proceso nuevo, hubo que implicar a todo el personal del Servicio de Farmacia, haciéndoles partícipes del proyecto y explicándoles las ventajas de esta nueva medida.

Se elaboró el PNT de Dispensación de Nutrición enteral a Centros sociosanitarios para incluirlos en los procedimientos de Farmacia.

4.3 Resultados del proyecto

Tras la implantación hace ocho meses de este proyecto hemos llegado a 33 pacientes, de 7 residencias sociosanitarias diferentes. Una de ellas, aunque si que quería entrar en el proyecto, durante estos 8 meses, no ha solicitado ninguna nutrición, ya que de sus 20 pacientes no había ninguno con alimentación enteral.

Ha supuesto para el Hospital un gasto mensual de 1.449€, si extrapolamos los datos de ahorro del estudio inicial (91,1%), ha supuesto un ahorro para el sistema sanitario de 118.600€ en un periodo de 8 meses, si la medicación hubiese sido dispensada en oficina de farmacia a través de receta.

5. DISCUSIÓN

Se ha evidenciado las ventajas que tiene hacer una compra centralizada desde un solo almacén, los precios que se obtienen por parte de los laboratorios son mucho mas ajustados que los que puede conseguir cualquier oficina de farmacia por separado, a esto se le une el porcentaje de beneficio de dichas oficinas.

Para el Servicio de Farmacia es muy positiva la experiencia, ya que nos da visibilidad tanto dentro como fuera del Hospital. Es una oportunidad de realizar atención farmacéutica en los centros socio-sanitarios, donde se encuentran institucionalizados muchos pacientes polimedcados, donde el papel del farmacéutico es fundamental para evitar errores de medicación, duplicidades, interacciones...lo que mejoraría la asistencia al paciente. Y por otro lado, se podría llevar mejor un control del gasto farmacéutico, que de aquí a unos años, muchos expertos presuponen insostenible.

A nivel de Hospital, la comunicación entre los diferentes servicios ha sido muy positiva, mostrándose todos los facultativos muy colaboradores, tanto para la elaboración de las guías como para el seguimiento de pacientes con malnutrición.

Las residencias sociosanitarias por su parte, han mostrado gran colaboración también. Para ellas, ha supuesto un deshago en tareas burocráticas, ya que antes tenían que estar pendientes de la vigencia de los visados, de la renovación de recetas, con el

consiguiente desplazamiento al especialista, al centro de salud y a la inspección de sanidad en Albacete.

Cuando han tenido algún problema relacionado con la nutrición, se han puesto en contacto con nosotros para solucionarlo. Desde el Servicio de Farmacia nos encargábamos de ponerle solución y/o contactar con el medico prescriptor, esto siempre es más fácil desde dentro que localizar al facultativo desde la residencia.

Como inconvenientes nos hemos encontrado una sobrecarga de trabajo en el Servicio de Farmacia, del farmacéutico encargado de las Residencias y del personal auxiliar. Que ha sido posible superarlo gracias a la predisposición, motivación e implicación de dicho personal.

Otro gran hándicap encontrado ha sido la oposición de las oficinas de farmacia a este tipo de medidas, que han generado incluso alguna denuncia. Para las farmacias particulares es una fuente de ingresos menos, en los productos de nutrición enteral los márgenes son amplios y las ganancias que para ellas suponen grandes. Se contacto con el Colegio de Farmacéuticos implicado, ellos entienden el problema, son conscientes del gasto sanitario, pero también defienden sus intereses, por lo que ven la necesidad de que se regule este tipo de medidas.

Para el futuro, vemos en las residencias sociosanitarias un campo donde el Sistema Sanitario tiene la obligación de intervenir. Los cambios demográficos van a demandar más centros donde se les de la atención adecuada a pacientes ancianos, polimedicados, pluripatológicos, con enfermedades crónicas y consumidores de muchos recursos sanitarios. El avance en la investigación de fármacos en ámbitos como la oncología, la hematología, fármacos biológicos... va a hacer que el consumo farmacéutico siga aumentando en los próximos años, por lo que hay que buscar otras soluciones para disminuir el gasto, y las residencias sociosanitarias pueden ser una de ellas.

A falta de una legislación común, en los Servicios de Farmacia Hospitalaria donde se han establecido medidas para prestar atención farmacéutica en centros de asistencia social, independientemente del modelo organizativo, están obteniendo importantes resultados sanitarios y económicos, al aplicar las herramientas propias de la farmacia especializada y trabajar, con el resto del equipo asistencial, en la mejora del cuidado del paciente institucionalizado.

Resultados asistenciales

- Integración del farmacéutico en el equipo interdisciplinar, incidiendo en el desarrollo de una farmacoterapia eficiente tanto a nivel de la población como para cada paciente en particular.
- Desarrollo de un sistema de Guía Farmacoterapéutica como eje central de la gestión farmacoterapéutica que implica:
 - o Selección de medicamentos adaptada a las necesidades del paciente y a las características de la atención sanitaria
 - o Establecimiento de protocolos de intercambio terapéutico, tratamiento y seguimiento de pacientes con una patología y/o tratamiento determinado
 - o Incorporar criterios de gestión farmacoeconómicos en línea con el conjunto del área sanitaria.
- Desarrollo de un sistema de guía para la selección y utilización de productos sanitarios de gran importancia, clínica y económica, en esta población
- Desarrollo de grupos de trabajo para el desarrollo de programas concretos de seguimiento de pacientes con elevado impacto sanitario y/o económico
 - o Valoración nutricional y racionalización de la utilización de preparados nutricionales.
 - o Seguimiento del paciente con enfermedad de Alzheimer y problemas asociados a esta enfermedad (alteraciones de conducta, etc.)
 - o Formación sobre el uso de los medicamentos a pacientes y profesionales sanitarios.
- Dispensación individualizada de los medicamentos en dosis unitarias perfectamente acondicionados y preparados para su administración
- Integración en los sistemas de información permitiendo una mejora en la conciliación de la medicación del paciente entre diferentes niveles asistenciales
- Aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) en el intercambio de la información y mejora de la comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales
- Presencia del farmacéutico de hospital como eje de comunicación entre diferentes niveles asistenciales: sociosanitarios – especializada
- Mejora en la gestión de los depósitos de medicamentos, disminuyendo de forma considerable el número de medicamentos inmovilizados, aumentando su rotación y la adaptación a las necesidades de los pacientes

Resultados económicos

La disminución del coste económico es debida a los siguientes factores:

- Gestión de la adquisición de medicamentos desde el Servicio de Farmacia, incluida la incorporación de medicamentos genéricos
- Utilización de un sistema de gestión basado en la guía farmacoterapéutica: selección de medicamentos con mejor perfil de eficiencia
- Intercambio terapéutico y suspensión de medicamentos de baja utilidad terapéutica
- Establecimiento de programas concretos de seguimiento de pacientes con elevado impacto sanitario y/o económico.

En la situación sanitaria actual, la implicación de los Hospitales en los centros sociosanitarios sería una ventaja para el Sistema Sanitarios, nuevas oportunidades para los profesionales sanitarios y mejora en la atención de los pacientes.

6. CONCLUSIÓN

- La compra centralizada desde un Servicio Hospitalario de nutrición enteral para pacientes institucionalizados ha supuesto un ahorro importante para la Gerencia y para el Sistema Sanitario.
- La implicación del farmacéutico hospitalario en centros sociosanitarios aporta una calidad en la atención farmacéutica ausente hasta ahora, en un grupo de pacientes con características complejas y en su mayoría polimedcados.
- El grupo multidisciplinar formado para la implantación del proyecto ha sido clave para facilitar el trabajo tanto a los centros sociosanitarios como al Servicio de Farmacia.
- La legislación sobre centros sociosanitarios es fundamental y necesaria para poder seguir trabajando en este ámbito.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 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 (BOE no. 98, de 24 de abril de 2012).
- Ley 2/2015, de 19 de febrero, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla- La Mancha.
- M. Martínez Camacho, M. Miró Anglada, J. Liso Rubio, et al. Atención farmacéutica especializada en centros sociosanitarios y residencias asistidas. Documento SEFH.
- JF. Peris Martí, EM. Fernández Villalba, M. García-Mina Freire, et al. Prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios. Análisis de situación y propuesta CRONOS-SEFH. 2013.
- ASIGNATURA 6. Gestion de compras. Master Gestión Sanitaria. UMH.
- ASIGNATURA 8. Gestion clínica asistencial. Master Gestión Sanitaria. UMH.

