

Atención Sociosanitaria y Asistencia Farmacéutica en Centros Residenciales

Documento de Posicionamiento

2019

Contenido

I. Introducción	3
II. Atención Sociosanitaria en Centros Residenciales	4
1. Atención Sociosanitaria	4
2. Carga Sanitaria en Centros Residenciales	5
3. Modelo de Atención	5
4. Relación de los Centros Residenciales con otros Niveles Asistenciales	6
5. Acreditación de los Centros Residenciales	7
6. Financiación de la Atención en Centros Residenciales	7
III. Asistencia farmacéutica en centros sociosanitarios y/o residenciales.	9
7. Recetas y orden médica	10
8. Compra y Financiación	11
9. Almacenamiento y custodia	12
10. Dispensación: SPD, dosis unitarias individualizadas	13
11. Formación e investigación	13
12. Integración del Farmacéutico en el Equipo Asistencial del Centro	14
IV. Atención al final de la vida	16
13. Identificación de personas en situación de final de vida	16
14. Necesidades específicas de atención paliativa	16
15. Relación con otros niveles asistenciales	17
16. Medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos	17
V. Entidades Adheridas	19

I. Introducción

El envejecimiento de la población y el cambio en el patrón de las enfermedades en los últimos años, en los que se han incrementado las situaciones de cronicidad, pluripatología, polifarmacia y dependencia, además de la aparición de nuevas situaciones sociales como la soledad no deseada, impulsan la necesidad de desarrollar un modelo integrado de atención social y sanitaria en España, que sitúe a la persona y sus necesidades en el centro del modelo y le proporcione la atención en el nivel asistencial más adecuado en cada momento.

De esta forma, se debe planificar e implementar una adecuada red de servicios integrados de atención social y sanitaria: centros sociosanitarios y residenciales, servicios de atención a domicilio y de teleasistencia, que cubran la demanda creciente de atención a estas personas.

Precisamente, en los últimos años, debido a las razones anteriormente comentadas, los centros residenciales están asumiendo una carga de atención sanitaria cada vez más importante, atendiendo a personas con problemas de salud complejos y con niveles de dependencia cada vez más elevados.

A nivel normativo, es necesario resaltar la complejidad de la situación a nivel estatal ya que la regulación de la atención en centros residenciales es competencia de cada comunidad autónoma. Así, en las normativas existen importantes y significativas diferencias en cuanto a requisitos en estructura y recursos humanos, funciones de los diferentes perfiles profesionales, financiación y acreditación de los servicios, etc. No obstante, se puede afirmar que un rasgo común de la mayoría de ellas es que deberían evolucionar para adaptarse a las necesidades actuales. En todo caso, esta situación lleva asociada diferentes situaciones de inequidad entre los usuarios en función de la comunidad en la que reside e, incluso, en función del municipio y centro residencial que le haya sido asignado o haya elegido.

En este sentido, diferentes agentes expertos en el ámbito de la atención sociosanitaria, representantes de sociedades científicas, colegios profesionales, asociaciones de pacientes, prestadores de servicios, laboratorios farmacéuticos, de productos sanitarios y nutrición enteral, etc. se han reunido en torno a unas mesas técnicas para analizar la situación actual, detectar y describir los principales retos y proponer posibles soluciones que permitan mejorar la atención social y sanitaria, así como la calidad de vida de las personas que viven en estos centros residenciales; al mismo tiempo que dar visibilidad a la atención sanitaria (médica, enfermera, funcional y farmacéutica) que se realiza para que se integran en el Sistema Nacional de Salud.

Antes de comenzar con los puntos específicos del documento es necesario aclarar que, tanto en el análisis de la situación actual como en la formación de las propuestas de mejoras, se ha trabajado desde la filosofía de atención centrada en la persona. Así, se parte del reconocimiento de la dignidad e individualidad de los usuarios atendidos en los centros y de la consideración de todos los profesionales como instrumentos al servicio de dichos usuarios en la medida en que les sirven como apoyos para satisfacer sus necesidades integrales y cumplir, en la medida de lo posible y con las ayudas precisas, sus proyectos de vida. De esta forma, el objetivo final de este documento es mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas usuarias de los centros residenciales.

II. Atención Sociosanitaria en Centros Residenciales

1. Atención Sociosanitaria

En relación al modelo de atención a las necesidades integrales de las personas usuarias de centros residenciales, se propone lo siguiente:

1.1. Reconocer la atención en residencias como un nivel asistencial diferenciado de la primaria y de la hospitalaria y plenamente integrado en el Sistema Nacional de Salud. Este tendría un papel claramente diferente y que debe formar parte del continuum asistencial de las personas que precisen cuidados especializados. El perfil de necesidades integrales (sanitarias, sociales, emocionales, espirituales, etc.) unido a la cronicidad y alta complejidad clínica propia de las personas atendidas en estos centros, y que es muy parecido en todo el estado español, justifica la necesidad de creación de este nuevo nivel asistencial. Además, se le deberá dotar de los recursos humanos, materiales y estructurales necesarios y suficientes para desarrollar su labor garantizando uno mínimos de calidad asistencial. Es necesario aclarar que, en algunos centros se podría comenzar reconociendo y acreditando los recursos actualmente existentes.

1.2. Impulsar una estrategia nacional con una apuesta decidida por el reconocimiento de la atención sanitaria en estos centros residenciales. Para ello se desarrollarían una serie de indicaciones que armonicen, a nivel de mínimos, la regulación y normativa específica en todo el estado español. Además, esta estrategia debe reconocer también la importancia de los aspectos sociales de los cuidados, haciendo una defensa enérgica de la atención centrada en la persona y la utilización de la historia de vida, preferencias y valores de la persona que permita obtener una visión integral de las personas y sus necesidades y se optimicen los resultados en la mejora de la calidad de vida y bienestar de las personas atendidas. Finalmente, es necesario resaltar la necesidad de empoderar a los usuarios y a su entorno afectivo en todo el proceso de los cuidados, desde el diseño y planificación de los planes específicos hasta la evaluación de las intervenciones y servicios.

1.3. En esta nueva estructura asistencial, se deben establecer las herramientas de coordinación necesarias para facilitar el funcionamiento de este nuevo nivel asistencial de forma integrada con los demás niveles y recursos del sistema nacional de salud y el de servicios sociales. Nos referimos al establecimiento de una historia clínica y social compartida, acceso a recetas electrónicas y a la gestión de pruebas complementarias, establecimiento de canales de comunicación fluidos y rápidos entre los diferentes niveles, reuniones de coordinación y revisión de casos o conexión directa con servicios sociales a través de una figura que ejerza de intermediaria, por señalar algunos ejemplos.

1.4. Es necesario impulsar la creación de una serie de procedimientos y protocolos que agilicen, garanticen y regulen unos estándares mínimos de asistencia sanitaria adaptados a las necesidades integrales y específicas de las personas atendidas en estos centros. Por otro lado, se deben establecer los mecanismos necesarios para identificar y diferenciar correctamente el perfil de necesidades de cada uno de los usuarios para evitar la excesiva medicalización de las personas con perfiles clínicos menos complejos.

1.5. Finalmente, se propone el **desarrollo de un modelo de planificación que permita diferenciar los centros según las necesidades sociales y asistenciales** de su zona de influencia y las estructuras y recursos necesarios de apoyo social y sanitario que debe disponer el centro según la tipología de personas ingresadas o a las que da servicio en su zona; un **modelo de acreditación que garantice la calidad y homogeneidad de la atención prestada**, desde las estructuras físicas a los procedimientos de atención y resultados obtenidos, siendo la acreditación un requisito para disponer de financiación pública; y un modelo de financiación público mixto, vinculado al modelo de planificación, con dos tipos de aportaciones: del sistema social para cubrir este tipo de necesidades y del sistema de salud para las asistenciales sanitarias.

2. Carga Sanitaria en Centros Residenciales

En relación a la carga sanitaria atendida en los centros residenciales, se propone:

2.1. Se recomienda **poner en marcha estudios científicos robustos que expliciten la carga sanitaria que atienden los centros residenciales**. Para ello, es necesario el establecimiento de una serie de variables y un sistema de codificación consensuado entre todos los agentes (por ejemplo, codificación de enfermedades según clasificaciones internacionales como la CIE-9, CIE-10 o la, recientemente publicada, CIE-11).

El objetivo sería realizar un estudio nacional a gran escala y multicéntrico sobre estos indicadores y otros relacionados con el ahorro de costes al sistema público de salud que supone la atención de los usuarios en los centros (reducción de ingresos hospitalarios, reingresos, derivaciones, etc.), publicarlo y difundirlo para explicitar el perfil de las personas atendidas y la carga sanitaria que soportan estos recursos asistenciales y los beneficios (de salud y económicos) de atender a estas personas en un recurso que cuenta con un control constante de su estado de salud frente a la que se provee de forma fragmentada en otros niveles asistenciales.

2.2. **Visibilizar la labor tanto de los profesionales de los centros como de los actúan en coordinación con ellos**, así como su estructura, protocolización, funciones y recursos disponibles. Para ello se debe explicitar la disminución de agudizaciones, reingresos, consumo de fármacos y otros productos sanitarios que suponen mejoras en la salud de las personas, en su calidad de vida y la importante labor de descarga de los servicios sanitarios y su consiguiente ahorro económico.

3. Modelo de Atención

Si nos centramos en el modelo de atención o modelo asistencial de los centros residenciales, las recomendaciones de los expertos que han participado en esta iniciativa, son:

3.1. El modelo asistencial debería basarse en la **atención personalizada** para responder a las necesidades integrales de las personas, **trabajo en equipo** de los equipos de atención sanitaria directa (profesionales de la medicina, enfermería y auxiliares) y otro profesionales (como los de la fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, farmacia, etc.).

3.2. Se debe apostar por la **especialización profesional y formación continua** de los implicados y el establecimiento de un correcto sistema de acreditación que garantice unos niveles mínimos de cualificación de los mismos. De manera específica, se deberían poner en marcha programas de formación específicos en aptitudes, actitudes y valores humanísticos para estos profesionales. Así, se optimizarían sus conocimientos y sensibilización en la asistencia a las necesidades integrales de las personas usuarios de los centros. Además, se debe generar conciencia, a través de las sociedades científicas y colegios profesionales, de la necesidad de reciclarse y seguir avanzando en su desarrollo profesional, así como disponer de formación específica para trabajar en centros residenciales.

3.3. Es prioritario gestionar bien el equipo de profesionales del centro que interviene en la asistencia integral a estas personas. Para ello, es necesario **establecer bien los roles y funciones de cada uno de los profesionales** coordinando cada intervención para hacerlas más eficientes.

3.4. Se sugiere **mejorar las condiciones laborales de los profesionales** de los centros residenciales para hacerlas más atractivas y equilibradas. En este sentido, se podrían tomar medidas como la integración de los profesionales de los centros al sistema nacional de salud y acceso a todos los instrumentos para el desarrollo de su labor profesional de manera integrada (acceso a recetas oficiales, petición de interconsultas y derivaciones, etc.), la acreditación de la práctica profesional en estos centros para que cuente en las bolsas de empleo, la inclusión de estos recursos en el sistema de rotaciones de estudiantes y profesionales de la sanidad y/o el ajuste de ratios con unos estándares estatales acordes al nivel de carga sanitaria atendida en cada centro.

3.5. La **selección de profesionales debería reconocer la formación específica y especializada** sobre las necesidades integrales de las personas usuarias de los centros residenciales y asistencia holística a dichas personas en los candidatos que la presenten.

4. Relación de los Centros Residenciales con otros Niveles Asistenciales

Las propuestas que se pueden introducir para optimizar la relación entre los diferentes niveles asistenciales implicados en el cuidado de las personas usuarias de los centros residenciales pasarían por la **creación de una estructura real de relación entre hospitales, centros y recursos de atención intermedia** (centros sociosanitarios y residenciales) **y de atención primaria**. Más en detalle, se propone lo siguiente:

4.1. Reconocimiento de los centros residenciales como un nivel asistencial diferenciado de la primaria y la hospitalaria con el consiguiente desarrollo de protocolos de coordinación realistas y eficientes entre ellos y la utilización de los recursos e instrumentos existentes (historia clínica compartida, recetas electrónicas, pruebas complementarias, peticiones de visita al especialista, etc.) para dotar de autonomía a los equipos.

4.2. Desarrollar unidades especializadas para dar respuesta a las peticiones y necesidades propias de las personas usuarias de los centros residenciales. De este modo, se podría atender de una forma más ágil y eficiente, mediante una correcta gestión de casos y el establecimiento

del seguimiento adecuado, la pluripatología y la cronicidad propia de este perfil de usuario con especial atención a los que mayor riesgo o vulnerabilidad presenten.

5. Acreditación de los Centros Residenciales

En relación a la acreditación de los centros residenciales, se propone:

5.1. Se debería **crear un marco estatal de acreditación social y sanitaria básico y común** en todos los territorios para los diferentes servicios y niveles de atención a la cronicidad y a la dependencia, por grados, orientado a resultados y que garantice la excelencia y la mejora continua en la calidad de la atención. Este marco debería contar con el acuerdo y consenso de todos los agentes implicados (administraciones, sociedades científicas, colegios profesionales, asociaciones de pacientes, proveedores de servicios, etc.) para evitar, de este modo, las duplicidades e inequidades existentes. El modelo resultante debe garantizar la calidad asistencial de los protocolos y procedimientos a utilizar en los centros basándose en indicadores comunes, cuantificables y objetivos evaluables de proceso y resultado que permitan conocer los datos medios de actividad y, en un futuro, establecer estándares.

5.2. Se debería **valorar positivamente la implantación de protocolos innovadores** (como el de detección e intervención ante el maltrato o de reducción de errores en la medicación, por ejemplo), modelos de mejora de continua de la calidad y niveles de acreditación según la complejidad de los recursos residenciales (básicos, medios o avanzados) según el perfil de personas que puedan atenderse en ellos.

5.3. El modelo de acreditación resultante debería **garantizar la calidad y homogeneidad de la asistencia prestada**, desde las estructuras físicas a los procedimientos de atención y resultados obtenidos pasando por la capacitación de los profesionales y medios técnicos para la asistencia y gestión holística de necesidades integrales; y su obtención sería un requisito obligatoria para disponer de financiación pública.

6. Financiación de la Atención en Centros Residenciales

En lo relativo a la financiación, se propone:

6.1. La financiación de la atención sociosanitaria prestada por los centros residenciales debería establecerse por cada Comunidad Autónoma dentro de los esquemas de su modelo de financiación, **teniendo en cuenta el peso de la prestación sanitaria y social que asume cada centro.**

6.2. Se debería **desarrollar la contribución de los usuarios en función del tipo de servicio y de su renta y patrimonio**, y la adopción de medidas por parte de las administraciones para facilitar y fomentar el ahorro y previsión privados, apelando a la responsabilidad individual de los ciudadanos para hacer sostenible el estado del bienestar.

6.3. En la medida en que se potencia que los centros residenciales se acrediten debidamente como unidades sociosanitarias de larga estancia, rehabilitación o atención paliativa y vayan

absorbiendo a las personas susceptibles de recibir dicha atención, sería conveniente que, al mismo tiempo, **se crearan módulos sanitarios financiados con presupuesto sanitario que garantizaran la correcta atención.**

Así, la propuesta sería que se asignara una parte del presupuesto sanitario a la atención de las personas en situación de dependencia mediante la implantación y acreditación de módulos sanitarios en centros residenciales. El ajuste presupuestario se justificaría con la optimización de los recursos en este nivel asistencial. De este modo, para los centros residenciales o plazas públicas, que tienen la consideración de centros de gasto vinculados a los presupuestos de las consejerías correspondientes (pero fundamentalmente de bienestar social o equivalentes), debería añadirse un módulo sanitario con cargo al servicio autonómico de salud correspondiente para sufragar los gastos derivados de la asistencia sanitaria realizada a las personas beneficiarias de esas plazas, siempre de acuerdo con el modelo de planificación sociosanitaria establecido en la comunidad autónoma.

6.4. A modo de conclusión, se propone el **establecimiento de un modelo de financiación pública mixto vinculado al modelo de planificación dos tipos de aportaciones en función de la tipología de necesidades que se atiendan en los centros, es decir, del sistema social para las de este tipo y del sistema de salud para las asistenciales.**

III. Asistencia farmacéutica en centros sociosanitarios y/o residenciales.

Desde el punto de vista de cobertura de asistencia sanitaria pública, los centros residenciales tienen la consideración legal de sustitutos del hogar, por lo que los residentes tienen los mismos derechos, en cuanto a prestaciones sanitarias, que los ciudadanos que viven en su domicilio. Los residentes, al estar en régimen de atención domiciliaria, dependen de un médico de atención primaria del sistema público de salud. No obstante, gran parte de los centros residenciales y sobre todo los de mayor tamaño, disponen de médicos contratados que son quienes atienden directamente al paciente, pero no pueden realizar la prescripción de los medicamentos y productos sanitarios y dietoterápicos necesarios, en las recetas del servicio autonómico de salud, a la que los pacientes tienen derecho, ya que no disponen del talonario oficial de recetas correspondiente o de su equivalente informatizado (receta electrónica) y, por tanto, es el médico de Atención Primaria quien realiza la prescripción en la receta oficial en el centro de salud, a instancias del médico del centro residencial.

Del mismo modo, se debe tener en cuenta también el circuito que siguen los mutualistas ingresados en centros sociosanitarios o residenciales que han elegido la asistencia sanitaria privada, con respecto a los médicos de las aseguradoras concertadas con MUFACE, MUGEJU e ISFAS.

Es urgente promover un cambio en el modelo de acceso a los medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos y en su financiación. La consideración de estos centros residenciales como extensiones del hogar y el consiguiente modelo de acceso a los medicamentos y productos sanitarios y dietoterápicos (vía prescripción del centro de primaria y dispensación de la farmacia comunitaria) incorpora, aparte de requerimientos y circuitos administrativos que se deberían simplificar, incentivos inadecuadamente dirigidos, ya que responsabiliza del gasto a quien no acaba decidiendo y no permite establecer un modelo adecuado de corresponsabilización con aquellos agentes que están en condiciones de gestionarlo.

En la situación actual, es necesario que los profesionales sanitarios de los centros residenciales se integren en la red pública de asistencia sanitaria de la Comunidad Autónoma o del Área de Salud correspondiente relacionada con las políticas del medicamento.

Además, creemos que sería importante que se diera cumplimiento al Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el que se establece, en su artículo 6º, la necesidad de un Servicio de Farmacia en “todas aquellas residencias sociales con 100 o más camas en régimen de asistidos”, ya que actualmente existen muchas diferencias entre comunidades que la aplican. Por otra parte, la vinculación de las farmacias comunitarias a las residencias de menos de cien camas debería realizarse en condiciones de transparencia, oferta de servicios profesionales y cercanía a las mismas

A continuación, se detallan una serie de apartados sobre diferentes aspectos que consideramos centrales en el abordaje de la asistencia farmacéutica en centros residenciales.

7. Recetas y orden médica

En relación al circuito de *prescripción* de fármacos, productos sanitarios y de nutrición, las propuestas realizadas son:

7.1. Potenciar el desarrollo de servicios farmacéuticos propios (vinculados a un servicio de farmacia u oficina de farmacia) integrados en el centro residencial para simplificar las vías de prescripción y lograr una atención integrada, integral y continuada.

7.2. Dotar a los profesionales (médicos y enfermeros en los casos regulados por el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros) **de los centros de la capacidad para prescribir en el sistema propio/corporativo de cada comunidad autónoma**. Para ello, se tiene que promocionar, y al mismo tiempo relacionar, la receta electrónica de la comunidad integrada con la propia del gestor del centro, el acceso de estos profesionales a la historia clínica compartida y el establecimiento de protocolos para solucionar las posibles irregularidades.

Si nos centramos en el *circuito de administración* de medicamentos, productos sanitarios y de nutrición enteral, las propuestas de mejoras son:

7.3. Desarrollar programas de formación, y de actualización continua, en administración de medicamentos dirigida al personal encargado de realizarla (tanto personal de enfermería como el personal auxiliar y cuidadores). En este aspecto, el farmacéutico responsable del depósito (ya sea del servicio de farmacia u oficinas de farmacia comunitaria) como parte del equipo asistencial, tiene una labor muy importante a realizar de forma continuada en los centros. También en el seguimiento del cumplimiento terapéutico o adherencia, así como en la valoración de la efectividad y seguridad de tratamientos especialmente complejos y de la adecuación del mismo y de las formas farmacéuticas a la situación o circunstancias del usuario que interfieren con una correcta administración.

Más en detalle, es necesario conocer las instrucciones precisas para realizar la administración de medicamentos parenterales, dispositivos inyectables, para inhalación y los requerimientos específicos que presenten determinados medicamentos, así como el procedimiento a seguir en el caso de medicamentos considerados peligrosos tanto por vía parenteral como oral. Además, sería necesario desarrollar, en el programa formativo, contenido específico que acredite que estos profesionales conocen las diferentes formas farmacéuticas existentes, sus peculiaridades en cuanto a la administración, qué operaciones no pueden efectuarse para la administración de algunas formas farmacéuticas (no se pueden triturar comprimidos de liberación modificada, medicamentos con recubrimientos de protección, etc.), metodología segura de administración en situaciones de disfagia, enmascaramiento, sonda, etc.

7.4. El farmacéutico responsable del depósito de medicamentos (vinculado al servicio de farmacia o a la oficina de farmacia comunitaria), **establecerá procedimientos normalizados de trabajo**, dirigidos al equipo asistencial, para garantizar todos los aspectos anteriores.

7.5. Se deberían poner en marcha sistemas de dispensación que faciliten la administración.

Los sistemas utilizados deben reunir características que faciliten la gestión y administración del tratamiento por parte de los profesionales para mejorar el cumplimiento de las pautas de administración y la adherencia a los tratamientos. En este sentido, la utilización de sistemas personalizados de dosificación y distribuidas en una bandeja semanal ordenadas por tomas o la utilización de códigos de barras en los productos que permitan la identificación y seguimiento de los mismos en cada etapa de la administración, pueden ser ejemplos de sistemas de control óptimo.

7.6. Es necesario **optimizar los horarios administración para facilitar la posibilidad de administrar medicamentos a intervalos horarios fijos** y no coincidentes con el horario de comedor o sueño (por ejemplo, antibióticos cada ocho horas, antiparkinsonianos, medicamentos que deben administrarse en ayunas o separados de otros medicamentos para evitar interacciones medicamento-alimento o medicamento-medicamento en la absorción).

7.7. Se debe trabajar para **mejorar los métodos de administración adaptados a las necesidades de los usuarios** (medicación enmascarada, situaciones de disfagia, administración por sonda enteral, déficit cognitivo, etc.) y adaptar las formas farmacéuticas a la situación de cada uno de ellos.

7.8. Es necesario **disponer y potenciar el uso de un registro de incidencias** en la administración, especialmente en el caso de usuarios concretos que requieran una supervisión de la adherencia (personas con problemas psiquiátricos, en proceso de adaptación al centro, en situación de conflicto social...), de medicamentos para los que es necesario conocer si la adherencia es correcta o no (anticoagulantes orales, profilaxis, anti-VIH, anti-VHC, antineoplásicos...) o que requieran un registro específico del lote administrado (vacunas, eritropoyetinas, etc.) y, en cualquier caso, con la finalidad de identificar y prevenir posibles errores de medicación. Asimismo, es necesario establecer un registro de efectos adversos o no deseados encontrados en la población atendida.

Todos estos puntos de mejora deberían implantarse por el farmacéutico responsable del servicio o del depósito de medicamentos del centro residencial, en estrecha coordinación con el servicio de farmacia u oficina de farmacia comunitaria vinculada.

8. Compra y Financiación

En relación a la mejora del proceso de *adquisición y compra* de estos productos, se propone:

8.1. Incluir medidas para **disminuir el riesgo de una prestación deficiente o por debajo de los estándares de calidad establecidos** (por la multiplicidad de circuitos, proveedores y condicionantes relacionados con la prescripción y financiación) y que garanticen el abastecimiento.

8.2. Se debería **mantener y/o participar en la capacidad de decisión de proveedores y se tendría que incluir en los concursos un período de prueba** para las compras centralizadas con

una valoración final y efectiva de la calidad de producto en su utilización, concretamente los productos sanitarios.

8.3. En cuanto al modelo retributivo, **además del pago del precio de medicamento, producto sanitario o dietético; se debería evolucionar a uno de sistemas mixtos de pago por servicios profesionales, capitativos o una combinación de ambos.** También, se debería incorporar un mecanismo de ajuste de las tarifas en función de la complejidad clínica de los usuarios y otro que dirija adecuadamente los incentivos e incluya la corresponsabilización en la gestión

8.4. **Elaborar una guía farmacoterapéutica de los productos a usar en el centro con el fin de seleccionar los idóneos y facilitar la gestión.** Los productos se introducirían tras un proceso interdisciplinar de evaluación y selección basado en la evidencia científica, lo que también mejoraría y facilitaría la operativa de adquisición.

8.5. Se debería **valorar la posibilidad de incorporar un nutricionista en el centro para contribuir al abordaje multidisciplinar del estado nutricional** y mejorar, así, su abordaje, realizar evaluaciones y establecer tratamientos personalizados a las personas que lo necesiten, además de facilitar una adquisición más efectiva de los productos especializados y un uso más racional.

En relación a la *financiación* de medicamentos, productos sanitarios y de nutrición enteral se establece:

8.6. **Considerar la prestación farmacéutica pública que tenemos todos los ciudadanos como parte de la asistencia sanitaria de modo que esté totalmente financiada,** al igual y con los mismos mecanismos que ocurren para un paciente hospitalizado. De este modo, los usuarios de los centros residenciales, con un nivel de dependencia acreditado y un perfil clínico similar a ese paciente hospitalizado, tendrían la misma consideración en cuanto al acceso a medicación y productos sanitarios. Además, en algunas comunidades autónomas existe una comisión para decidir qué medicamentos no financiados se van a suministrar sin coste alguno.

8.7. **Introducir nuevas fórmulas de financiación que tengan en cuenta la complejidad de las personas atendidas en los centros residenciales** ligando la financiación a la necesidad de estos productos, la renta de la persona, la adherencia al tratamiento, la utilidad terapéutica, el coste de los productos y a los presupuestos.

8.8. **Garantizar la financiación de suplementos de nutrición enteral o parenteral** dado el beneficio probado de los mismos con prescripciones individualizadas y personalizadas a los usuarios de los centros.

9. Almacenamiento y custodia

Las propuestas para mejorar el almacenamiento y custodia de estos productos incluyen:

9.1. **Desarrollar y formalizar la normativa del depósito de medicamentos ya sea vinculado a una oficina de farmacia o a un servicio de farmacia** para su oportuna autorización por parte de su comunidad autónoma, y siempre con el resultado de un modelo de atención y suministro

eficiente y efectivo teniendo en cuenta el número de camas del centro. Este depósito será atendido por un farmacéutico dependiente del servicio de farmacia u oficina de farmacia autorizada para ello, el cual se integrará en el equipo asistencial, lo que contribuirá a un mejor control y manipulación de los productos farmacéuticos. Además, estos depósitos deberán estar debidamente acreditados cumpliendo una serie de requisitos (equipamiento, espacio, localización, utillaje, etc.) que garanticen su correcto funcionamiento y la seguridad de los productos.

9.2. Implantar soluciones tecnológicas que faciliten el control de las caducidades y de los lotes además de optimizar el tratamiento en dosis unitarias correctamente identificadas o en SPD que permitan gestionar diversas formas farmacéuticas con la finalidad de abarcar todo el tratamiento y minimizar el riesgo de error por omisión en la administración.

9.3. Disponer de existencias controladas de productos farmacéuticos de urgencia, productos habituales y de la medicación personalizada de los usuarios del centro, así como de productos específicos de la atención paliativa. Para ello deben establecerse procedimientos de trabajo para delimitar las funciones y responsabilidades de los profesionales implicados en la utilización del depósito de medicamentos (farmacéutico y profesionales del centro) para garantizar la correcta gestión del mismo.

10. Dispensación: SPD, dosis unitarias individualizadas

En relación a la mejora de los circuitos y forma de dispensación de estos productos, se propone:

10.1. Poner en marcha sistemas de dispensación de medicamentos en sistemas personalizados de dosificación con el medicamento correctamente identificado y separado por tomas siendo aconsejable la utilización de códigos de barras en los productos que permitan la identificación y seguimiento de los mismos en cada etapa de la administración.

10.2. Disponer de procedimientos consensuados entre los agentes implicados y acordes a las necesidades de los centros en los que se establezcan el circuito de dispensación y las responsabilidades de los profesionales implicados en el control y mantenimiento del depósito (y en la utilización de los medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos) y en los que se defina una periodicidad de dispensación estructurada y la dispensación urgente bajo criterios de significación clínica. Todo ello en referencia a la gestión integral del tratamiento completo (productos financiados, no financiados, de uso hospitalario, etc.) del usuario.

11. Formación e investigación

En relación a la formación e investigación sobre asistencia farmacéutica en centros residenciales, se proponen las siguientes medidas:

11.1. Establecer un plan de formación continuada en administración de medicamentos, nutrición enteral y utilización de productos sanitarios en los centros.

11.2. Crear una plataforma, integrada por todos los agentes implicados (sociedades científicas, colegios profesionales, administraciones públicas competentes, proveedores de servicios, organizaciones de pacientes, etc.) que colabore con los centros residenciales en:

- Establecimiento de diferentes protocolos y procedimientos de prescripción, dispensación y administración de los medicamentos adecuados para el desarrollo de una atención farmacoterapéutica de calidad.
- La elaboración de criterios de selección de medicamentos y productos sanitarios en función del perfil de usuarios y siguiendo las recomendaciones de las guías farmacoterapéuticas existentes.
- Programas informáticos para el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes.
- Formación continuada presencial y/u on-line sobre interacciones medicamento-medicamento y medicamento-alimento, efectos adversos, administración de medicamentos, nutrición, etc.
- Formación para formadores.
- Elaboración de protocolos: incontinencia, úlceras, nutrición enteral, etc.
- Centro de información para la resolución de consultas.
- Participación en ensayos clínicos y estudios de investigación.

11.3. Fomentar la participación de los profesionales sanitarios en estudios de investigación en farmacoterapia y productos sanitarios que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los usuarios del centro para lo que se definirán, detalladamente, una serie de indicadores compartidos que se utilicen para hacer comparaciones entre los estudios.

11.4. Analizar y evaluar, de un modo riguroso, los resultados económicos y sanitarios de experiencias de integración que han conllevado un cambio en el modelo de acceso, con el objetivo de extraer conclusiones generales para el sector.

12. Integración del Farmacéutico en el Equipo Asistencial del Centro

Si nos centramos en la labor e integración del farmacéutico en el centro residencial, las propuestas son:

12.1. Integrar plenamente al farmacéutico responsable del depósito (dependiente de la oficina de farmacia o servicio de farmacia autorizados para la asistencia farmacéutica) del centro residencial y con el ejercicio de todas sus funciones para lo que se tendrá en cuenta la legislación vigente, las recomendaciones de sociedades científicas y profesionales y el tamaño del centro. Entre sus funciones figuran:

- Formar parte del equipo asistencial multidisciplinar del centro.
- Asesoramiento en la identificación de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos y el conocimiento de las pautas de administración y utilización de los mismos, así como dispositivos de administración.
- Colaborar con el resto de miembros del equipo en la selección de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos, facilitando su uso y administración en función del perfil de los usuarios del centro.

- Participar en actividades informativas y formativas relacionadas con la correcta utilización de estos productos y en la detección de efectos adversos y el cumplimiento terapéutico.
- Impulsar, coordinar y desarrollar la participación en la comisión de farmacia o equivalente correspondiente.
- Participar en las reuniones del equipo para la elaboración del plan de cuidados personalizado y seguimiento de casos complejos.
- Impulsar la educación farmacéutica del equipo, usuarios y miembros del entorno afectivo.
- Diseño del circuito de administración de productos farmacéuticos y su registro en la historia farmacoterapéutica.
- Almacenamiento y custodia de los productos farmacéuticos.

12.2. Establecer la colaboración y participación del farmacéutico en los diferentes programas que promuevan las administraciones que garanticen la calidad de la asistencia farmacéutica y en la formación de equipos interdisciplinarios en el que participen todos los niveles asistenciales y otros centros del entorno para realizar reuniones de seguimiento de casos complejos, conciliar al máximo los tratamientos de los usuarios y hacer formación continua.

12.3. Dotar, al farmacéutico responsable del depósito de medicamento del centro, acceso a la historia clínica y farmacoterapéutica única y compartida con el fin de dar continuidad a la atención del usuario; además de **establecer protocolos consensuados** para determinar cuáles son las competencias de cada uno de los agentes y cómo se van a coordinar todos los esfuerzos para hacer eficiente el tratamiento a los usuarios. Además, en el ámbito de la gestión informatizada de la historia y tratamiento de las personas usuarias del centro se debería **implementar un módulo específico de farmacia para la validación del tratamiento y gestión farmacéutica** siempre respetando lo establecido por ley y lo consensuado de forma institucional, bajo protocolos y procedimientos previamente acordados con las entidades implicadas (equipo asistencial, comisión de farmacia y terapéutica, etc.).

IV. Atención al final de la vida

Finalmente, es preciso señalar el alto porcentaje de personas con enfermedades crónicas avanzadas, progresivas y con un pronóstico de vida limitado que viven en entornos residenciales y que acaban falleciendo en ellos y que, por lo tanto, tienen necesidades de atención paliativa.

Todo ello nos obliga a poner especial atención a la atención al final de la vida que se presta en dichos centros que deberá enmarcarse, igualmente, en un modelo integrado de atención social y sanitaria que sitúe a la persona en el centro y que responde específicamente a las necesidades propias de esta última etapa de la vida.

A continuación, se detallan una serie de apartados sobre diferentes aspectos que consideramos centrales en la atención al final de vida en centros residenciales.

13. Identificación de personas en situación de final de vida

Las propuestas para mejorar este aspecto son:

13.1. Establecer planes de formación específica en cuidados al final de la vida a los profesionales para que conozcan la importancia de identificar correctamente a las personas que los necesitan y evitar así malas praxis asistenciales, como el encarnizamiento terapéutico o la futilidad de sus intervenciones.

13.2. Implementación de políticas de retención y no rotación del profesional formado con, por ejemplo, el establecimiento de un grupo estable de profesionales formados que servirá para formar a los nuevos.

13.3. Establecimiento de planes específicos de atención al final de la vida, globales y por centro, con especial relevancia de las necesidades emocionales, sociales y espirituales y otros aspectos prácticos de los cuidados.

13.4. Mejora de los registros de datos en los que se incluya un ítem que indique que esa persona se encuentra en situación de final de vida y otros condicionantes y variables no meramente sanitarias. Esto permitirá protocolizar el registro, además de facilitar las comparaciones intercentros y la extracción de datos a gran escala.

13.5. Acreditación de los centros residenciales dotados de recursos de atención paliativa donde se establezcan los requisitos relativos a perfiles profesionales, ratios, espacios específicos y farmacia hospitalaria o asistencia farmacéutica a través de depósitos dependientes de farmacia comunitaria o de la farmacia hospitalaria para atender adecuadamente las necesidades de estos usuarios.

14. Necesidades específicas de atención paliativa

En relación a las necesidades específicas de atención paliativa, se proponen las siguientes mejoras:

14.1. Establecer programas formativos y de capacitación específicos en atención paliativa a personas con diferentes tipos de necesidades (físicas, sociales, emocionales, culturales y espirituales).

14.2. Exigir una correcta formación de los profesionales para ejercer en centros residenciales y programas formativos y de capacitación específicos en cuidados paliativos para todos los profesionales de los centros, con especial preparación para afrontar las diferentes culturas y necesidades espirituales de las personas.

14.3. Unificar los criterios y establecer, a nivel estatal, guías de buenas prácticas clínica y protocolos específicos de atención paliativa (manejo del dolor, disnea, vómitos, atención psicosocial, sedación paliativa, etc.), de acompañamiento al duelo, de sedación paliativa, etc.

14.4. Desarrollar un programa estatal para el apoyo e implantación de la planificación anticipada de decisiones con recogida de las preferencias y necesidades de la persona en su última etapa de vida. En este sentido, se debería publicitar y promocionar los instrumentos legales que ya están a disposición de todos los ciudadanos, tales como el documento de voluntades anticipadas o registro de instrucciones previas. Además, sería positivo que se incorporara a la historia clínica informatizada el documento de voluntades anticipadas para garantizar que se respetan las preferencias y deseos del usuario.

15. Relación con otros niveles asistenciales

Para mejorar la relación entre los centros residenciales y otros niveles asistenciales como la atención primaria, el hospital de referencia o los equipos especializados para asistir a las personas en situación de final de vida, se propone:

15.1. Analizar exhaustivamente los modelos existentes que se puedan considerar como buenas prácticas en la relación de los centros residenciales y otros niveles asistenciales para asistir a personas en situación de final.

El objetivo sería extraer los puntos que un modelo de relación y asistencia debería cumplir para considerarse de calidad, tales como la creación de unidades específicas de atención para centros residenciales, la historia clínica compartida, establecimiento de protocolos de coordinación concretos y comunes a nivel estatal, el establecimiento de la figura del director de continuidad asistencial y enfermería de enlace encargado de la relación con los centros, etc.

Además, se debería explicitar la mejora que conlleva el trabajo coordinado entre los diferentes niveles asistenciales tanto en la experiencia del usuario como en el ahorro del sistema y en la agilidad de los procesos.

16. Medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos

Con el objetivo de mejorar el acceso y utilización de los productos sanitarios, farmacológicos y dietoterápicos, se propone:

16.1. Desarrollar y establecer un sistema de coordinación y comunicación entre todos los niveles para facilitar el acceso a estos productos y facilitar la creación de un depósito específico en los centros debidamente acreditados en función de las necesidades asistenciales de los usuarios a los que atiende que estén en situación de final de vida.

16.2. Establecimiento de los mecanismos de acreditación y reconocimiento de los centros y profesionales o unidades específicas de cuidados al final de la vida en los centros residenciales para tratar de mejorar la estructura de relación interniveles y, por supuesto, los propios cuidados en esta etapa.

V. Entidades Adheridas

Actividad promovida por Fundación Edad&Vida a la que se adhieren y ratifican:

- Asociación Española de Psicogerontología (AEPG)
- Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)
- Foro Español de Pacientes
- Fundación Edad&Vida
- Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG)
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)
- Sociedad Española de Médicos de Residencias (SEMER)
- Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGiG)