

El nuevo rol de la oficina de farmacia en la reconstrucción del Sistema Nacional de Salud



ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Metodología	5
3. Propuesta para el diseño de un programa de colaboración entre la Farmacia Comunitaria y la Farmacia Hospitalaria	8
4. Propuesta para la puesta en marcha de un Programa para el seguimiento del paciente crónico en colaboración con la oficina de farmacia	14
5. Propuesta para la puesta en marcha de un plan para el desarrollo de la farmacia rural	19
6. Propuesta para el análisis de un nuevo modelo retributivo para las oficinas de farmacia	24
7. Conclusiones	26



El nuevo rol de la oficina de farmacia en la reconstrucción del Sistema Nacional de Salud

INTRODUCCIÓN

El Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOF) está considerado como el más antiguo del mundo. En este sentido, el MICOF ha sido pionero en la adopción de medidas en la defensa de los intereses de los farmacéuticos, como la colegiación obligatoria antes del ejercicio.

En los últimos años, el papel del farmacéutico como profesional sanitario y agente de salud de proximidad ha cobrado gran protagonismo en el sistema sanitario.

Las administraciones sanitarias son conscientes de la necesidad de maximizar el valor que, como agentes de atención sanitaria, pueden aportar los farmacéuticos, especialmente en el ámbito de la farmacia comunitaria.

En este marco, el MICOF puso en marcha una reflexión estratégica en el año 2018 con participación de los diferentes colegiados para definir los objetivos sobre los que trabajar de forma específica en su actividad. Fruto de este análisis, el MICOF definió cinco objetivos estratégicos con sus respectivos objetivos específicos para cada uno de ellos.

Objetivos estratégicos del MICOF

1. Mejora de los resultados de salud de los pacientes.
2. Integración del farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud, en las políticas de salud pública y en estrategias sociales.
3. Fortalecer a la farmacia rural para que esta pueda garantizar una atención sanitaria integral en los núcleos amenazados por la despoblación.
4. Desarrollo profesional.
5. Liderazgo institucional.

En la actualidad, la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de maximizar las oportunidades que ofrece el ámbito de la oficina de farmacia para mejorar el acceso a la atención sanitaria y para trabajar por la salud pública.

En este contexto, se han abierto en España importantes debates sobre cómo aprovechar las competencias de los farmacéuticos para contribuir a hacer un sistema sanitario más accesible y contribuir a reducir la presión asistencial generada en el sistema sanitario.

En un momento en el que desde diferentes ámbitos se apuesta por una reflexión profunda acerca de las medidas a adoptar para construir un Sistema Nacional de Salud (SNS) más fuerte y capacitado para hacer frente a los retos que se le presentan, es necesario abordar el rol que los farmacéuticos comunitarios pueden y deben adoptar en esta reconstrucción.

Definir una cartera de servicios de atención farmacéutica, establecer nuevos mecanismos de relación y coordinación con otros profesionales sanitarios y establecer consensos y protocolos de trabajo; puede contribuir a optimizar el control de los pacientes crónicos y conseguir mejores resultados en salud, mejorar la adherencia terapéutica, reducir los problemas relacionados con los medicamentos, o disminuir la presión asistencial especialmente en el ámbito de la Atención Primaria.

Para abordar todos estos retos el MICOE decidió establecer un foro de debate para la generación de conocimiento de calidad, de ideas innovadoras y de consenso para avanzar en estos objetivos; definiendo una hoja de ruta para ponerla en conocimiento de la Administración y los decisores públicos.

METODOLOGÍA

Para abordar estos retos a los que se enfrenta la farmacia comunitaria, el MICOF impulsó la creación de un grupo de trabajo de expertos en diferentes ámbitos relacionados con la práctica farmacéutica. Este grupo contó con la participación de:

- Vicente J. Baixauli. Farmacéutico comunitario, Presidente de SEFAC.
- Bruno Domínguez, Farmacéutico.
- Manuel Escolano. Farmacéutico. Ex Secretario Autonómico de la Conselleria de Sanitat.
- Blanca Marí-Ruano. Farmacéutica.
- José Martínez Olmos. Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Ex Secretario General del Ministerio de Sanidad.
- Enrique Pepiol. Farmacéutico.
- José Luis Poveda. Farmacéutico. Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Universitario y Politécnico de La Fe.
- Elías Ruiz. Farmacéutico. Vocal de la SEFAP.

Este grupo contó durante el trabajo con el apoyo metodológico de la consultora especializada en el ámbito de la Salud, Salud Advisory Partners. Partiendo de la respuesta de un cuestionario previo que fue remitido vía mail, el grupo mantuvo una sesión de debate y puesta en común con el objetivo de priorizar al menos tres estrategias en las que profundizar posteriormente con mayor detalle para determinar un modelo de abordaje liderado por el MICOF, y que puedan ser presentados como proyectos de consenso entre todos los agentes y profesionales sanitarios implicados.

Fruto del trabajo previo realizado por el grupo y la sesión de debate, las diez estrategias a priorizar resultaron:

- Participación del farmacéutico comunitario en el sistema como un agente de Salud Pública (en la matriz, Salud Pública).
- Digitalización e integración en los sistemas de información sanitaria (en la matriz, SSII).
- Protocolizar, evaluar y poner en valor la indicación farmacéutica ante síntomas menores (en la matriz, IF).
- Participación del farmacéutico comunitario en la Atención Primaria (en la matriz, AP).
- Colaboración de la Farmacia Hospitalaria (FH) con la Farmacia Comunitaria (FC) (en la matriz, FH-FC).
- Ampliar la capacidad de actuación del farmacéutico en la OF en beneficio del paciente (en la matriz, capacidad de actuación).
- Mejorar el acceso a los medicamentos (en la matriz, accesibilidad).
- Colaborar en el seguimiento al paciente crónico y/o complejo (en la matriz, paciente crónico).
- Atención farmacéutica domiciliaria (en la matriz, AFD).
- Definir una cartera de servicios específica para las farmacias rurales dentro de un marco de una cartera de servicios general (en la matriz, farmacia rural).

A partir de estas diez estrategias, se pidió a los expertos a través de un cuestionario digital, su valoración de las mismas en relación a 4 dimensiones:

- Beneficios que reportaría la acción
- Dependencia de terceros para llevarla a cabo
- Impacto en la modificación del rol de la FC
- Complejidad para ejecutar la acción.

Fruto de esta valoración, se determinó la siguiente matriz de priorización.

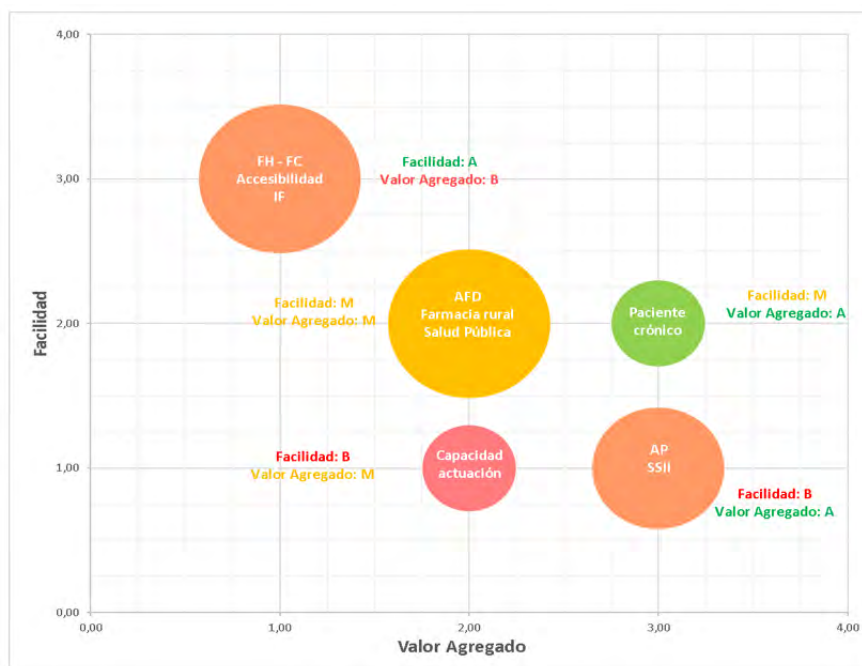


Figura 1: Matriz de priorización de estrategias

Las dimensiones “beneficio, dependencia e impacto” se agruparon en un concepto macro denominado “valor agregado” y se pondera cada una con un porcentaje diferente en función de la relevancia estimada (60% beneficio, 30% impacto y 10% dependencia).

En la matriz se recoge la puntuación obtenida por cada propuesta en “valor agregado” en el eje de las “x” y la puntuación que se otorga en cuanto a facilidad/dificultad de implantación en el eje de las “y” (más arriba más fácil de implementar, más abajo mayor dificultad).

Eliminando aquellas estrategias que los expertos consideraban aportan menos valor, se decidió apostar en este proyecto por; las que pudieran producir una ganancia rápida (quick win), en aquellas estrategias situadas en el medio de la matriz tanto en facilidad de implementación como valor añadido, y aquellas a las que se le ha otorgado un mayor valor añadido para el sistema.

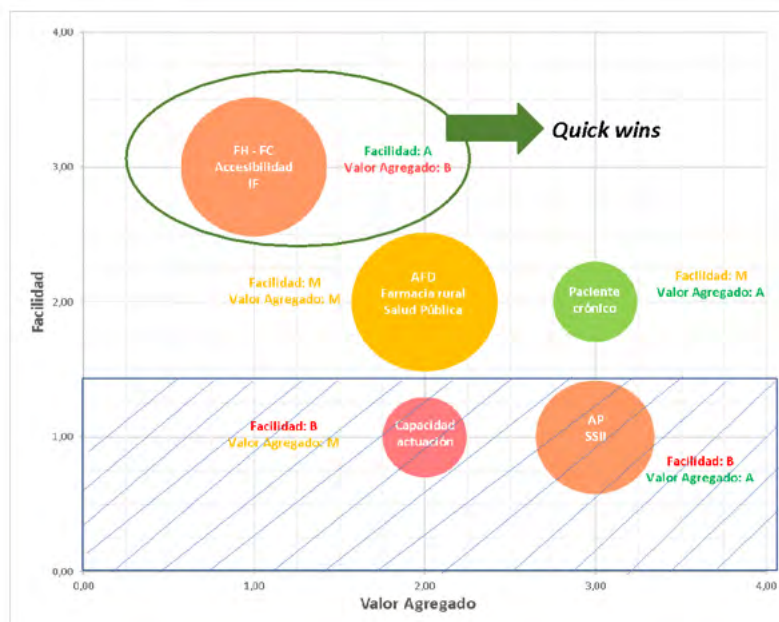


Figura 2: Resultados de la priorización.

En base a este análisis descrito se decidió abordar en detalle:

- ✓ Colaboración entre el ámbito de la farmacia hospitalaria y la farmacia comunitaria y la mejora de la accesibilidad a los medicamentos.

Realmente se trata de agrupar dos propuestas en un solo abordaje, ya que ambas son complementarias y pueden ser tratadas de forma conjunta. El diseño e implantación de un programa piloto para la evaluación de los resultados de la colaboración entre el servicio de FH y la oficina de farmacia, constituye un reto factible que, además, puede reportar beneficios al paciente, evaluables y objetivables.

- ✓ Programa para el seguimiento del paciente crónico

Es la propuesta que cuenta con una mejor puntuación en cuanto al valor agregado. A la facilidad de implantación se le ha otorgado una puntuación media, por estar condicionada a la relación y participación de otros agentes del sector. Aún así, dado el valor añadido que puede aportar, se ha considerado oportuno destacar como una de las propuestas de actuación a llevar a cabo, siendo posible el desarrollo de un programa piloto para la evaluación de resultados y que pueda poner en valor esta contribución de la farmacia comunitaria en el seguimiento de los pacientes y su eventual extensión más allá del piloto.

- ✓ Definición de una cartera de servicios específica para las farmacias rurales.

La necesidad de dotar a las farmacias rurales de una cartera de servicios específica, ha sido una de las propuestas más claramente valoradas por el grupo de expertos. Llegar a un acuerdo de consenso sobre qué debe incluirse en esta cartera de servicios y presentarla posteriormente a las administraciones sanitarias, debe ser uno de los primeros pasos a acometer.

Propuesta para el diseño de un programa de colaboración entre la Farmacia Comunitaria y la Farmacia Hospitalaria

OBJETIVO

Se pretende definir un marco de colaboración entre la Farmacia Hospitalaria (FH) y la Farmacia Comunitaria (FC) para incrementar el beneficio al paciente a través de; la mejora en la accesibilidad a determinados fármacos, la atención farmacéutica, el seguimiento farmacoterapéutico o la conciliación de la medicación, entre otros aspectos.

Actualmente el sistema sanitario vive un momento de cambio en los roles de la organización y de los hospitales. En este cambio de roles, el papel del farmacéutico comunitario debe evolucionar, siempre teniendo en cuenta que en esta transformación el foco está en el paciente y no en el medicamento.

Recientemente, a finales del año 2020, la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, AIReF, publicó su informe *Spending review*¹ sobre el gasto hospitalario en el Sistema Nacional de Salud (SNS). En este informe se proponen un conjunto de recomendaciones para hacer más eficiente el gasto hospitalario, especialmente, el gasto farmacéutico. Entre las medidas propuestas, se propone definir y establecer un marco regulador específico del procedimiento y operativa para la prestación farmacéutica al paciente externo, así como un protocolo claro de dispensación y de acercamiento de la medicación a estos pacientes externos. Para alcanzar este objetivo, disponer de cauces de comunicación y coordinación entre el ámbito de la FH y la OF resulta indispensable.

En este marco, el grupo de trabajo reunido por el MICOV ha tratado de reflexionar sobre de qué forma lanzar un proyecto en el ámbito de la provincia de Valencia que profundice en este objetivo.

SUB-GRUPO DE TRABAJO

Para el abordaje de esta propuesta se constituyó un subgrupo de trabajo a partir del grupo *core*. Este subgrupo ha estado formado por:

- Blanca Marí-Ruano
- Manuel Escolano
- Bruno Domínguez
- Jose Luis Poveda Andrés
- Vicente J. Baixauli

¹ Disponible en: <https://www.airef.es/es/spending-review-estudio-gasto-hospitalario-sistema-nacional-salud>

PROPUESTA DE ACTUACIÓN: HOJA DE RUTA

1. Definición del protocolo a seguir para la acreditación de las oficinas de farmacia participantes en el programa.

La puesta en marcha de un nuevo modelo de oficina de farmacia (OF) acreditada para la prestación de servicios de carácter más asistencial supone un cambio de paradigma, en el que no todas las farmacias van a ofrecer las mismas prestaciones, sino que generarán diferente valor en función de las características de cada una de ellas.

Sin embargo, es importante garantizar el principio de igualdad de oportunidad para todas las OF, para que se adhieran voluntariamente a un programa de estas características. Los pasos a dar, en opinión de los expertos participantes en este trabajo serían:

- **Información.** Informar a las farmacias sobre el programa a poner en marcha y difundir el protocolo desarrollado por el MICOE, de forma que cada uno de los establecimientos pueda declarar su voluntad de adherirse o no al mismo.
- **Revisión de requisitos.** Una vez manifestada la voluntad de participar en el programa, debería llevarse a cabo por parte del MICOE, una verificación de requisitos que la OF debe cumplir:
 - Compromiso manifiesto de la farmacia para trabajar con pacientes con el objetivo de mejorar sus resultados en salud.
 - Contar con una zona de atención individualizada específica para garantizar la intimidad de los pacientes.
 - Desarrollar por parte del MICOE un programa de formación y acreditación de los profesionales.
 - Disponer de los medios técnicos y/o tecnológicos necesarios para la prestación del servicio.
- **Formación.** Establecer y desarrollar el plan formativo tanto para profesionales (indicado anteriormente) como para los pacientes asignados que vayan a participar en el programa.
- **Comunicación.** Es necesario disponer de sistemas de comunicación directa entre los profesionales y sus lugares de trabajo

2. Selección de pacientes candidatos a participar en el programa.

Para llevar a cabo la selección de pacientes que puede ser candidatos a beneficiarse de este programa se propone, por parte del panel de expertos, tomar como ejemplo el trabajo desarrollado por parte de la SEFH a través del Modelo de Selección y Atención Farmacéutica a Pacientes Crónicos o el Modelo de estratificación y atención farmacéutica para pacientes con enfermedades inmunomediadas (MAPEX)².

Estos modelos pretenden establecer el marco y las actuaciones que permitan a los farmacéuticos anticiparse a las necesidades de los pacientes, con el fin de contribuir a la consecución de resultados en salud y a la sostenibilidad del sistema.

Para ello, se propone estratificar a los pacientes en relación a su riesgo de morbilidad farmacoterapéutica y desarrollar modelos de atención farmacéutica en función del riesgo potencial identificado.

² Disponible en: <https://gruposdetrabajo.sefh.es/gteii/images/mapex-documento-pdf.pdf>

Por lo tanto, y recogiendo la experiencias trabajadas anteriormente, se propone llevar a cabo una clasificación de los pacientes en base a tres niveles de riesgo potencial identificado:

- Pacientes nivel 1: pacientes con riesgo global elevado.
- Pacientes nivel 2
 - Prioridad A: en función del riesgo sociosanitario.
 - Prioridad B: en función del riesgo de la medicación.
- Pacientes nivel 3: crónicos.

Esta segmentación se basa en un algoritmo de puntuación muy sencillo que incorpora las variables relevantes en la estratificación (demográficas, sociosanitarias, estado cognitivo y funcional, condiciones clínicas y de utilización de servicios, relacionadas con el tratamiento, etc.). En función de la valoración de cada uno de estos ítems se consigue una puntuación global, que se corresponde con alguno de los niveles anteriormente indicados, en función del riesgo del paciente. Cada nivel a su vez lleva asociado un modelo de atención diferenciado.

El modelo desarrollado por parte de la SEFH³ se encuentra ya validado y puede constituir, por lo tanto, un punto de partida, para llevar a cabo una selección de qué pacientes pueden beneficiarse de este programa y, a su vez, establecer una segmentación de los mismos.

La estratificación de los pacientes se llevaría a cabo en el entorno de los pacientes externos del servicio de Farmacia Hospitalaria y aquellos pacientes clasificados en el nivel 3 de riesgo, serían los candidatos a ser derivados al ámbito de la farmacia comunitaria. Este colectivo constituye el grupo más numeroso, oscilando entre el 65% y el 80% de los pacientes externos del servicio de farmacia hospitalaria en los centros hospitalarios⁴.

El modelo de estratificación de los pacientes no es algo que se mantenga invariable en el tiempo. Su clasificación debe ser flexible y revisable en el tiempo en función de las características que el paciente presente en cada momento. La OF debe también adaptar sus procesos a esta variabilidad.

3. Puesta en marcha de un programa piloto con un grupo terapéutico

Basándonos en la estratificación de pacientes llevada a cabo en base a los criterios expuestos, es posible una identificación exacta de pacientes, lo que es el primer paso para poder poner en marcha un programa piloto que evalúe los beneficios de un programa de estas características.

Para poder poner en marcha un piloto de forma rápida, en el que estén claramente identificados no sólo los pacientes a incorporar sino también establecer de forma clara los protocolos a establecer en el seguimiento compartido de los mismos, los miembros del panel consideran oportuno empezar por un ámbito terapéutico en concreto.

Como inicio se proponen dos ámbitos en los que sería sencillo poner en marcha el programa piloto: los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral para la infección por VIH o los pacientes afectados por patologías inflamatorias inmunomediadas (IMID).

En el caso de pacientes infectados por VIH será necesario que las farmacias que participen en el programa piloto presten especial atención al acondicionamiento de los establecimientos para el respeto a la intimidad y confidencialidad de los pacientes.

³ Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/index.php>

⁴ SEFH. Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas. Disponible en: <https://gruposdetrabajo.sefh.es/gteii/images/mapex-documento-pdf.pdf>

4. Definición del alcance del programa

✓ Seguimiento farmacoterapéutico

Entre los principales valores añadidos que se pueden aportar desde la Farmacia Comunitaria en este manejo coordinado de los pacientes crónicos, se encuentra el seguimiento farmacoterapéutico. Entre las tareas a llevar a cabo se proponen:

- Revisión y conciliación del tratamiento pautado así como la vigilancia de medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.).
- Vigilancia de posibles interacciones.
- Control de la adherencia y desarrollo de intervenciones específicas orientadas a mejorarla en pacientes que lo necesiten.
- Seguimiento adaptado a las necesidades del paciente y coordinación con el servicio de Farmacia Hospitalaria del centro de referencia del paciente y el servicio de Farmacia de Atención Primaria.

✓ Mejora de la accesibilidad de los fármacos

Como se ha señalado ya anteriormente, la AIReF ha recomendado que, en ciertas circunstancias, se pongan en marcha sistemas de acercamiento de la medicación al paciente con el objetivo de disminuir el flujo de pacientes al ámbito hospitalario y minimizar sus desplazamientos al centro.

En el propio informe, se propone explorar vías como:

- La entrega domiciliaria, lo que no permitiría una atención farmacéutica que acompañe al proceso de la dispensación
- La dispensación en otros centros sanitarios públicos como los centros de Atención Primaria, aunque esta situación generaría una presión asistencial aún mayor y habría que pensar cómo gestionarla.
- La dispensación en oficinas de farmacia, para cuya evaluación se propone la puesta en marcha de este programa piloto.

En definitiva, la colaboración entre la FH y la OF debe verse como una oportunidad para mejorar el acceso a los fármacos de dispensación hospitalaria en beneficio del paciente.

✓ Educación terapéutica, formación e información a los pacientes

El farmacéutico es un profesional sanitario con los conocimientos y habilidades adecuados para poder ejercer con los pacientes una labor de formación y educación sanitaria que debe ser aprovechada por el sistema. En este sentido, se propone incorporar a la cartera de servicios de este programa:

- Educación y promoción de la importancia de la adherencia a tratamientos en los resultados en salud.
- Información y resolución de dudas relacionadas con el tratamiento.
- Educación sanitaria en materia de hábitos de vida saludable.

5. Identificación de las herramientas necesarias para la puesta en marcha

Las herramientas tecnológicas de coordinación y de comunicación entre el ámbito de la FH y la OF son necesarias en la implementación de un programa piloto para la coordinación entre ambos espacios. La capacidad técnica existente en la actualidad no es una limitación para poder implementar estas herramientas, ya que prácticamente todos los sistemas pueden hacerse compatibles e integrables.

Como paso necesario para el desarrollo tanto de este programa como, en general, de la faceta asistencial de la farmacia comunitaria, es necesario establecer los mecanismos adecuados para que, desde el ámbito de la farmacia comunitaria, pueda accederse a la información clínica necesaria que permita hacer efectivo este seguimiento conjunto de los pacientes.

Yendo un paso más allá, sería conveniente crear la historia farmacoterapéutica de cada paciente, compatible con la historia clínica electrónica. De hecho, en la actualidad, existe ya un modelo de historia clínica farmacoterapéutica única desarrollada con las sociedades científicas, y presentada por la Dirección General de Farmacia, un proyecto que podría retomarse para ser activado.

Mientras tanto, el programa de receta electrónica podría ser una herramienta que sirviera como punto de partida, aunque originariamente no haya sido concebida para la comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales.

Esta comunicación y este acceso compartido a la información, también puede ayudar a reducir la carga administrativa que en este momento recae sobre las consultas médicas de AP. Es posible que existan muchas tareas que se puedan derivar, previa protocolización, hacia otros profesionales, y que permitan al médico centrarse principalmente en la actividad clínica y asistencial.

6. Desarrollo del piloto, evaluación y presentación de resultados

Para la puesta en marcha de este programa piloto será necesario el desarrollo de un conjunto de protocolos estandarizados y consensuados entre todos los agentes implicados, de forma que toda la actividad llevada a cabo por las diferentes OF que participen en el programa respondan a unos mismos criterios de equidad y calidad.

1. Definición del protocolo de la entrevista tipo para el seguimiento terapéutico.

Para la realización de un seguimiento correcto de la seguridad y la efectividad desde la OF, es necesario establecer una serie de entrevistas de control que deben estar protocolizadas y en las que deberá incorporarse un listado de verificaciones a realizar con el paciente que permitan comprobar que el medicamento está siendo efectivo y que el tratamiento es seguro. Los resultados obtenidos de estas entrevistas deben ser oportunamente registrados.

Asimismo es necesario indicar los parámetros en los que se entiende que el paciente está bajo control, y más allá de cuáles se deben generar alertas. Esto exige a su vez, el desarrollo de protocolos de comunicación y derivación al servicio de FH.

2. Estandarización de la dispensación informada.

En cuanto a la dispensación de determinados fármacos en el ámbito comunitario, será necesario desarrollar, a través de grupos focalizados en diferentes patologías y grupos terapéuticos, procedimientos normalizados de trabajo (PNT) consensuados, en los que se estandarice cómo llevar a cabo esta dispensación informada y en la que se detalle qué

indicadores y registros deben recogerse. Este trabajo debe ser desarrollado por parte de las Sociedades Científicas y las organizaciones colegiales. Estos procedimientos ya están muy desarrollados en algunos hospitales para el seguimiento de sus pacientes externos, por lo que todo este trabajo ya realizado debe aprovecharse con el objetivo de acelerar la puesta en marcha del programa piloto.

Ante la puesta en marcha del mismo, debe contemplarse la medición de unos indicadores que permitan una evaluación de los resultados del programa, para que se pueda valorar, por parte de la Administración Sanitaria, la potencial extensión de este programa al conjunto de la provincia, la Comunidad Autónoma y, en última instancia, al SNS en su globalidad.

Propuesta para la puesta en marcha de un programa de seguimiento al paciente crónico con participación de la Farmacia Comunitaria

OBJETIVO

El paciente crónico suele ser un paciente polimedcado, que requiere un seguimiento específico. Para ello, la OF está muy bien posicionada gracias a la

cercanía y proximidad al paciente que posibilita muchas ocasiones de interacción que se convierten en oportunidades para llevar a cabo una revisión de la adherencia al tratamiento, resolución de dudas, monitorización del grado de control de la enfermedad o de la presencia de efectos adversos, entre otras tareas.

Asimismo, actuar en los primeros estadios de la cronicidad, puede contribuir a la prevención del agravamiento de esta, ya que interviniendo en el debut de las patologías es posible evitar complicaciones posteriores.

Ante la detección de cualquier signo de alarma, el farmacéutico debe tener la capacidad de hacer una derivación rápida y protocolizada del paciente a su médico.

La necesidad de mejorar el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes crónicos es un hecho. Según un análisis llevado a cabo recientemente en el área de salud Clínico-Malvarrosa sobre el uso de los antidiabéticos, pudo comprobarse que prácticamente el 50% de los pacientes presentan unos valores de hemoglobina fuera de los niveles ajustados a un control adecuado de la enfermedad. Este hecho no sólo supone un riesgo para el paciente, sino también un uso inadecuado de los recursos del sistema, ya que no debe olvidarse que los tratamientos para la diabetes suponen un 10% del gasto farmacéutico total. Probablemente, si este análisis se llevara a cabo con otros grupos terapéuticos, podría comprobarse situaciones similares.

El grupo de trabajo ha considerado que, sólo con la puesta en marcha de un sencillo protocolo en el momento de la dispensación, que permitiera llevar a cabo una serie de controles por parte de las OF, ayudaría a generar unas mejoras significativas en términos de resultados en salud, y eficacia y eficiencia del sistema sanitario.

SUB-GRUPO DE TRABAJO

Para el abordaje de esta propuesta se constituyó un subgrupo de trabajo a partir del grupo *core*. Para complementar los perfil representados en el grupo original, se consideró adecuado incorporar la visión de todas las profesionales sanitarias que intervienen en la atención al paciente crónico, sumando al grupo de trabajo a la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen) y al Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). Este subgrupo ha estado formado por:

- Vicente J. Baixauli, farmacéutico comunitario.
- Manuel Escolano, farmacéutico.
- Blanca Marí-Ruano, farmacéutica.

- Rafael Mico, Médico Especialista en Medicina de familia. Vicepresidente Primero de SEMERGEN.
- Enrique Pepiol, farmacéutico.
- Elías Ruiz, farmacéutico.
- Juan José Tirado, enfermero. Presidente de CECOVA.

PROPUESTA DE ACTUACIÓN: HOJA DE RUTA

1. Definición del alcance

- Control de la adherencia y del cumplimiento terapéutico

Para el control de la adherencia existen una serie de herramientas que permiten su abordaje, en función de distintos perfiles de pacientes.

- Sistemas de recordatorios telefónicos o de cualquier otro tipo que puedan resultar eficaces.
- Sistemas personalizados de dosificación (SPD). Los SPD son un tema de interés para las OF y por ello, se han elaborado distintos documentos recientemente^{5,6} en los que se abordan algunas de las cuestiones de mayor interés en la puesta en marcha de los SPD tales como el consentimiento informado de los pacientes, las responsabilidades por parte del profesional, las garantías sobre información o identificación del medicamento; etc.
- Entrevista clínica y educación sanitaria.

- Seguimiento farmacoterapéutico

Muy vinculado al seguimiento del cumplimiento terapéutico, a través de la entrevista de atención farmacéutica es posible detectar dudas o problemas generados por el tratamiento. El farmacéutico puede detectar estas situaciones y derivar al paciente a su médico o enfermera, según el tipo de atención o aclaración que se precise.

- Detección de alertas

Los distintos profesionales sanitarios, con el seguimiento y coordinación adecuados, pueden dar respuesta a las necesidades de pacientes con situaciones complejas derivadas de la cronicidad, pluripatología, fragilidad o el envejecimiento.

2. Selección de pacientes candidatos a incorporarse al programa

La identificación de los pacientes susceptibles de recibir un seguimiento adicional por parte de la OF, debería llevarse a cabo por parte de los profesionales sanitarios de los centros de salud. En todo caso, también desde la propia OF pueden detectarse usuarios que, por sus características clínicas, sociales o demográficas; precisen de este seguimiento compartido entre el centro de salud y la OF.

⁵ Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia. Servicio de elaboración y provisión de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD). Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia. Año 2018.

⁶ Martín Oliveros A, Aliaga Gutiérrez L, Abadías Guasch M, Iracheta Todó M, Olmo Quintana V. Documento de consenso sobre el uso de los sistemas personalizados de dosificación (SPD). Madrid: SEFAC-SEMERGEN; 2020.

A priori, las características que determinarían el grupo de pacientes que podrían ser inicialmente candidatos a incorporarse a un programa piloto de seguimiento compartido entre el centro de salud y la OF serían:

- Pacientes crónicos, fundamentalmente con enfermedades de elevada prevalencia como hipertensión, diabetes, enfermedades respiratorias (asma y EPOC), afectación de la salud mental, dolor crónico, insuficiencia renal, etc.
- Pacientes que debutan con síntomas que probablemente deriven en una enfermedad crónica prevalente (hipertensión, hiperglucemia, etc.)
- Paciente de edad avanzada
- Paciente pluripatológico
- Pacientes polimedicados o con medicación de dispensación hospitalaria candidatos a seguimiento compartido entre la FH y la OF.
- Pacientes con problemas cognitivos o físicos que impidan o pongan en riesgo el cumplimiento terapéutico.

3. Instrumentos y actuaciones necesarias para la implantación de un programa piloto

- **Implicar a la Administración sanitaria**

Como punto de partida, será necesario involucrar a la Administración en la puesta en marcha de un programa piloto de estas características. Esta implicación se debería vehiculizar a través de la firma de un convenio que, aunque liderado por la propia administración sanitaria, incluya a todos los agentes que deben participar, de forma coordinada, en la implementación del programa.

En esa fase es fundamental poder explicar y compartir el proyecto con los distintos agentes implicados, aprovechando estructuras existentes como los consejos de salud. Asimismo, el respaldo e implicación de los pacientes y usuarios será desde el principio un aspecto muy importante para conseguir hacer frente a las potenciales resistencias que el proyecto pueda suscitar entre algún colectivo.

En esta primera fase de definición del alcance del programa, será especialmente relevante la selección del área o zona básica en la que se va a llevar a cabo esta implantación. En este punto, la participación de la Administración será muy relevante. A priori se estima conveniente elegir una población pequeña pero que abarque una muestra suficientemente significativa o representativa para la posterior extrapolación de resultados.

- **Determinar los protocolos de actuación consensuados**

Para la puesta en marcha de un programa piloto que evalúe la utilidad del seguimiento compartido de los colectivos de pacientes señalados, es necesaria la determinación de unos protocolos multidisciplinares y consensuados entre el ámbito de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria.

Para ello sería conveniente establecer un grupo de trabajo en el que pudieran participar SEMERGEN, SEFAC, SEFAP, la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) y el MICOE y trabajar en unos protocolos de actuación en función para cada proceso o patología, en los que se consensue la contribución de cada profesional que intervenga, en el seguimiento del mismo.

Asimismo deberán determinarse qué signos de alerta debe vigilar el farmacéutico de la OF en cada caso y establecer los cauces de comunicación y derivación adecuados.

Junto con los protocolos de actuación, este grupo debería trabajar en:

- **La definición de las expectativas**, de lo que se espera conseguir de esta colaboración entre el equipo asistencial y la OF, tanto por parte de los profesionales sanitarios que intervienen, como por parte del paciente.
- **Roles y procedimientos** que deben guiar este seguimiento conjunto y que deben asegurar la equidad y la calidad del procesos.
- **Cómo informar al paciente y recoger su consentimiento** a través de un acuerdo verbal, en el que el paciente exprese su deseo y consentimiento de que el farmacéutico le brinde una ayuda adicional para llevar correctamente su tratamiento y mejorar en su enfermedad.

■ Disponer de sistemas de comunicación

Como se ha señalado ya anteriormente, protocolizar cauces de comunicación fluidos entre el ámbito asistencial y la OF es un aspecto clave para que la farmacia comunitaria pueda desarrollar su vertiente asistencial y participar en el seguimiento a los pacientes.

En este sentido, deben establecerse dos tipos de herramientas de comunicación entre los profesionales del centro de salud y los profesionales de la OF:

- **Comunicación directa para cuestiones asistenciales** y decisiones clínicas. Son aquellas herramientas que se emplean en la telemedicina y las tele-consultas y que su uso puede hacerse extensivo a la OF como un complemento a la asistencia.
- **Comunicación directa de cuestiones de tipo administrativo**, muy recurrentes para trámites. Estas herramientas no tienen porqué implicar al facultativo, si no que se pueden gestionar a través de otros profesionales, de forma que contribuyan a rebajar la presión asistencial en las consultas médicas.

■ Formación a los profesionales participantes

En un sistema de atención sanitaria integrado debería darse una actuación coordinada entre los centros sanitarios de Atención Primaria y las oficinas de farmacias. Ambos ámbitos comparten objetivos en los diferentes planes de salud, pero sin embargo, en la práctica, el potencial de las OF como agentes de salud no es contemplado en estos planes.

Para conseguir un seguimiento coordinado de los pacientes crónicos, debe existir una formación común, con el liderazgo del centro de salud, en la que participen todos los profesionales que colaboran en el seguimiento de los pacientes. La formación común permitirá compartir objetivos de salud, unificar criterios y evitar la variabilidad en la comunicación con el paciente.

4. Evaluación de resultados

Como en cualquier programa piloto, la evaluación de un número de indicadores fijados de antemano es indispensable para poder evaluar la eficacia y los resultados alcanzados con la iniciativa.

Junto con un conjunto de indicadores, que debe ser no muy amplio y fácil de medir y registrar, se considera adecuado poner en marcha unas encuestas de satisfacción, tanto para los pacientes como para los profesionales involucrados.

La monitorización periódica de estos indicadores permitirá evaluar los resultados del programa piloto así como establecer una evaluación continua que permita corregir desviaciones, detectar áreas de mejora y establecer los cambios oportunos y sinergias de colaboración entre profesionales.

Dentro de la oportunidad que abre esta colaboración de las OF en el seguimiento del paciente crónico, se propone llevar un registro de datos fármaco-epidemiológicos, que permitan, en patologías prevalentes o grupos terapéuticos, conocer que tipo de fármacos se dispensan, con el fin de plantear mejoras en la propia prescripción, o establecer alertas o alarmas sobre usos inadecuados o efectos adversos.

Propuesta para la puesta en marcha de un plan para el desarrollo de la farmacia asistencial en el ámbito rural

OBJETIVO

La situación de la llamada España vaciada y sus necesidades sociales y demográficas es una realidad que centra la atención de los gestores públicos. En este entorno, la farmacia rural juega un rol fundamental en la prestación de servicios sanitarios a la población, llegando a ser, en muchas pequeñas localizaciones, el único agente sanitario.

Por este motivo, este grupo de trabajo pretende plantear un nuevo marco de actuación para las farmacias rurales, definiendo una cartera de servicios específica que contemple las características y necesidades especiales del entorno en que desarrollan su actividad y las necesidades específicas de la población a la que atienden.

El momento actual es propicio para incidir en esta línea estratégica y trabajar para conseguir los cambios y las mejoras necesarios que favorezcan el papel insustituible de la farmacia rural en estas localidades.

SUB-GRUPO DE TRABAJO

En el debate y propuesta de actuaciones para este nuevo marco de actuación para la farmacia rural han contribuido:

- Bruno Domínguez
- Pepe Martínez Olmos
- Rafael Micó: Medicina de Familia SEMERGEN
- Elías Ruiz
- Enrique Pepiol

PROPUESTA DE ACTUACIÓN: HOJA DE RUTA

Para la puesta en marcha de un proyecto piloto que evalúe la viabilidad de dotar a las farmacias situadas en entornos rurales de una cartera de servicios específica que pueda ofrecer un mejor servicio a los ciudadanos; es necesario partir de un análisis de las necesidades a atender. De forma resumida, los expertos han destacado como factores diferenciales a ser tenidos en cuenta:

- Núcleos poblacionales pequeños y dispersos.
- Características demográficas de la población; en general de edad avanzada y por tanto con mayor presencia de cronicidad y pluripatología.
- Acceso limitado a todo tipo de servicios, en concreto, asistenciales. En muchas poblaciones sólo se dispone de asistencia médica por la mañana y a veces no todos los días de la semana.

Ante estas necesidades, la variabilidad de las situaciones a las que se enfrentan en su día a día las farmacias en el entorno rural, requiere un abordaje específico, que tiene que pasar por una relación-comunicación-coordinación muy fluida con el centro de asistencia sanitaria más próximo, tanto el consultorio de referencia como el punto de atención continuada (PAC).

La puesta en marcha de un programa de estas características mejorará la equidad en el acceso a los servicios sanitarios y la calidad de la prestación a las poblaciones rurales.

1. Definición de la cartera de servicios

La definición de la cartera de servicios debe llevarse a cabo teniendo en cuenta las necesidades descritas anteriormente y siendo consciente que, para estos entornos excepcionales y con la intención de compensar esta situación y mejorar la prestación de servicios, se deben buscar soluciones excepcionales.

- Seguimiento farmacoterapéutico y de la adherencia.
- Acceso a prescripciones de urgencia por vía telemática fuera de los horarios de atención sanitaria, para eventos agudos sencillos que requieran tratamiento inmediato (por ejemplo: infecciones de orina, flemones, etc.) que posibiliten el acceso a tratamientos dispensados con la preceptiva receta.
- Acceso a medicación de dispensación hospitalaria en un entorno de proximidad para el paciente (ver propuesta para la coordinación entre FH y FC)
- Atención farmacéutica domiciliaria.
- Formación, información y apoyo a familiares y cuidadores.
- Cribado de enfermedades (VIH, covid-19...)
- Punto de acceso a dispositivos para emergencias (desfibrilador, etc...)
- Revisión de botiquines
- Determinación de parámetros clínicos (glucemia, colesterol, etc.)

En todo caso, la cartera de servicios deberá adaptarse en cada caso a las características concretas de la población en la que se prestan los servicios.

2. Selección de farmacias candidatas a formar parte del programa

Como ya se ha puesto de manifiesto, ni las necesidades de la población en estas áreas rurales ni las características y capacidades de todas las OF son las mismas.

Por ello, a la hora de llevar a cabo la selección de las farmacias que pueden prestar esta cartera de servicios, entendida como un eslabón más de la prestación asistencial, se debería trabajar en los criterios para la selección de establecimiento pero también en una gradación de los servicios que se puede prestar por parte de estas, desde las prestaciones más básicas a las más avanzadas.

Para la puesta en marcha de un programa piloto que sirva para testar la eficacia de este programa, se considera prioritario establecer una variable principal: la proximidad y el acceso al sistema sanitario.

Para definir un modelo de valoración que ayude a determinar en qué municipios sería necesario ampliar los servicios asistenciales de la OF, deberían tenerse en cuenta distintas variables relevantes y combinarlas de forma ponderada. Estas variables tendrían que valorar:

- Características demográficas: tamaño de la población, problemas de movilidad, complejidad clínica de la población, etc.
- Oferta de servicios sanitarios y asistenciales de atención familiar y continuada: disponibilidad de servicios asistenciales diarios o en días concretos a la semana.
- Facilidad en el acceso a los servicios sanitarios: proximidad al centro de salud, al PAC, distancia al hospital más próximo, etc.

3. Instrumentos necesarios para la puesta en marcha de un programa piloto

■ Herramientas

Las herramientas necesarias para poder desarrollar una práctica asistencial en las OF en el ámbito no urbano están, en esencia, disponibles. La apuesta por esta nueva modalidad asistencial de la OF debería suponer por un lado, la convicción en la importancia de su desarrollo y por otro, una puesta a disposición de los profesionales que deben emplearlas.

A continuación se recogen las herramientas destacadas como necesarias por parte del grupo de expertos:

- Establecer **circuitos de comunicación y colaboración** entre el centro asistencial (centro de salud o consultorio) y la OF en remoto; como el teléfono, correo electrónico, videoconferencia o apps; que permitan consultas rápidas para resolver situaciones puntuales de los pacientes en base a unos protocolos específicos establecidos por consenso entre ambas partes.
- Definir **protocolos de seguimiento a los pacientes** para procesos crónicos a través de programas de salud para el seguimiento de la hipertensión, la diabetes, de efectos adversos de tratamientos, de pacientes polimedcados, etc. en colaboración con los demás profesionales sanitarios.
- Facilitar el **acceso a la información clínica necesaria** para poder compartir el seguimiento de los pacientes con el equipo asistencial de Atención Primaria.
- Poner a disposición de los profesionales participantes la **formación necesaria** para conocer los protocolos y herramientas vinculados a la implantación del programa.
- Disponer de **material informativo para pacientes** acerca de los programas y de los servicios a prestar en el entorno de la OF.
- Facilitar a los profesionales de las OF el **acceso a la tecnología necesaria para el seguimiento al paciente crónico**, en base a los protocolos y procesos establecidos.

■ Manejo de las resistencias al cambio

Ante todo cambio o evolución de un modelo tradicional y asentado como el modelo de atención farmacéutica, deben preverse posibles resistencias al cambio o barreras para la implantación y desarrollo del nuevo escenario.

En este caso, con el grupo de trabajo se han analizado algunas de estas posibles barreras y cómo hacerles frente.

- **Barreras de tipo normativo**, por ejemplo, para permitir el acceso a la información clínica necesaria y que la OF pueda acceder a ella de manera regulada.

- **Barreras de tipo institucional**, en el caso de que no se obtuvieran los **apoyos necesarios por parte de la administración** para favorecer estas nuevas funciones. Los colegios profesionales deberán aportar argumentos objetivos basados en datos y evidencias que apoyen esta estrategia. Para el arranque del proyecto piloto se recomienda establecer un **convenio de colaboración** con la administración sanitaria.
- **Barreras por parte de otros colectivos profesionales**. Por este motivo, la información y comunicación que incida en la oportunidad de aportar soluciones y ventajas para el paciente es un aspecto clave.
- **Barreras ligadas a la necesidad de recursos adicionales**. Es necesario abordar cómo poner en marcha un nuevo sistema retributivo para las OF. Más adelante se dedica un apartado de este documento específicamente a este aspecto.
- **Barreras de tipo social**, ante la potencial percepción de la población de que el farmacéutico no pueda prestar ciertos servicios. Por ello es necesaria la actividad informativa a pacientes y familiares. Se deberán realizar campañas informativas.

■ Definición de protocolos de coordinación

Para la implantación y desarrollo de la cartera de servicios descrita será necesario establecer unos protocolos para la coordinación entre los distintos niveles asistenciales así como entre los diferentes profesionales sanitarios. Estos procesos deberán ser consensuados entre los agentes intervinientes y recogidos por las guías de práctica clínica. Los procesos deben tener en cuenta la necesidad de coordinación y comunicación entre los siguiente actores:

- **Farmacia hospitalaria:**
 - Protocolos de uso de medicamentos de diagnóstico hospitalario (DH).
 - Protocolos de envío, dispensación y recogida de DH no utilizados.
 - Protocolos de seguimiento de DH dispensados en la OF.
- **Farmacia comunitaria:**
 - Participación/información de las revisiones farmacoterapéuticas a realizar.
 - Información del seguimiento compartido y mensajes unificados.
 - Colaboración en el seguimiento de algunos pacientes que necesitan especial vigilancia.
 - Elaboración de campañas informativas conjuntas. Protocolos de colaboración en la detección y comunicación de aspectos relacionados con la medicación (dudas respecto a la eficacia, efectos adversos, etc.)
- **Centros de Atención Primaria:**
 - Protocolos conjuntos con médicos y enfermería de AP.
 - Protocolos para la prescripción de urgencia.
- **Centros sociosanitarios:**
 - Protocolos para el uso de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD).

- Colaboración con farmacias de AP y profesionales sanitarios para la implantación y aplicación de guías farmacoterapéuticas específicas en las residencias.
- Otros, especialmente relevantes en entornos rurales.
 - Coordinación con las asociaciones de pacientes.
 - Coordinación con los ayuntamientos y recursos municipales.

En resumen, se trata de integrar a la OF en el funcionamiento normal del sistema de salud, que actualmente funciona de una manera independiente a la actuación de la OF.

Finalmente, en la definición de procesos debe tenerse en cuenta la necesidad de definir unos indicadores sobre los que recoger y registrar información, que permita un seguimiento de resultados para llevar a cabo posibles modificaciones e introducir mejoras y, posteriormente, llevar a cabo una valoración de los resultados obtenidos para poder extender el modelo más allá del piloto.

Los indicadores a evaluar deben aportar información sobre:

- Mejora de la salud de los pacientes.
- La satisfacción de los pacientes.
- Indicadores económicos: ahorros y eficiencia del sistema.
- El retorno social generado.

4. Propuesta de retribución específica

La puesta en marcha de un nuevo modelo de atención farmacéutica con una mayor participación en la prestación asistencial debe llevar aparejado un análisis y propuesta sobre el modelo de retribución de las OF.

Este nuevo modelo debe estar vinculado a la prestación de servicios, que será diferente en relación de las capacidades y funcionalidad de las diferentes OF y, por lo tanto, será más complejo que la aplicación de un margen por la custodia y dispensación del precio de los medicamentos.

En el siguiente apartado se aborda este aspecto con mayor detenimiento.

Propuesta para el análisis de un nuevo modelo retributivo para las oficinas de farmacia

Entre las lecciones aprendidas que ha dejado la crisis sanitaria generada por la covid-19, la necesidad de aprovechar las oportunidades que abre la farmacia comunitaria para mejorar la atención sanitaria a los ciudadanos y descargar de presión asistencial a los centros sanitarios, es sin duda una de las que concita un mayor consenso como estrategia por la que apostar en el futuro inmediato.

La adopción de un rol más relevante en el plano asistencial por parte de las farmacias comunitarias parece un hecho que, de una forma u otra, no tardará en llevarse a la práctica.

En este contexto, la necesidad de analizar si el modelo de retribución actual de las farmacias españolas precisa mejoras, es un hecho relevante y oportuno, especialmente teniendo en cuenta que el Gobierno de España tiene entre sus objetivos en el corto plazo la reforma de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento.

En opinión de los expertos que han participado en este proyecto, al profesional sanitario se le debería remunerar por lo que hace, por el valor que aporta y no por lo que es en la organización.

Las oficinas de farmacia realizan funciones sanitarias y logísticas que van allá de la custodia, almacenamiento y dispensación de medicamentos, por lo que la remuneración debería corresponderse a las distintas funciones que se desarrollan en ellas, con un **sistema retributivo** que valore todas las contraprestaciones realizadas por la OF.

Si se plantea un escenario en el que las farmacias asuman una función sanitaria que implique mejorar los resultados en salud de la población y hacer más eficiente el sistema, parece lógico que la retribución tenga en cuenta estas tareas, independientemente de otras actividades que desarrolle.

En algunas propuestas realizadas anteriormente por Colegios Profesionales y Sociedades Científicas, se plantea para la dispensación de medicamentos y productos sanitarios un sistema de retribución mixto, en el que se incluyen los costes logísticos y los costes de actividad con la valoración de distintas tareas asociadas en función de su complejidad.

Existen precedentes en el entorno europeo, donde otros países están adoptando estos sistemas mixtos que pueden servir como modelo.

Para impulsar la consideración de este nuevo modelo es necesario poner en valor, a través de la puesta en marcha de estos programas piloto, los beneficios y resultados que aporta el que las OF colaboren en el seguimiento de pacientes complejos y crónicos o permitan un mejor acceso a la atención sanitaria en los municipios del entorno rural. Para ello debe medirse y cuantificarse la mejora en los cuidados y los ahorros generados.

Es estratégico concebir e implementar un modelo de farmacia más asistencial que debe ir vinculado a un sistema retributivo protocolizado que también recoja esta actividad y la ponga en valor.

Caso especial de las farmacias de viabilidad económica comprometida (VEC)

Las farmacias VEC son aquellas cuya facturación pública por dispensación de recetas es inferior a los 12.000 euros mensuales y/o 200.000 euros/año.

A finales del año 2018, del total de 22.046 farmacias de la red española, 858 contaban con la consideración oficial de VEC, lo que supone cerca del 3% de las farmacias de España.

Debido a la baja facturación de las farmacias VEC, el Estado les aplica un índice corrector a su facturación de un máximo de 833,33 euros mensuales que asumen las administraciones regionales. El 92,6% de las farmacias VEC se encuentran localizadas fuera de capitales de provincia, especialmente en zonas rurales de poca población.

Como se ha señalado, en muchos casos son el único servicio sanitario existente en determinados municipios. En la actualidad, y tal y como se ha manifestado por parte de miembros del propio Gobierno de España, la Comisión Permanente de Farmacia está trabajando en la modificación del Real Decreto donde se establece el índice corrector para apoyar a las farmacias con el objetivo de incrementar las garantías para que la prestación farmacéutica en el entorno rural con riesgo de despoblación, y en los entornos social y económicamente vulnerables, siga siendo accesible.

En este contexto, desde el grupo de trabajo se propone elevar la necesidad de evaluar la propuesta para revisar la cartera de servicios de las farmacias del ámbito rural con el objetivo de mejorar los resultados en salud y la eficiencia en el sistema sanitario.

CONCLUSIONES

Tras las reuniones y debates mantenidos, más allá de las propuestas concretas que se recogen a lo largo del documento, para impulsar la puesta en marcha de tres programas piloto por la mejora de los resultados en salud y la eficacia y eficiencia del sistema sanitario; el grupo de expertos reunido en este proyecto quiere resaltar algunas de las principales conclusiones que pueden extraerse fácilmente tras la lectura del trabajo.

Asimismo, quiere poner en valor la validez de este consenso, en el que han participado Colegios Profesionales, Sociedades Científicas y profesionales sanitarios de diferentes especialidades, disciplinas y profesiones.

1. La oficina de farmacia ha de considerarse un eslabón más de la Atención Primaria y como tal, debe aprovecharse su potencial, apostando por el desarrollo de una cartera de servicios de tipo asistencial que permita una liberación de la carga de trabajo a los equipos asistenciales de los centros de Atención Primaria, acerque cuando sea posible los fármacos DH al paciente y contribuya a mejorar los resultados en salud y la experiencia de los pacientes.
2. La prestación de una cartera de servicios de carácter asistencial en las oficinas de farmacia debe ser una opción para los establecimientos, que deberán cumplir unos requisitos y asumir unos compromisos con el sistema y con el paciente.
3. Para que la farmacia comunitaria pueda prestar estos servicios adicionales en condiciones de calidad y aportando valor al sistema y al paciente, debe facilitarse el acceso al farmacéutico comunitario a los datos clínicos necesarios como un profesional sanitario más, que le permitan colaborar en el seguimiento de los pacientes seleccionados.
4. Es necesario habilitar o desarrollar las actuales herramientas informáticas para disponer de unos cauces de comunicación y coordinación fluidos entre la oficina de farmacia y el centro de Atención Primaria o, en su caso, el servicio de Farmacia Hospitalaria de referencia.
5. Deben establecerse foros conjuntos para el diálogo, la formación y el consenso entre los diferentes profesionales sanitarios que intervienen en el seguimiento de los pacientes crónicos para crear cauces de comunicación y protocolos de relación.
6. Es estratégico consensuar protocolos de relación entre los centros de Atención Primaria y las oficinas de farmacia para mejorar la atención al paciente, resolver de forma ágil problemas de medicación, generar sistemas de alarma o derivar a un paciente cuando se requiera.
7. Es necesario promover la puesta en marcha de los programas pilotos propuestos para evaluar resultados y además, poner de manifiesto el valor que puede aportar la farmacia comunitaria en su faceta más asistencial.
8. Elevar la necesidad de plantear un nuevo modelo retributivo para la oficina de farmacia basado en sistemas mixtos que tengan en cuenta qué servicios se prestan en cada caso y se retribuya en consecuencia, ayudará a consolidar su papel asistencial en este nuevo modelo.

9. Es prioritario poner en marcha medidas específicas para la viabilidad de las farmacias rurales, que vayan más allá de la revisión del índice corrector de las farmacias VEC, apostando por una cartera de servicios específica que las reconozca como servicio sanitario básico en las poblaciones no urbanas o rurales.
10. Como consecuencia de todas las propuestas anteriores, se recomienda al MICOF impulsar grupos de trabajo de ámbito nacional que las analicen para que puedan tener su reflejo en otros ámbitos y formen parte de la estrategia nacional en materia de política farmacéutica para la farmacia comunitaria.



T 963 922 000 · Conde de Montornés 7. 46003 Valencia

www.micof.es