



# La farmacia, un ‘oasis’ frente a la insostenibilidad

ALBERTO CORNEJO, ENRIQUE CAMPILLO  
Redactores El Global

Es habitual escuchar a los decisores sanitarios alabar el potencial que juegan —y pueden jugar— los farmacéuticos del ámbito de la atención primaria, tanto los que ejercen en farmacias comunitarias como en centros de salud. Pero esas buenas palabras no se traducen, no al menos cómo requiere el nuevo paradigma sociosanitario y la acuciante insostenibilidad del SNS, en un impulso efectivo desde las Administraciones por la colaboración de la farmacia con el resto de niveles de la AP y la asunción de nuevas funciones: asistencia domiciliaria, cribados... Millones de euros de ahorro están en juego. Solo una implantación generalizada del seguimiento farmacoterapéutico ya aportaría 2.700 millones ‘a la causa’.

**KEY WORDS:** Farmacia ambulatoria, equipo multidisciplinar, cronicidad, seguimiento farmacoterapéutico, comunicación, atención primaria.

Según los datos que se manejan en el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), la farmacia ambulatoria —que apenas representa el 15 por ciento del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas— ha generado desde el año 2009 el 43 por ciento del ahorro total del Sistema Nacional de Salud (SNS). Una contribución que ha sido fundamental para la sostenibilidad del Sistema Sanitario pero que para la que la profesión farmacéutica no es excesivo motivo de orgullo, toda vez que en su mayoría ha venido por el camino de la imposición vía reales decretos económicos, deducciones, aportaciones según facturación, bajadas de precio de medicamentos...

Hay otro ahorro, menos computados en estudios y puesto por ende ‘negro sobre blanco’, del que sí puede lucir orgullo la profesión: el ahorro generado al sistema —y directo— por los resultados en salud en el paciente derivados de sus intervenciones profesionales. El ahorro sanitario, no económico (que también).

Pedía recientemente la consejera de Salud de Andalucía, Marina Álvarez, una “renovación” del SNS pilotada en torno a la atención primaria y que dejase atrás el “hospitalocentrismo”. Cundiendo con el ejemplo, la responsable de la Sanidad andaluza anunciaba que en esta región se ha iniciado un proceso de renovación de este nivel asistencial “con el objetivo de conseguir una AP más efectiva y situada como eje vertebrador del sistema sanitario”, en la que se apuesta por la “personalización” en la atención.

No cabe duda que cuando se trata de “personalizar” la atención y dar respuesta a las necesidades que plantea el nuevo paradigma sociosanitario —envejecimiento y cronicidad—

allí se debe contar con la farmacia ambulatoria. Tanto de los profesionales que ejercen en centros de salud como de la red que conforman las cerca de 22.000 farmacias comunitarias y más de 50.000 profesionales que en ellas ejercen.

Las cosas de Palacio van despacio, dice. También esa integración “efectiva” —los profesionales recalcan el concepto efectividad— de la farmacia en las estructuras y equipos multidisciplinarios de AP. Pero van surgiendo apuestas concretas. Último ejemplo de ello es la Consejería de Salud Universal de Comunidad Valenciana, que acaba de poner en marcha (en fase





de pilotaje) un ambicioso programa pionero de Atención Farmacéutica domiciliaria a pacientes dependientes a cargo de cuidador no profesional: Domi-EQifar. Un programa que, una vez extendido, beneficiará a más de 30.000 pacientes valencianos y que coloca a la farmacia comunitaria en primera línea de atención. El Consejo Valenciano de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ha colaborado en su desarrollo.

La finalidad principal del proyecto es mejorar la calidad y seguridad de la farmacoterapia de este colectivo de personas, que son dependientes, crónicas y polimedizadas, a través de un plan individualizado de mejora de su medicación, diseñado por un equipo multidisciplinar y que cuente con la participación activa tanto del paciente como de su cuidador. “El objetivo es definir un plan individualizado de mejora del tratamiento a través de la revisión y seguimiento farmacoterapéutico, con una coordinación y comunicación explícita entre el equipo asistencial y los profesionales de los servicios sociales de atención primaria en aquellas situaciones en que se requiera”, tal como lo presenta la propia consejera regional Carmen Montón.

#### DE DOMI-EQIFAR A LOS CRIBADOS

El objetivo es definir un plan individualizado de mejora del tratamiento a través de la revisión y seguimiento farmacoterapéutico, con una coordinación y comunicación explícita entre el equipo asistencial y los profesionales de los servicios sociales de atención primaria en aquellas situaciones en que se requiera.

El circuito de atención es el siguiente: los farmacéuticos del Servicio de Atención Primaria identifican potenciales dependientes beneficiarios del programa y en caso de aceptar el paciente es incluido en él. Los profesionales del equipo multidisciplinar (médicos, personal de enfermería, farmacéuticos de atención primaria y farmacéuticos de oficina de farmacia, y otros profesionales según las necesidades del paciente) realizan una revisión farmacoterapéutica y definen un plan de mejora de la

medicación del paciente, incluyendo medidas encaminadas a mejorar el conocimiento y utilización de los tratamientos. El seguimiento farmacoterapéutico, el consejo educacional y la individualización de los tratamientos —vía preparación de sistemas personalizados de dosificación— correrá a cargo de la oficina de farmacia que elija el dependiente y/o cuidador.

La iniciativa valenciana, en la que los colegios tienen puestas grandes esperanzas para demostrar el valor que tiene la oficina de farmacia en el nuevo paradigma sociosanitario, ya se ha iniciado con una prueba en Alcoy (que implica a doce farmacias) y se irá extendiendo progresivamente hasta 2019.



Ahora bien, el camino emprendido por Comunidad Valenciana fue abierto con anterioridad por otras regiones. Más allá de los ahorros que genera al sistema sanitario la participación de las farmacias en redes centinela y cribados (cáncer de colon, VIH) —y al que no estaría de más que alguna Administración pusiese cifras concretas—, otras CC.AA como País Vasco también desarrollan ya programas de seguimiento farmacéutico a través de boticas. Su departamento de Salud ya viene pilotando con anterioridad un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico Integral a pacientes diabéticos crónicos polimedizados. Dieciocho farmacias vascas (con casi un centenar de pacientes asignados) ya desarrollan este programa revisando de forma exhaustiva los medicamentos que el paciente toma y los que tiene prescritos para mejorar su utilización y la adherencia.

De momento, las únicas cifras económicas que se conocen son los 30.000 euros que el Departamento de Salud vasco ha presupuestado en este proyecto, que se que irán destinados directa y exclusivamente a las farmacias involucradas en el plan. Para conocer las cifras de ahorro generado al sistema por esta actuación tocará esperar, aunque nadie descarte que sean mayores. Y es que se estima que por cada euro invertido en la farmacia asistencial, se pueden generar 3 euros al sistema, más allá de los cerca de mil millones de euros que se tiran anualmente “por el desague” por los incumplimientos terapéuticos, según siempre denuncia Jesús Gómez, presidente de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (Sefac).

#### EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO AHORRARÍA 2.700 MILLONES DE EUROS

Uno de los mayores problemas que presenta la integración efectiva y colaborativa de la farmacia ambulatoria es la falta de cifras (ahorro) que poner sobre la mesa como credenciales para animar a una mayor apuesta de las Administraciones en sus estrategias en atención primaria.



Uno de los proyectos que ya va con los números por delante es 'conSIGUE', una de las iniciativas 'estrella' del Consejo General de COF. Hasta la propia presidenta del Congreso de los Diputados y ex ministra de Sanidad, Ana Pastor, elogiaba la iniciativa en el acto de entrega de los Premios Panorama del CGCOF el pasado mes de diciembre: "los resultados del proyecto han demostrado que el papel del farmacéutico es mucho más del que se preveía. La prestación por el farmacéutico del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes mayores, crónicos y polimedicados hace que el paciente percibe una mejora de casi siete puntos en su calidad de vida, y eso se debe a las farmacias de nuestro país y sobre todo a los farmacéuticos españoles. En definitiva a un modelo basado en el carácter asistencial y sobre todo en dar respuesta a la sociedad del siglo XXI", indicó la otrora máxima representante de la Sanidad nacional.

Raquel Varas, del departamento de Servicios Asistenciales del CGCOF desgrana para EDS la vida de este proyecto que, en sus credenciales globales, deja entrever que la implantación generalizada del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en la farmacias españolas permitiría generar unos ahorros al sistema de 2.272 millones de euros.

Según recuerda la representante del CCGCOF, el estudio piloto que se llevó a cabo en 2009 en los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Cádiz, Granada y Murcia. Posteriormente, el estudio de impacto se llevó a cabo entre 2011 y 2013 durante 6 meses en los colegios de Guipúzcoa, Granada, Las Palmas y Tenerife para continuar el estudio para la implantación del servicio en otras 12 provincias.

Varas recalca datos obtenidos como "la reducción en un 54,1 por ciento los problemas de salud no controlados, en un 53,1 por ciento los pacientes que acudieron a urgencias o en un 59,8 por ciento los que fueron hospitalizados, además de una reducción media de 0,39 medicamentos por paciente. Todo de prestarse el Servicio al universo de pacientes mayores, crónicos polimedicados". "En la actualidad

seguimos en marcha en otros seis COF generalizando el servicio y utilizando soportes informáticos. Están trabajando 130 farmacéuticos de Santander, Zaragoza, Murcia, León, Toledo y Cáceres", apunta Varas al destacar que entre las principales conclusiones extraídas hasta el momento se observa que "el programa es eficaz en el 90 por ciento de los casos para conseguir que el farmacéutico implante el servicio de SFT".

Ana Pastor: "los resultados del proyecto 'conSIGUE' demuestran que el papel del farmacéutico es mucho más del que se preveía"



## PROTAGONISMO EN LOS CENTROS DE SALUD

Cambia el lugar —de la botica al centro de salud—, pero sin cambiar el nivel (AP) ni el mensaje reivindicativo de integración con afán de sumar y contribuir que se transmite desde la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Esta sociedad celebró, a principios de noviembre en Murcia, su XXII Congreso Nacional bajo el lema 'El farmacéutico de Atención Primaria que necesitan los pacientes y el sistema sanitario' y que buscaba un claro objetivo: colocar al farmacéutico de AP dentro de los centros de salud o centros sociosanitarios e incluirlo en el equipo multidisciplinar.

Durante el Congreso se fomentó una mayor colaboración entre profesionales porque "el futuro pasa por la coordinación y cooperación entre médicos y farmacéuticos para evitar errores y duplicidades a la hora de prescribir y aplicar los tratamientos a los pacientes", sostenía José Manuel Paredero, presidente del Comité Científico quien destacaba que la relación entre estos profesionales es "muy mejorable" porque en determinados ámbitos "estamos en compartimentos estancos".

Mientras tanto, Ángel Mataix, presidente de Sefap incidía en que "lo que queremos desarrollar es el papel clínico del FAP y eso solo se consigue integrándolo en los equipos multidisciplinarios de atención al paciente. En definitiva introduciéndolo en el centro de salud y trabajar codo con codo con médicos y enfermeros. No hay una hoja de ruta establecida, pero donde ya estamos trabajando se demuestra que nuestro trabajo facilita mucho el trabajo del médico".

Mataix echaba la mirada atrás y mantenía que llevan 30 años trabajando en el sistema sanitario. Tres décadas en las que la concepción del farmacéutico de AP ha evolucionado de un controlador del gasto a la percepción que se tiene en la actualidad de un compañero y un profesional sanitario más.

El presidente de Sefap reconocía que uno de los puntos más flojos de la Sociedad es el



conocimiento que tiene el paciente del propio FAP “porque nuestra labor hasta hace poco no ha estado muy orientada hacia él. No hemos trabajado directamente con el paciente así que no nos conoce, por ello estamos trabajando intensamente para que nos conozca”.

Murcia sirvió como escenario del encuentro anual de Sefap y no fue por casualidad. Mataix reconocía que eligieron la Región para darse a conocer ya que en esta Comunidad no hay, como tal, farmacéuticos de atención primaria ya que en su día se integraron en los hospitales. De este modo, la cita resultó ser un completo éxito porque, durante la inauguración, el consejero de Sanidad murciano, Manuel Villegas, anunció que el Servicio Murciano de Salud (SMS) creará el próximo año las primeras plazas de Farmacia de Atención Primaria.

Tal y como señalaba el responsable de la sanidad murciana, el Gobierno regional trabaja en la modificación del Decreto que regula las funciones de esta especialidad y que permitirá la creación de servicios de esta especialidad en diferentes áreas de salud de la Región.

“Hay que potenciar la Atención Primaria, darle herramientas para que sea más resolutiva, encajar adecuadamente todas las piezas del engranaje que conforma el nivel asistencial más importante del sistema sanitario”, destacaba Villegas quien abogaba por “el trabajo, la organización, el diálogo y el consenso, para adoptar medidas que nos hagan avanzar con solidez, reordenando recursos y optimizando la asistencia”.

## La ‘Biblia’ colaborativa de la Atención Primaria

Conforme pasa el tiempo, el farmacéutico muestra cada día mayor interés por fomentar su faceta más asistencial dentro del Sistema Nacional de Salud. Es por ello que, desde diferentes sociedades e instituciones, se muestran muy proclives a impulsar la figura del farmacéutico para que trabaje “codo con codo” con otros agentes sanitarios como, por ejemplo, los médicos. Y es que para que un motor funcione, se necesita el engranaje de todas sus piezas, pues bien, en el ámbito sanitario debe ser igual, por ello se reclama la colaboración y la coordinación entre el médico y el farmacéutico.

A tal efecto, en cuanto a la Atención Primaria se refiere, diferentes sociedades científicas como la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (Sefac), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), la Sociedad española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC) tomaron la iniciativa a principios del mes de noviembre.

Todas ellas se reunieron para dar a conocer el primer modelo consensuado de coordinación para el abordaje del paciente crónico y su mejor atención para “marcar la diferencia”, y es que tal y como remarcan en la introducción de dicho documento, las enfermedades crónicas suponen, en la actualidad, un 90 por ciento de las causas de mortalidad, a diferencia de lo que suponían a principios del siglo XX que significaban sólo un diez por ciento. Este cambio, según los responsables de estas organizaciones implica un enorme reto de adaptación para los servicios sanitarios ya que en España hay 20 millones de pacientes crónicos que suponen el 80 por ciento del gasto sanitario.



El documento de coordinación interniveles está enfocado a generar confianza entre médicos y farmacéuticos a través de unos protocolos de actuación consensuados por ambas partes.

El proyecto implica una cuidadosa planificación y para lograr el éxito es necesario el acuerdo entre profesionales, la formación conjunta interdisciplinar y el desarrollo de las herramientas tecnológicas que sean necesarias y, con todo ello, se busca cumplir unos requisitos establecidos como que sea compatible con el trabajo diario de los profesionales, que sea atemporal y que sea aplicable independientemente de la patología que sufra el paciente.

Asimismo debe ser capaz de promover la comunicación y la confianza entre profesionales y de medir resultados en salud y económicos. También debe integrar a enfermería y a otros profesionales de la atención primaria como es el sector de la enfermería.

Todas las sociedades que suscribieron este documento confían en que constituya un paso adelante en la mejora de la atención integral a los pacientes crónicos y que se convierta en un pilar para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

“Hoy es un día importante porque desde diferentes regiones del país y desde actividades diferentes del ámbito de la atención primaria estamos sumando”, afirmaba Jesús Gómez, presidente de Sefac, quien indicaba que los farmacéuticos comunitarios “utilizaremos este documento como si fuera la Biblia. Vamos a poner en marcha proyectos concretos. Ya hay peticiones, avaladas por médicos y farmacéuticos de distintas CC.AA”.

Gómez aludía al enemigo número 1 del documento, que no es otro que la



Representantes de las cuatro sociedades científicas coincidieron en apuntar que este manual estará abierto a otros profesionales sanitarios como, por ejemplo, los enfermeros.

propuesta de un modelo sociosanitario desde el hospital, tal y como plantean algunas Administraciones. “No hay mayor barbaridad que romper la relación entre el paciente con su médico de AP y su farmacéutico comunitario. Además, abordar la cronicidad desde el hospital conlleva un coste increíble”, advertía.

Por su parte, José Luis Llisterri, presidente de Semergen apuntaba que “es una hoja de ruta estratégica extraordinaria. Este documento plasma las necesidades de cambiar el modelo de AP, hay que ir más allá”. Si bien, Llisterri sostenía que el paciente debe estar incluido en el documento. “Sin las asociaciones de pacientes no podremos avanzar de manera clara porque ellos son los actores principales y nosotros los secundarios”. Otro colectivo al que hacía referencia y

veía imprescindible su inclusión en dicho texto era a los enfermeros. “No pueden no estar en el documento, porque se queda cojo”.

Desde la SEMG, su presidente, Antonio Fernández Pro, destacaba que “lo más importante es que esto es un punto de partida, estamos en la línea de salida y ahora hay que empezar a dar pasos. Estamos haciendo lo que los políticos no han hecho: poner al paciente en el centro del sistema”.

Por su parte, Salvador Tranche, presidente de SemFYC consideraba que este modelo de actuación “va a ser de éxito”. Tranche insistía en que hay que aprovechar el recurso de la extensa red de farmacias y que “es fundamental mejorar el conocimiento de los médicos de familia sobre el trabajo de los farmacéuticos comunitarios y viceversa”.

El primer paso para desarrollar este modelo de coordinación fue analizar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que dicha colaboración interprofesional ofrece y a tal efecto se detalla que, entre los aspectos que dificultan el desarrollo y aplicación de este modelo están las medidas del gasto sanitario que están disminuyendo el margen de beneficios de la farmacia comunitaria. También los recortes, la precariedad e infradotación de la atención primaria desmotivan a los profesionales.

No obstante, entre las oportunidades, se considera que el modelo debe centrarse en las necesidades clínicas del paciente y en la obtención de resultados medibles en salud procurando colaborar en el sostenimiento del sistema sanitario y el control del gasto, así como fomentar la confianza

mutua en la forma de trabajar y abordar al paciente, ya que tanto médicos como farmacéuticos van a ser responsables de su seguimiento. A su vez, la confianza se fomentará a través de formación específica y sesiones clínicas conjuntas que permitan adoptar los mismos objetivos y el mismo lenguaje clínico.

En cuanto a los niveles de actuación se distinguen dos. Por un lado el nivel 1 corresponde a un nivel de pilotajes, actuación local o directa entre un único centro de salud y la farmacia. Mientras, el nivel 2 se corresponde con una implantación apoyada por la Administración. A su vez se incide en dos tipos de intervenciones que pueden ser sobre el tratamiento farmacológico (interacciones y efectos adversos, duplicidades, adherencia terapéutica, etc.) e

intervenciones preventivas y de promoción de la salud como por ejemplo son los cribados y en los que el farmacéutico comunitario puede jugar un papel esencial.

Este texto “pionero” de coordinación médico-farmacéutico analiza los dos requisitos para que dicha colaboración pueda ponerse en práctica. Dos requisitos que tienen que ver con aumentar la confianza entre médico y farmacéutico y con la compatibilidad con la rutina de cada uno de los profesionales. Para ello, el texto recomienda a los profesionales, por ejemplo, tener un primer contacto por correo electrónico o teléfono y concertar posteriormente una cita presencial, aprovechar reuniones de los centros de salud para presentar a los farmacéuticos de la zona o crear comisiones de seguimiento.

El último capítulo del documento versa sobre la redacción de los protocolos y la operativa del modelo, es decir, cómo funcionará la relación en el día a día. A este respecto, las sociedades científicas elaborarán de forma consensuada una propuesta básica de partida que sirva de base para que, posteriormente, puedan ser adaptados y avalados por la Administración e incorporados en las distintas estrategias de salud. Entre los aspectos que deben recogerse en un protocolo deben recogerse la introducción, justificación, objetivos, población diana, actividades formativas o datos de identificación, entre otros.

Este modelo impulsa a la farmacia y al farmacéutico como figuras clave dentro de la atención primaria. Una pieza más que unir al puzzle que sentará las bases para el abordaje multidisciplinar que beneficie al paciente crónico en sus necesidades actuales. ■