



REPORTE

FINAL DEL PROYECTO

ALGARVE - ANDALUCÍA

ENTREGABLE

5.4

REPORTE

FINAL DEL PROYECTO

ENTREGABLE 5.4

El informe que se presenta a continuación se enmarca en la Actividad 5. Gestión y coordinación y en la siguiente Acción:

- **A5.4** Elaboración de reportes periódicos.

ACCIONES	
A5.1	Descripción de la actividad y acciones
A5.2	Elaboración del Registro de Riesgos
A5.3	Selección de herramientas TIC
A5.4	Elaboración de reportes periódicos

ENTREGABLES	
E5.1	Registro de Riesgos
E5.2	Documento de especificaciones de las herramientas a utilizar para la comunicación y coordinación de participantes
E5.3	Reporte intermedio del proyecto
E5.4	Reporte final del proyecto

La Escuela Andaluza de Salud Pública recibió en 2020 una Transferencia de Capital mediante Transferencia de Asignación Nominativa (Capítulo VII) por un valor de 89.404,50€ para la ejecución de informes expertos relacionados con la explotación de los resultados, su difusión y formación durante el pilotaje del Nuevo Modelo Asistencial NUMA.

1. ENTREGABLE 3.3. PILOTAJE DEL NUEVO MODELO ASISTENCIAL

Finalizado el pilotaje en las farmacias correspondientes, con el reclutamiento de 125 personas con enfermedades crónicas y riesgo de fragilidad, de 65 años o más, se llevó a cabo un informe concluyente mediante estudio observacional para la generación de evidencia de la mejora de la calidad de vida y la eficiencia en la gestión de los recursos socioeconómicos.

El informe completo está disponible en: <https://www.numaweb.es/entregables-actividad-3/>.



El informe muestra los resultados del estudio de innovación experimental en el que participaron personas de 65 años o más, usuarias habituales de 10 farmacias comunitarias y sus centros de salud de referencia en Sevilla, Écija y Ayamonte.

1.1. Resultados del Caso 1. Detección precoz de fragilidad y riesgo de caídas

Participaron en este estudio 125 personas, 65,4% mujeres y 34,6% hombres (P=0,001). La edad media fue de 75,7 años para las mujeres y 75,5 años para los hombres (p=0,9312).

Diferencias en la calidad de vida entre hombres y mujeres.

Mientras que en la mayoría de los aspectos de la calidad de vida no se encontraron diferencias entre los dos sexos, éstas se hicieron evidentes en la ansiedad o depresión y en dolor o malestar, con un porcentaje mayor de mujeres en ambos casos.

Variable	Mujer N (%)	Hombre N (%)	P
Autopercepción de salud (escala 0-100)	61,52	78,03	0,000
Problemas para realizar actividades cotidianas	23 (38,3%)	6 (20,7%)	0,096
Problemas con el cuidado personal	13 (21,7%)	5 (17,2%)	0,626
Problemas para caminar	29 (48,3%)	9 (31,0%)	0,122
Ansiedad o depresión	42 (70,0%)	9 (31,0%)	0,000
Dolor o malestar	50 (83,3%)	17 (58,6%)	0,011

Resultados de los test

El 82,4% de mujeres y un 76,5% de hombres se encontraban en situación en Riesgo de Fragilidad

- Más del 63% de mujeres y hombres presentaban riesgo de caídas.
- Más de la mitad de las mujeres y los hombres tenían algún grado de dependencia.

Variable	Mujer N (%)	Hombre N (%)	P
Test de Velocidad de la Marcha <ul style="list-style-type: none">• Autónoma• Frágil	9 (17,6%) 42 (82,4%)	4 (23,5%) 13 (76,5%)	0,593
Cuestionario de Riesgo de Caídas <ul style="list-style-type: none">• Bajo riesgo• Riesgo de caídas	18 (37,5%) 30 (62,5%)	5 (35,7%) 9 (64,3%)	0.903
Índice de Barthel <ul style="list-style-type: none">• Independencia• Dependencia escasa• Dependencia moderada	23 (47,9%) 15 (31,2%) 10 (20,8%)	9 (50,0%) 5 (27,8%) 4 (22,2%)	0.962

Intervención en Farmacia Comunitaria

A las personas a las que se detectó en situación de fragilidad y riesgo de caídas:

- Se realizó una revisión exhaustiva de la farmacoterapia según los criterios STOPP-START para identificar medicamentos que pudieran estar asociados a estos riesgos.

Medicamento	Mujer N (%)	Hombre N (%)	P
Benzodiacepinas	7 (16,7%)	2 (15,4%)	0,639
Vasodilatadores	7 (16,7%)	1 (7,7%)	0,122
Hipnóticos	1 (2,4%)	1 (7,7%)	0,179

- Se derivó al Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años.
- Se realizó un refuerzo de educación en actividad física, alimentación, sueño y bienestar emocional.

Resultados en salud

La detección precoz permite revertir la fragilidad y disminuir el riesgo de caídas a través de una intervención de ejercicio multicomponente y la revisión de la medicación, evitando el impacto que tienen eventos tales como la fractura de cadera sobre la calidad de vida de la persona y el coste de atención para el sistema sanitario.

Satisfacción y utilidad del servicio

En una escala de 0-10, la satisfacción y la utilidad del servicio de cribado de fragilidad y riesgo de caídas fueron valoradas en 9,4 en las mujeres y en 9,3 en los hombres, valoraciones muy cercanas al 10 en ambos casos.

1.2. Resultados del Caso 2. Asistencia en Nuevos Medicamentos

Participaron en este servicio 168 personas, 66,1% hipertensas, 17,9% diabéticas, 9,5% en tratamiento con anticoagulantes y 6,5% con diagnóstico de EPOC.

Variable		Total N (%)	Grupo ANM N (%)	Grupo control N (%)	p
Sexo	Hombre	80 (47,6%)	47 (48,5%)	33 (46,5%)	0,800
	Mujer	88 (52,4%)	50 (51,5%)	38 (53,5%)	
Tipo de tratamiento nuevo	Anticoagulantes	16 (9,5%)	9 (9,3%)	7 (9,9%)	0,616
	Antidiabéticos	30 (17,9%)	15 (15,5%)	15 (21,1%)	
	EPOC	11 (6,5%)	8 (8,2%)	3 (4,2%)	
	Hipertensión	111 (66,1%)	65 (67%)	46 (64,8%)	
Edad (años)		65,70 (13,38)	66,25 (13,27)	64,94 (13,58)	0,532
Puntuación Calidad de Vida de EPOC medida con el cuestionario CAT		22 (11,19)	16 (17,05)	24,25 (8,64)	0,306
Puntuación Calidad de Vida medida con el cuestionario EQ5D		74,72 (0,21)	74,13 (0,22)	75,53 (0,21)	0,683

Resultados de la intervención

Los mejores resultados en la adherencia se observaron a los dos meses de la intervención en ANM, con una adherencia autodeclarada del 85,4% y un cumplimiento semanal del 92,7%.

Variable		Grupo ANM N (%)	Grupo control N (%)	p	Grupo ANM N (%)	Grupo control N (%)	p
		2 meses			6 meses		
Adherencia autodeclarada	No	6 (14,6%)	6 (35,3%)	0,077	13 (31%)	5 (29,4%)	0,907
	Sí	35 (85,4%)	11 (64,7%)		29 (69%)	12 (70,6%)	
Cumplimiento semanal	<90%	3 (7,3%)	4 (25%)	0,068	9 (22,0%)	3 (17,6%)	0,713
	90-100%	38 (92,7%)	12 (75%)		32 (78,0%)	14 (82,4%)	
Tasa de posesión	<90%	1 (2,5%)	2 (12,5%)	0,133	9 (22,0%)	3 (17,6%)	0,713
	90-100%	39 (97,5%)	14 (87,5%)		32 (78,0%)	14 (82,4%)	

Cumplimiento semanal: porcentaje de dosis diarias consumidas sobre el total de prescritas. Tasa de posesión: porcentaje de días que el paciente tiene la medicación disponible.

Evaluación económica

Para la evaluación económica de este servicio se utilizó como medida de efectividad los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC). Al final del estudio:

- Se constató una mejoría en términos de AVAC de 0,032 en el grupo de intervención, mientras que en el grupo control se observó una pérdida de AVAC de 0.210.
- Se encontró que la diferencia de costes de ambas alternativas fue de 735,08€.

Alternativa	Coste en euros	Diferencia de coste entre alternativas	Efectividad medida en AVAC	Diferencia de AVAC entre alternativas
Grupo control	879,38 €	-735,08 €	-0,210	0,242
Grupo ANM	144,30 €		0,032	

1.3. Resultados del Caso 3. Toma de constantes y refuerzo terapéutico

La intervención en este caso se centró en el sobrepeso, diabetes, hipertensión y EPOC.

Sobrepeso

Se encontró un ligero sobrepeso en mujeres y hombres. En estos casos, se realizó un refuerzo de educación en alimentación equilibrada y actividad física utilizando los recursos de la plataforma <https://www.enbuenaedad.es/> a través de la App de NUMA.

Biomedidas	Mujeres	Hombres	Límite normal	p
Índice de Masa Corporal	30,4 Kg/m ²	28,7 Kg/m ²	27 Kg/m ²	0,342
Porcentaje de grasa corporal	36,7 %	33,8%	30%	0,430
Perímetro abdominal	101,1 cm	105,4 cm	88 cm en mujeres 102 cm en hombres	0,392

Diabetes

Este servicio se ofreció a las personas con diagnóstico de Diabetes tipo 2. Se tomaron las medidas de Hemoglobina Glicosilada, Glucosa Basal y Glucosa Postprandial. Se llevó a cabo un refuerzo terapéutico en el manejo de la medicación, alimentación y actividad física. Cuando fue necesario, se realizó la derivación al equipo de Atención Primaria para valorar un ajuste de la medicación.

Biomedidas	Mujeres	Hombres	Límite normal	p
Hemoglobina Glicosilada	6,62% Hba1C	6,74% Hba1C	≤6,4% Hba1C	0,853
Glucosa Basal	160 mg/dl	151 mg/dl	60-300 mg/dl	0,754

Hipertensión Arterial

Participaron en este servicio las personas con diagnóstico de hipertensión arterial a quienes:

- Se tomó el pulso y la tensión arterial diastólica y sistólica.
- En caso de crisis hipertensivas, se revisó la medicación en comunicación directa con medicina de atención primaria y se realizaron controles hasta alcanzar los límites normales de tensión arterial.

- Se realizaron controles de tensión, entrenamiento para el autocontrol en casa y refuerzo en educación en hábitos de vida saludables para la prevención de las crisis hipertensivas.

Biomedidas	Mujeres	Hombres	Límite normal	p
Pulso	71,8 lpm	75 lpm	40-120 lpm	0,243
Tensión arterial diastólica	82,5 mm Hg	78,1 mm Hg	≤ 90 Hg	0,112
Tensión arterial sistólica	142,5 mm Hg	145,7 mm Hg	≤ 140 mm Hg	0,432

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Participaron en este servicio personas con diagnóstico de EPOC. Se llevó a cabo una prueba de la cooximetría y la saturación de oxígeno. Se realizó un refuerzo terapéutico para garantizar el uso adecuado de la medicación y de los dispositivos de inhalación utilizados.

Biomedidas	Media	Límite normal
CO en aire espirado	7,6 ppm	≤10 ppm
SPO ²	95,4% Rango 83%-98%	95-100%

Satisfacción y utilidad del servicio

La satisfacción y la utilidad del servicio de toma de constantes y refuerzo terapéutico en el sobrepeso, diabetes, hipertensión y EPOC fueron valoradas, en ambos casos, en 9,7 sobre 10, tanto en hombres como en mujeres.

1.4. La percepción de las personas protagonistas

Durante el desarrollo de la fase experimental de NUMA se llevó a cabo un estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas para conocer la perspectiva de las personas mayores, profesionales de medicina, enfermería y farmacia de Atención Primaria y Comunitaria, así como a gestores y promotores respecto a la innovación organizativa y tecnológica propuesta.

Las entrevistas se estructuraron en torno a las siguientes temáticas:

- Cambios organizativos en Farmacia Comunitaria y Atención Primaria.
- Beneficios para la salud y el bienestar de las personas mayores.
- Alternativas a la financiación de los nuevos servicios farmacéuticos.
- Aspectos éticos y legales relacionados con el acceso a los datos clínicos de las personas usuarias.

1.4.1. Cambios organizativos

Farmacia Comunitaria

- Aunque la puesta en marcha de cada nuevo servicio farmacéutico conlleva cambios organizativos e incluso de adecuación de espacios físicos, el cambio principal se da en los roles profesionales y en la necesidad de incorporar las soluciones tecnológicas de soporte a la

práctica habitual. El paso de la dispensación del medicamento a la función asistencial *verdad que también hemos tenido que habilitar un espacio en la farmacia para prestar los servicios farmacéuticos. Un espacio que nos ha supuesto alguna pequeña dificultad. Cuando teníamos que hacer el test de la marcha, necesitamos un espacio suficientemente amplio para el recorrido del paciente y después la organización porque cada paciente requiere un tiempo. Entonces tenemos que estar organizados para que el mostrador de la farmacia nunca se quede desatendido*". **Farmacéutica**

- **Cambios en los sistemas de información y necesidad de formación.** *"Lo primero que hemos tenido que hacer es generar confianza entre los profesionales, generar todas las plataformas que íbamos a necesitar y sobre todo, hemos necesitado mucha formación (...) A todas las personas tienes que explicarle muy bien cuál va a ser su implicación, cuál va a ser el tiempo que tienen que dedicarle, qué es lo que se busca, cuál es el objetivo del proyecto y de esa manera su implicación, que es fundamental, va a llevar a buenos resultados"*. **Farmacéutica**

Atención Primaria

Para Atención Primaria, el principal cambio está en la incorporación de la comunicación directa con Farmacia Comunitaria en la práctica habitual. Cuando esta comunicación se establece de forma natural, los nuevos servicios farmacéuticos se incorporan a la práctica profesional sin mayor complicación.

- **Mejoras en la relación con farmacia comunitaria.** *"Para nosotros no supuso ningún cambio organizacional. Ya veníamos de una tradición muy antigua que es la revisión de pacientes y de subsanar problemas potenciales de prescripción... es decir, una revisión offline de la prescripción de paciente. Previamente, a través de correo electrónico, antes de contar con una aplicación (...) Empezamos en 2013 a hacer ensayos y ya se cambió la forma, porque es que al final en un contexto de presión asistencial, que encima el farmacéutico también te mande un paciente, caía muy mal... Entonces, cuando eso cambió, permitió relacionarnos con los farmacéuticos, en otros términos"*. **Médica**
- **Contactos directos a través de farmacia de atención primaria.** *"A día de hoy tengo muchos teléfonos de consultas directas en el centro de salud, porque llevo mucho tiempo trabajando con ellos y a través del director del Centro de Salud puedo contactar con los médicos, pero en este caso (...) lo hice a través de la farmacéutica de atención primaria. Le dije por favor, tú me puedes contactar con el médico este que tengo este problema de duplicidad y ella encantada, pues contacto con el médico, ya hablamos el médico y yo, se resolvió el problema y el médico, super agradecido, ¿qué médico o que enfermero va a decir que no a un servicio en el que se le está prestando una ayuda? Yo creo que es un proyecto en el que está satisfecho todo el mundo"* **Farmacéutica**

1.4.2. Aceptación de los servicios

La participación de Farmacia Comunitaria y Farmacia de Atención Primaria en el proceso asistencial tiene una alta aceptación entre personas destinatarias y profesionales, quienes manifiestan su satisfacción y la utilidad de cada uno de los nuevos servicios farmacéuticos.

- **Aceptación de la farmacia comunitaria como otro agente más de salud.** *"La aceptación de los servicios era muy buena. Al principio generaba un poquito de desconfianza porque la persona se piensa que es un servicio privado, como que no lo entiende muy bien que esté coordinado*

con el Servicio Andaluz de Salud. Pero una vez que se les explica, estaban encantados porque era como tener otro agente de salud más, otra persona se preocupaba de mí y además le daba los mismos mensajes que nosotros, desde cómo tratar o cómo continuar con su tratamiento, como va a manejar una hipertensión o hábitos de salud. En la farmacia le remitían a la plataforma En Buena Edad y decían, esto es lo mismo que me ha dicho mi médico” **Médica**

- **Satisfacción con la atención de farmacia de atención primaria.** “Bueno, pues es sorprendente, cuando llamas a un paciente y dice mire, que soy la farmacéutica de referencia de su centro de salud, ¿cómo, pero de la farmacia tal? digo no, yo soy la farmacéutica que trabaja con su médico y con su enfermero, trabajo en el SAS y, le llamo porque su farmacia habitual, bueno, pues me ha comentado que tiene un problema y Entonces es muy gratificante, porque dice, ah, ¿pero que hay otra farmacia detrás del centro de salud? Detrás si, bueno servimos de apoyo, somos como una red de ayuda para el paciente..., ah pues yo no lo sabía.... Pues sí, detrás de cada médico, de cada enfermero, hay un farmacéutico que vela por su seguridad, por el buen uso de los medicamentos” **Farmacéutica AP**

1.4.3. Beneficios en salud y bienestar

Durante el estudio experimental se pudo comprobar cómo la incorporación de la Farmacia Comunitaria como agente de proximidad en el proceso asistencial, genera beneficios para la salud y el bienestar de las personas usuarias.

- **Mejoras en la seguridad en la prescripción.** “El primer beneficio es contar con otro agente más de salud, que está preocupado, que está vigilando la salud de esa persona. Aumenta la seguridad en la prescripción, porque errores de posología tenemos habitualmente, es una cosa que ocurre en nuestra práctica diaria, tanto la nuestra como en el resto de especialidades hospitalarias. Y ellos son los primeros que lo detectan. Por lo tanto, más seguridad, luego una cercanía. Ellos conocen a las personas más que nosotros porque van mucho más a la farmacia que incluso a vernos a nosotros. Por ejemplo, los test de la marcha, la fragilidad, la detección es más precoz. Yo creo que son prácticamente todos beneficios” **Médica**
- **Detección precoz de descompensaciones y agravamiento de la enfermedad.** “Yo creo que el impacto en la modificación del estilo de vida es grande y en términos de detección y de prevención en un momento más precoz, también... No es lo mismo que el paciente venga con una tensión de 20/12, con el ojo que le ha sangrado porque ha hecho una crisis hipertensiva, a que se le lleve un seguimiento en la farmacia y que el farmacéutico, cuando la tensión está en torno a 16, ya le está diciendo, oye ¿tú a ver si es que se te ha olvidado alguna pastilla o a ver si es que lo que te estás tomando ya no vale? Entonces, todo lo que sea detectar o prevenir y que todos hagamos lo mismo, pues ya digo, sumar en salud siempre es eficiente” **Médica**
- **Revisión y ajuste de la medicación.** “Tener a un sanitario que te ayuda con esa nueva medicación, que está pendiente de ti para saber si la medicación te va bien o no, si está siendo tan efectiva como se esperaba o no, si está siendo segura, como debe ser o no, que habla contigo una vez a la semana para saber si te está generando algún problema de salud, si te aparece un efecto secundario, si se debe a esa medicación o no y que además está dispuesto a contactar directamente con el médico, eso es siempre satisfactorio. Todo el mundo nos ha dicho por supuesto que sí a este servicio, ojalá se generalice” **Farmacéutica**
- **Mejora de la adherencia al tratamiento.** “Lo que tenemos demostrado es que los pacientes son más adherentes si les facilitamos la medicación en su entorno normal. Evidentemente hay

pacientes con un momento de la enfermedad que van a ser adherente, le hagas ir a donde le hagas ir... Pero a medida que pasa el tiempo con una enfermedad crónica, se hacen menos adherentes. Entonces facilitarle el medicamento en su farmacia, que la dispensación se haga en un tiempo más razonable, al final tiene un efecto directo en su salud” **Farmacéutico hospital**

- **Prevención de caídas.** *“Lo que estamos intentando es evitar la caída de un paciente cuando medimos parámetros y constantes. En realidad, lo que hacemos es un servicio de prevención de factores de riesgo cardiovascular. Cuando aportamos información acerca de medidas higiénico dietéticas, estamos ayudando a prevenir enfermedades cardiovasculares. Yo creo que la farmacia puede aportar mucho en prevención y también, como comentábamos antes, si nos coordinamos bien entre los distintos niveles asistenciales en solucionar problemas relacionados con los medicamentos”* **Farmacéutica**

1.4.4. Alternativas a la financiación

De acuerdo con la experiencia internacional, la financiación de los servicios farmacéuticos correspondería a la Administración pública, previa demostración de la efectividad del servicio y el ahorro para el sistema. La participación de la persona usuaria en la financiación seguiría la misma lógica del copago que se aplica a la dispensación de los medicamentos.

- **Programas con financiación pública.** *“Hoy por hoy, la realidad en España es que muchos de estos servicios que implementamos en la farmacia los paga el propio paciente. Aunque es verdad que hay algunos programas de cribado que se están financiando a través de los servicios de salud”* **Farmacéutica**
- **Costes de los nuevos servicios farmacéuticos.** *“Evidentemente es un cambio de modelo tan importante que requiere un cambio tecnológico, requiere tiempo, requiere formación y una remuneración por el trabajo que se presta. Entonces creo que se debería llegar a un acuerdo con la Administración para que los farmacéuticos demostráramos que somos capaces de dar estos servicios asistenciales de forma sistematizada a la población y que a su vez fueran remunerados”* **Farmacéutica**
- **Demostración del coste-efectividad de los nuevos servicios farmacéuticos.** *“Si se demuestra que hay un ahorro para la Administración y si se demuestra que hay unos buenos resultados en salud que suponen también un ahorro para el sistema, indudablemente deberían ser remunerados por parte de la Administración. ¿Qué el paciente debería pagar algo? Algo, como ocurre con el copago de los medicamentos, sí también. Porque no se le da valor a nada que sea absolutamente gratuito”* **Farmacéutica**
- **Aportación de la persona a la financiación de los servicios farmacéuticos.** *“Creo que aquel paciente que puede costearse un mínimo de este servicio, debería costárselo. Se me ocurre, que en términos similares a como se hace el copago en la receta, en función de la renta. Es verdad que habría que tener cuidado porque en mi experiencia, a quien más beneficia este tipo de intervenciones es precisamente al que no tiene un acceso fácil a herramientas de salud. Que suele además tener una salud más precaria. Por eso debería estar garantizando que esas personas que tienen mayor riesgo están también cubiertas”* **Médica**
- **Retribución por actos sanitarios con impacto en salud.** *“Yo creo que tenemos que tender hacia un modelo mixto o hacia un cambio total del sistema retributivo. El modelo mixto, incluiría la retribución por dispensación del medicamento, pero también la retribución por*

acto asistencial, siempre y cuando este acto asistencial esté avalado por la evidencia científica y protocolizado . El cambio sustancial sería considerar únicamente la retribución por actos sanitarios con impacto en salud ” **Farmacéutica AP**

- **Demostración de competencias para la financiación pública de los servicios farmacéuticos.** *“Pienso en un modelo como en Inglaterra, donde los farmacéuticos pueden tener distintos niveles de capacitación. Y conforme acreditan sus competencias profesionales, las farmacias pueden ofrecer esta serie de servicios retribuidos” **Farmacéutica AP***

1.4.5. Aspectos éticos y legales

Aspectos éticos

Aunque los servicios farmacéuticos deben responder a los principios de la bioética, buscando el mayor beneficio para la persona, el compromiso ético se extiende más allá y abarca la sostenibilidad del sistema y el futuro de la profesión farmacéutica.

- **Beneficios para las personas.** *“Yo el trato que siempre he tenido con los compañeros de farmacia siempre ha sido en beneficio del paciente. Es cierto que una oficina de farmacia no deja de ser una empresa que tiene que tener su beneficio económico, lógicamente. Pero yo nunca he percibido ese mercantilismo que a veces se le quiere asociar, al revés, cuando ha habido igualdad de cosas que ofertar, pues siempre se ha tendido por la más económica para el paciente y ellos vigilan mucho el paciente, es que yo ya le digo, son muchos más cercano, incluso a veces que nosotros y conocen sus vidas al dedillo” **Médica***
- **Beneficios para la profesión.** *“Los aspectos éticos los tengo clarísimos. Tenemos un compromiso de solidaridad, de equidad. Los principios de la bioética de no hacer daño, de ser eficientes, para la sostenibilidad. Y luego creo que tenemos también un compromiso ético con las generaciones futuras de profesionales y pacientes. Ya no es sólo el aquí y el ahora, sino pensar que tenemos que dejar una profesión mejor, a los que vienen y necesitan ser cuidados ” **Farmacéutica AP***

Aspectos legales

Teniendo en cuenta que la propiedad de los datos clínicos es de la persona y la obligatoriedad del cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos, el Nuevo Modelo Asistencial apuesta por que sea la propia persona la que autorice el acceso y tratamiento de sus datos a los equipos profesionales que le prestan cuidados.

- **Legislación sobre protección de datos personales.** *Indudablemente hay que cumplir siempre con la Ley de Protección de Datos. Eso es fundamental. Los datos clínicos de un paciente son suyos. La historia clínica del paciente es suya, no es del médico, no es del hospital, no es mía. El paciente tiene que autorizar a que sus datos sean consultados y tratados. Y evidentemente, no todos los datos de la historia clínica tienen que llegar a todos los niveles. El paciente debería autorizar qué quiere que vea el farmacéutico, qué quiere que vea el médico de Atención Primaria, qué quiere que vea su cirujano, o los médicos de especializada, ¿no? Y eso es fundamental cumplirlo” **Farmacéutica***

- **Propiedad de los datos de la historia clínica.** *“Yo creo que los datos de una historia clínica le pertenecen al paciente, no pertenecen al médico, no pertenecen al servicio público, sino al paciente. Y él debe ser el agente que tutele ese acceso a datos con una correcta información. ¿Por qué no puede él, si lo considera necesario, permitir que el farmacéutico pueda acceder a sus datos? Lo que tenemos que tener es la herramienta para permitirlo sólo en los casos en los que ellos lo consientan. La dueña de los datos es la propia persona y es que, en salud, parece que tendemos a hacer todavía un poquito paternalista y a pensar que el paciente no va a saber manejar sus datos... ¿No maneja sus datos bancarios? Pues en el mismo nivel de sensibilidad están los datos de salud. Entonces, creo que se solventaría buscando herramientas en las que el paciente como dueño de sus datos en la historia clínica, sea quien consienta o no, quien tiene que tener acceso a su historia clínica” Médica*
- **Confidencialidad de la información.** *“Ciertamente entiendo que un profesional farmacéutico que está sujeto a la misma confidencialidad de tratamiento de datos que nosotros, pues va a actuar con responsabilidad y no difunde nada. Además, es obvio que, por los propios tratamientos, ellos pueden deducir la patología. Entonces tampoco creo que el poder ver una ficha corta del paciente con patologías relevantes vaya a suponer ningún cambio en esta protección de datos” Médica*
- **Consentimiento informado.** *“Nosotros lo hemos tenido claro desde el principio, veíamos que tenemos que solicitar el consentimiento informado para compartir esa información del paciente con el farmacéutico comunitario y así lo hicimos. El proyecto se pasó por el comité ético del hospital y se aprobó con la condición de que los pacientes fueran informados y firmarán el consentimiento” Farmacéutico hospital*
- **Acceso a los datos clínicos.** *“Pero que lo lógico sería a la larga que se pudiera tener acceso a través de DIRAYA, con un acceso identificado como farmacéutico, donde se pudiera cambiar una prescripción o una anulación de una receta o poner registrar exactamente cuando realmente se entrega el medicamento hospitalario porque hay situaciones donde a lo mejor hay un retraso y puede estar bien para el cálculo real de la adherencia” Farmacéutico hospital*

2. ENTREGABLE 4.3. PLAN DE ESCALADO Y ACUERDOS DE EXPLOTACIÓN DEL SERVICIO ENTRE LAS ADMINISTRACIONES REGIONALES Y LOCALES DE LA ZONA TRANSFRONTERIZA

Este entregable incluye un plan de explotación de los resultados que permita integrar la estrategia de despliegue del nuevo modelo por parte de las administraciones públicas, incluyendo las lecciones aprendidas, viabilidad, eficiencia y resultados del estudio piloto en las farmacias y centros de salud.

El informe completo está disponible en: <https://www.numaweb.es/entregables-actividad-4/>



2.1. Objetivos del plan de despliegue

- Contribuir al nuevo modelo de atención primaria que mejora los canales de comunicación entre profesionales y personas usuarias.
- Contribuir a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios a través de una propuesta de transformación continua, con alta capacidad de respuesta a las nuevas demandas de la población altamente envejecida, con enfermedades crónicas y riesgo de fragilidad, de forma dinámica y proactiva.
- Incorporar al proceso asistencial el perfil del profesional de farmacia comunitaria en todas las fases: diagnóstico, tratamiento y seguimiento, en el marco de la relación público-privado, respetando los ámbitos competenciales y reforzando el trabajo coordinado para evitar duplicidades y aumentar las sinergias y la seguridad de la atención a las personas con enfermedades crónicas y riesgo de fragilidad.
- Crear un escenario compartido, de confianza mutua entre profesionales, que permita nuevos desarrollos competenciales y alcanzar el nivel de excelencia más allá de los sistemas públicos de salud.
- Ser un modelo que aprende, que se adapta y que incorpora nuevos casos de usos, contando con un proceso de evaluación continua a partir de los casos de usos pilotados en los estudios experimentales:

En Andalucía:

- Adherencia a nuevos medicamentos.
- Detección de la fragilidad.
- Seguimiento y refuerzo terapéutico en diabetes, EPOC y enfermedades cardiovasculares.
- AP Farm@ detección y actuación coordinada ante errores en todo el proceso desde la prescripción a la dispensación del fármaco.
- Entrega en cercanía de la medicación hospitalaria.
- Entrega en domicilio de la medicación prescrita.
- Entrega y seguimiento de la medicación en residencias de personas mayores.
- Renovación de la prescripción.

En Algarve:

- Seguimiento farmacoterapéutico de personas con diagnóstico de hipertensión moderada (PAS> 160; PAD> 100) o severa (PAD> 180; PAD> 110), con dificultad para el autocontrol de la presión arterial; y/o que tengan problemas de adherencia a la medicación.

2.2. Alineación del plan de despliegue con las estrategias de referencia

El despliegue del Nuevo Modelo Asistencial se alinea con las estrategias de modernización de la atención primaria de salud en Andalucía y Algarve, contemplando a la farmacia comunitaria como agente local en distintas líneas:

- Asunción de la coordinación de toda la atención recibida por la ciudadanía, para lo cual es imprescindible el desarrollo de sistemas de información y comunicación, para que el equipo de profesionales de Atención Primaria esté informado de lo que acontece a la persona con enfermedades crónicas complejas y necesidades especiales.
- Implantación y generalización de experiencias de coordinación e integración de la atención tales como Telemedicina, Consultorías presenciales y/o telefónicas/ internet entre atención primaria y atención hospitalaria, Programas de conciliación terapéutica al alta.
- Garantía de una atención integral del paciente, es necesaria la redefinición de las formas y protagonistas de la prestación de la cartera de servicios de atención primaria, así como el acceso desde cualquier punto del primer nivel asistencial, a las tecnologías diagnósticas eficientes para la misma.

2.3. Lecciones aprendidas

- Es necesario que el diseño de la solución organizativa y tecnológica sea compartido con todos los agentes implicados en el cambio.
- El cambio organizativo lo consiguen se consigue gracias a figuras clave como farmacia de atención primaria que actúan naturalmente como puente entre profesionales de medicina y enfermería, farmacia comunitaria, farmacia hospitalaria y personas usuarias.
- Los equipos profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria requieren formación, entrenamiento, y tiempo y espacios compartidos para incorporar los cambios.
- La solución tecnológica debe tener que estar integrada en los sistemas de información corporativos de los dos ámbitos asistenciales o interoperar con ellos de forma transparente para los equipos profesionales.
- La comunicación profesional debe ser bidireccional y orientada al empoderamiento de las personas usuarias en el autocuidado y la autogestión de sus condiciones de salud.
- La importancia del desarrollo de un marco normativo que permita la generalización de los servicios farmacéuticos y determine los mecanismos de financiación.

2.3.1. Lección 1. Enfoque cooperativo en la innovación organizativa y tecnológica.

Continuando con el enfoque de la Cuádruple Hélice aplicado a la fase experimental del proyecto NUMA, la transformación tecnológica y la innovación organizativa que se propone en el proyecto se abordará mediante la participación activa de todos los agentes involucrados en el proceso asistencial: personas mayores, profesionales de Farmacia de Atención Primaria, profesionales de los sistemas de información corporativos, profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria y profesionales de Farmacia Comunitaria.

Para cumplir con el propósito fundamental de comprender lo que sienten y piensan las personas mayores con enfermedades crónicas y los equipos profesionales que les atienden acerca de la participación de la farmacia comunitaria en el proceso asistencial se han aplicado técnicas como el mapeo de actores, grupos de discusión, entrevistas en profundidad, grupos de diseño creativo y consenso de personas expertas.

Estas técnicas deberán continuar aplicándose para garantizar la participación efectiva de los distintos perfiles en el diseño de la nueva solución tecnológica y en el proceso de adopción de la innovación organizativa que incorpora este nuevo modelo asistencial.

Así, liderado por la Subdirección de Farmacia y Prestaciones del Servicio Andaluz de Salud, el partenariado para el despliegue del nuevo modelo en Andalucía estará constituido por:

Gobierno y sector público

- Servicio Andaluz de Salud
 - Farmacia de Atención Primaria
 - Medicina y Enfermería de Atención Primaria
 - Servicio de Coordinación de Sistemas de Información
- Servicio de Innovación de la Consejería de Salud y Familias

Sociedad civil

- FOAM. Federación de Organizaciones Andaluzas de Mayores
- CONFEMAC. Confederación Estatal de Mayores Activos

Academia y universidad

- SAFAP. Sociedad Andaluza de Farmacia de Atención Primaria
- SEFAC. Delegación Andaluza de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria
- Departamento de Ingeniería Electrónica de la Universidad de Sevilla.
- Escuela Andaluza de Salud Pública.

Sector privado

- Empresas desarrolladoras de la solución tecnológica
- Empresas de apoyo al desarrollo del plan de gestión del cambio
- Medios de comunicación y redes sociales de apoyo al desarrollo del plan de comunicación

En Portugal, el nuevo servicio de atención farmacéutica a personas con hipertensión arterial pilotado en el Algarve, será incorporado a la cartera de servicios que está actualmente regulada, siguiendo los procedimientos habituales para la acreditación de competencias profesionales en las farmacias y aprobación de su financiación por parte del sistema sanitario.

2.3.2. Lección 2. Una figura profesional clave

Durante el desarrollo del estudio experimental en Andalucía surgió una figura clave para la implantación del Nuevo Modelo Asistencial NUMA representada por profesionales de Farmacia de Atención Primaria.

Esta figura profesional ha desarrollado actuaciones reconocidas en su Manual de Competencias Profesionales, contribuyendo a la implantación del Nuevo Modelo Asistencial:

- En relación con las personas usuarias
 - A diseñar los circuitos asistenciales de forma que se facilite la toma de decisiones terapéuticas compartidas.
 - A garantizar el derecho a la intimidad y privacidad de la persona usuaria en el diseño de los procedimientos de anonimización y acceso a datos clínicos.
 - A favorecer la accesibilidad al medicamento con el diseño de los nuevos casos de uso durante la pandemia por COVID-19.
 - A promover el empoderamiento de la persona mayor para la autogestión de la medicación a través del diseño de los nuevos servicios.

- En promoción y prevención
 - A diseñar los recursos de apoyo para el refuerzo terapéutico a impartir en Farmacia Comunitaria.
 - A diseñar los procedimientos de revisión de la medicación para prevención de fragilidad y riesgo de caídas.
 - A evitar eventos adversos y aumentar la seguridad, a través del diseño de los nuevos servicios de detección de errores e incidencias en relación con el medicamento.

- En los procesos asistenciales
 - A favorecer la continuidad de la atención farmacoterapéutica a través de los nuevos servicios farmacéuticos integrados en procesos asistenciales de Atención Primaria.
 - A garantizar una atención sanitaria integral sirviendo de enlace entre profesionales de medicina, enfermería y farmacia.

- En la innovación organizativa
 - A actuar como enlace permanente entre equipos profesionales de distintos ámbitos (atención primaria, hospitalaria, comunitaria) y disciplinas (medicina, enfermería, farmacia)
 - A mejorar los resultados en salud de la población a través del Nuevo Modelo Asistencial.
 - A formar y asesorar a los equipos profesionales para la implantación de los nuevos servicios.
 - A generar evidencia científica sobre la efectividad de los servicios probados de forma experimental.

Farmacia de Atención Primaria dispone de un amplio abanico de servicios que han contribuido al diseño y desarrollo del proyecto experimental y que resultan imprescindibles para avanzar en la implantación del Nuevo Modelo Asistencial, actuando como:

- Referente en el uso de medicamentos: para el equipo de Atención Primaria, para la población y para el resto de servicios asistenciales farmacéuticos.
- Profesional de farmacia clínica: formando parte del equipo asistencial, como experto en la gestión del medicamento para pacientes y profesionales sanitarios.
- Referente de la continuidad de la atención: como enlace en los tránsitos entre los diferentes ámbitos asistenciales.
- Enlace con Farmacia Comunitaria.
- Referente en la gestión del medicamento en el ámbito socio-sanitario.

En Algarve no existe esta figura en atención primaria, pero al estar ya regulados y extendidos los servicios farmacéuticos no parece necesario contar con este apoyo a la implantación.

2.3.3. Lección 3. La curva de aprendizaje

La implantación en Andalucía de una innovación organizativa y tecnológica como la que propone el Nuevo Modelo Asistencial NUMA requiere:

- Disponer de personal de apoyo en atención primaria y en farmacia comunitaria hasta que se supere la curva de aprendizaje y el sistema de información esté completamente integrado en las rutinas asistenciales habituales.
- Consolidar espacios de encuentro para trabajar en protocolos, instrumentos y guías comunes a los dos ámbitos.
- Formar a profesionales de farmacia comunitaria para la acreditación de las competencias necesarias para la prestación de los servicios farmacéuticos.
- Consolidar los canales de comunicación bidireccional.
- Establecer los canales de comunicación con las personas usuarias

En la fase de implantación del modelo será imprescindible la contratación de personal de apoyo tanto para centros de salud como para las farmacias comunitarias hasta que se supere la curva de aprendizaje y el sistema de información esté completamente integrado en las rutinas asistenciales habituales.

También será necesaria la contratación de profesionales de apoyo que permitan a profesionales de farmacia de atención primaria su dedicación al proceso de implantación del nuevo modelo asistencial, ya que como casi toda innovación organizativa, modificar el modo de atender actual y virar al nuevo planteamiento requiere de una interacción entre los profesionales, una modificación paulatina de los usos y una evaluación/acción continua en el proceso de cambio/implementación.

El plan de formación incorporará:

- Comunidad virtual de Protocolos, instrumentos y guías para el aprendizaje compartido colaborativo entre profesionales de Atención Primaria y Farmacia Comunitaria.
- Formación a Farmacia Comunitaria para la acreditación de las competencias avanzadas profesionales necesarias para la prestación de los servicios farmacéuticos.
- Espacios de encuentro comunes y sesiones clínicas entre atención primaria y farmacia comunitaria.

2.3.4. Lección 4. Una solución tecnológica integrada y portable

Pasar del estudio experimental a la implantación paulatina de NUMA requiere el desarrollo de una solución tecnológica integrada o interoperable con los sistemas de información corporativos del Servicio Andaluz de Salud y de la Administración Regional de Salud de Algarve.

La solución tecnológica deberá incluir:

- Módulo de toma de constantes: compartido entre profesionales de Farmacia Comunitaria y Atención Primaria, que garantice la seguridad y la fiabilidad de la información registrada.
- Módulo de formularios: para la aplicación de los test de cribado y valoración compartida con el conjunto de profesionales de medicina, enfermería y farmacia.
- Módulo de comunicación: que permita la comunicación ágil y efectiva entre profesionales de medicina, enfermería y farmacia de Atención Primaria y Farmacia Comunitaria.
- Módulo de seguimiento farmacoterapéutico: para el seguimiento y la adecuación de la prescripción farmacéutica.
- Interfaz de usuario: que presente a profesionales de Farmacia y Atención Primaria el set completo de soluciones y casos de uso de forma unificada, intuitiva y sintetizada, con el objetivo de ofrecer un servicio integral y facilitar la adherencia a la herramienta.
- Aplicación móvil: preferiblemente integrada en Salud Responde, que permita a la persona usuaria el registro de la toma de constantes y la cumplimentación de los test de evaluación de resultados en salud y bienestar, imprescindibles para el seguimiento y evaluación del nuevo modelo asistencial.
- Carpeta de salud: como solución especialmente útil en el espacio transfronterizo, en esta carpeta la persona dispondrá de informes médicos y de enfermería, resultados de analíticas y pruebas complementarias de Atención Primaria, registro de constantes y vacunas, así como recomendaciones sobre educación para la salud y refuerzo terapéutico.
- El acceso de profesionales a la carpeta de salud será siempre bajo el consentimiento de la persona.

2.3.5. Lección 5. Una mayor y mejor comunicación

En la transformación organizativa que plantea el Nuevo Modelo Asistencial la comunicación tiene un papel protagonista.

En el proceso asistencial se ha hecho evidente la necesidad de:

- Generar mecanismos de comunicación entre profesionales de Atención Primaria y Farmacia Comunitaria bajo el enfoque de la omnicanalidad.
- Mejorar la gestión compartida de la información.
- Incorporar tecnologías que se traduzcan en herramientas de ayuda a la toma de decisiones para:
 - Mejorar la autonomía de las personas usuarias.
 - Mejorar la capacidad de resolución de profesionales.
- Crear espacios de aprendizaje y mejora continua de la atención basada en las relaciones de confianza.

También se ha visto implicado en el Nuevo Modelo Asistencial el sector de distribución de fármacos y productos sanitarios. La comunicación trasciende al propio Sistema Sanitario e implica una mejor comunicación en todos los niveles: diagnóstico, tratamiento y seguimiento terapéutico.

De igual forma, y dado que tiene un componente digital importante, implica a todo el sector TIC y en especial a desarrolladores de biosensores, aplicaciones y sistemas de información. La comunicación con el sector TIC debe favorecer que las soluciones den respuesta a las necesidades y preferencias de las personas usuarias para que sean fácilmente adoptadas por el público objetivo.

2.3.6. Lección 6. La importancia del desarrollo normativo

Tomando como modelo la regulación vigente en Portugal, Andalucía necesita avanzar en la normativa y los convenios entre la Administración pública y las farmacias comunitarias que den soporte al modelo asistencial desarrollado y probado mediante los estudios experimentales y proyectos piloto previos.

El desarrollo normativo ha permitido a Portugal incorporar de forma ágil servicios en la farmacia comunitaria que han sido esenciales para la población durante la pandemia generada por la COVID-19 de forma generalizada, incluida la prueba de antígenos.

La metodología de estudio experimental que se ha probado durante el desarrollo del Nuevo Modelo Asistencial permitirá continuar evaluando la efectividad de los nuevos servicios antes de ser incorporados a la cartera de servicios de salud disponibles en las farmacias.

3. ENTREGABLE 4.4. LIBRO BLANCO SOBRE LAS MEJORES PRÁCTICAS PARA EL DESPLIEGUE DE SERVICIOS DE TELEMEDICINA EN ÁREAS TRANSFRONTERIZAS

Las mejores prácticas para el despliegue de los servicios de telemedicina en áreas transfronterizas se han recogido en un formato de infografías con las siguientes temáticas:

- 1) El espacio transfronterizo
- 2) Las personas protagonistas
- 3) El escenario
- 4) El diseño de los servicios
- 5) La comunicación
- 6) Los resultados
- 7) La solución tecnológica
- 8) Las lecciones aprendidas

Las infografías están disponibles en: <https://www.numaweb.es/>



SOLUCIÓN TECNOLÓGICA

La solución tecnológica que da soporte a este nuevo modelo asistencial debe cumplir con una serie de requisitos esenciales:

1. No puede implicar el uso de distintas plataformas o dispositivos diferentes a los que habitualmente utilizan profesionales y ciudadanos.
2. Debe ser accesible a cada uno de estos agentes en función de sus necesidades.
3. Debe favorecer la autonomía de la persona usuaria en la toma de decisiones relacionadas con su salud y su empoderamiento en el autocuidado y la autogestión de la enfermedad y la medicación.
4. Debe estar perfectamente integrado o ser interoperable con los sistemas corporativos de atención primaria y de farmacia comunitaria.
5. Debe permitir que la información sea compartida con otros agentes de salud, funcionalidad especialmente útil en los espacios transfronterizos.

RECONOCER QUE ESTE ES EL CAMINO

Entre las lecciones aprendidas en el desarrollo del proyecto cabe destacar:

1. El papel imprescindible de la figura profesional de farmacia de atención primaria.
2. La necesidad de generar espacios estables donde puedan interactuar profesionales de farmacia comunitaria con profesionales de atención primaria.
3. La necesidad de contar con una solución tecnológica que permita compartir la información y facilite la comunicación entre los distintos agentes, tanto profesionales como personas usuarias.
4. La importancia del desarrollo de un marco normativo que permita la generalización de los servicios farmacéuticos y determine los mecanismos de financiación.

NUMA, como proyecto de innovación experimental

Ha demostrado los beneficios para la salud y el bienestar de las personas usuarias y la mejora de la calidad asistencial

Pasar de esa fase experimental a una implementación paulatina en todo el territorio de Andalucía - Algarve, requiere otro proceso en el que son necesarios:

1. Solución tecnológica
2. Recursos de apoyo

El desarrollo de una solución tecnológica integrada e interoperable con los sistemas de información corporativos a cada lado de la frontera y una funcionalidad de "cartera sanitaria" que pueda ser gestionada por la propia persona.

La dotación de recursos de apoyo hasta superar la curva de aprendizaje por parte de todos los agentes involucrados, tanto las personas usuarias como los profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria.

A estos dos requisitos se suma la puesta en marcha de un plan de gestión del cambio que tenga en cuenta:

- Los intereses y necesidades de cada uno de los actores implicados en el proceso asistencial
- El liderazgo del propio sistema sanitario
- Los principales riesgos e impactos derivados del cambio de modelo
- Un sistema de comunicación que favorezca la transversalidad
- Estrategia para la implementación de los nuevos roles profesionales
- Y un sistema de seguimiento y evaluación continuo y participativo.

4. ENTREGABLE 6.3. LIBRO BLANCO Y SU IMPLEMENTACIÓN

El Libro Blanco recoge el diseño, la puesta en marcha, los resultados y los aprendizajes a lo largo del desarrollo del proyecto. Se estructura en ocho capítulos en los que se describen las aportaciones de las dos regiones, Algarve y Andalucía, en cada caso.

El libro completo está disponible en: <https://www.numaweb.es/>



En síntesis, el Libro Blanco del Nuevo Modelo Asistencial concluye:

Capítulo 1

La integración de la farmacia comunitaria en los procesos asistenciales de atención primaria requiere un marco regulatorio en el que se defina el modelo de funcionamiento y de financiación, a la vez que estudios experimentales que permitan probar la efectividad de los servicios en la mejora de la salud, la calidad de vida y el bienestar de la población.

Capítulo 2

La generación de espacios profesionales compartidos entre atención primaria y farmacia comunitaria y el protagonismo de las personas mayores son los pilares clave sobre los que se deben construir los servicios farmacéuticos.

Capítulo 3

En un escenario de envejecimiento poblacional, complejidad asistencial y fragmentación de los sistemas de salud, los servicios farmacéuticos integrados en procesos asistenciales de atención primaria deben orientarse al refuerzo terapéutico y a la promoción del autocuidado y la autogestión de las condiciones de salud y de la medicación.

Capítulo 4

El diseño de nuevos servicios farmacéuticos debe responder a las prioridades de la Administración sanitaria y determinar claramente la población destinataria, las necesidades a las que da respuesta, los procedimientos clínicos, el registro de datos, los requisitos funcionales y las competencias profesionales que deben ser acreditadas para su realización.

Capítulo 5

La puesta en marcha de los servicios farmacéuticos es posible cuando se logra una comunicación bidireccional entre profesionales de atención primaria y farmacias comunitarias y se articulan espacios de trabajo compartido donde consensuar los protocolos, guías y orientaciones para la práctica profesional.

Capítulo 6

Cada nuevo servicio farmacéutico conlleva cambios organizativos y de roles profesionales en la farmacia comunitaria y en atención primaria, así como la necesidad de incorporar las soluciones tecnológicas de soporte a la práctica habitual, por lo que se requiere formación, entrenamiento y tiempo.

Capítulo 7

Los elementos esenciales de la solución tecnológica de soporte a los servicios farmacéuticos son: comunicación bidireccional, integración en el sistema de información público, carpeta de salud que garantice la portabilidad y llave de acceso a los datos a través del consentimiento de la persona.

Capítulo 8

Para hacer realidad la integración de farmacia comunitaria en los procesos asistenciales es necesario el diseño compartido de los servicios, la participación de farmacia de atención primaria; espacios de encuentro profesional estables; una solución tecnológica integrada en el sistema de información corporativo; y, un desarrollo normativo que fije el modelo de funcionamiento y financiación.

5. SOPORTE FORMATIVO

Para la formación prevista para el despliegue del Nuevo Modelo Asistencial NUMA se han desarrollado una serie de recursos y materiales didácticos:

- 10 casos prácticos contruidos a partir de las entrevistas a personas mayores y profesionales de medicina, enfermería y farmacia.



- 4 vídeo reportajes:
 - Vídeo presentación del proyecto
 - Reportaje «NUMA EN FARMACIAS DE SEVILLA»
 - Reportaje «NUMA EN EL ESPACIO TRANSFRONTERIZO (AYAMONTE - ALGARVE)»
 - Reportaje «NUMA: LA COMUNICACIÓN PROFESIONAL»
- 4 videotutoriales (locutados):
 - Caso de Uso #01: Cribado de fragilidad y riesgo de caídas.
 - Caso de Uso #02: Adherencia a nuevos medicamentos.
 - Caso de Uso #03: Toma de constantes y refuerzo terapéutico.
 - Casos de uso durante la pandemia COVID-19.

- 6 animaciones (locutadas):
 - Presentación del proyecto NUMA
 - Las buenas prácticas desarrolladas por las farmacias que han participado en el proyecto.
 - Las lecciones aprendidas.
 - Los elementos clave para la viabilidad del nuevo modelo.
 - La eficiencia de los circuitos y sistemas previstos.
 - Los resultados del estudio piloto.

Los recursos didácticos están disponibles en: <https://www.numaweb.es/>