

Profesión

Miguel Ángel
Gastelurrutia

Farmacéutico comunitario en San Sebastián. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada (GIAF-UGR).
www.gastelurrutia.com

“
**Existe otro futuro (...)
en el que la farmacia
comunitaria se
involucra en la
respuesta a las nuevas
necesidades sociales
mediante un cambio de
su rol implantando
nuevos servicios
profesionales
asistenciales»**

Remuneración de los servicios profesionales farmacéuticos

El progresivo aumento de la esperanza de vida en el mundo occidental está produciendo un incremento de las patologías crónicas que generan pluripatología, polimedicación, mayor complejidad de los tratamientos, fragilidad, dependencia, situaciones de exclusión social, etc. En suma, están apareciendo nuevas necesidades tanto en aspectos sociales como sanitarios.

Aunque todos los agentes de salud deben tratar de abordar el problema de la cronicidad desde un punto de vista colaborativo, siempre coordinados y trabajando en cooperación, y cada uno desarrollando sus competencias profesionales, la farmacia comunitaria es probablemente el actor que debe afrontar una mayor transformación en su actividad y, por tanto, en su manera de obtener la rentabilidad que todo trabajo debe generar a quien lo realiza.

Por ello, tanto la FIP y la OMS¹ como la mayor parte de las sociedades científicas y organizaciones profesionales² apoyan una práctica farmacéutica basada en una actividad más asistencial y clínica. Además, la farmacia comunitaria como organización está atravesando una situación difícil desde el punto de vista económico debido a diferentes factores como la crisis económica o la necesidad de disminuir costes en las administraciones públicas.



©Kurhan/123RF

Actualmente la farmacia comunitaria cuenta con dos fuentes de obtención de ingresos: la dispensación de medicamentos y productos sanitarios y la venta de artículos con una mayor o menor cercanía al mundo de la salud. La dispensación de medicamentos y productos sanitarios, origen hasta hace bien poco de la mayor parte de los ingresos económicos de las farmacias, va disminuyendo paulatina y progresivamente tanto a nivel de cifras absolutas como de valores relativos, lo que se debe a factores como son la progresiva disminución del precio de los medicamentos, la contención en la prescripción, la desviación de medicamentos de precio elevado a otros canales de distribución como los DH, la no incorporación al vademécum de la farmacia comunitaria de los medicamentos innovadores por su alto precio y, por último, la progresiva disminución del margen real de la farmacia comunitaria. Todo ello hace pensar en un futuro poco halagüeño para la rentabilidad por la dispensación de medicamentos, hasta el punto de que en algunos países el margen simplemente ha desaparecido y organizaciones como la FIP han llegado a afirmar que «no hay futuro en el mero acto de la dispensación»¹.

Ante esta situación, la farmacia comunitaria trata de reaccionar intentando incrementar sus ingresos de manera inmediata, ampliando el rango de productos a la venta en áreas como la dermofarmacia, los complementos nutricionales y otro tipo de artículos. El resultado de estas estrategias es, como digo, inmediato, porque en el momento en que se incorpora una nueva línea de productos se comienzan a vender, con el consiguiente aumento de ingresos económicos. Esta reacción de la farmacia comunitaria, lógica, plantea sin embargo ciertos problemas.

En muchos casos no hay ninguna evidencia científica que avale la eficacia de algunos artículos, y en otros muchos no se necesita porque a los productos cosméticos, por definición, no se les exige demostrar efectos terapéuticos³. En otros casos, la relación con la sanidad es anecdótica: juguetes infantiles, por no citar otros productos con nulo efecto. Todo ello traslada a la sociedad una imagen de la farmacia comunitaria poco sanitaria, de «comercio», lo que podría justificar resultados como que sólo el 9% de la ciudadanía vea la farmacia exclusivamente como un establecimiento sanitario⁴.

Otro futuro

Sin embargo, existe otro futuro, que algunos pensamos que es el único realmente posible, en el que la farmacia comunitaria se involucra en la respuesta a las nuevas necesidades sociales mediante un cambio de su rol implantando nuevos servicios profesionales asistenciales. En España, hoy, todavía, estos servicios no son una realidad, ya que por el momento su remuneración sigue siendo testimonial, aunque a escala internacional ya comienza a vislumbrarse este futuro, como un tímido presente, en países como Cana-



©morganka/123RF

dá y Estados Unidos, Nueva Zelanda y Australia, Suiza y el Reino Unido⁵.

El Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria ha definido los servicios profesionales farmacéuticos (SPF) asistenciales como «aquellas actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como de la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos. Dichas actividades, alineadas con los objetivos generales del sistema sanitario, tienen entidad propia, con definición, fines, procedimientos y sistemas de documentación, que permiten su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad»⁶.

Debe quedar claro que, de acuerdo con esta definición, no todos los servicios que se realizan en la farmacia son servicios profesionales asistenciales. Por ejemplo, no lo son las actividades de parafarmacia, el análisis del tipo de piel, consultas de dietética, servicios de depilación, de rayos UVA, las cabinas de estética o la colocación de pendientes⁷.

En nuestro país, hay grupos que llevan mucho tiempo trabajando en la promoción de la implantación de SPF, como ocurre con el seguimiento farmacoterapéutico (SFT), utilizando el método Dáder⁸. El fruto de todo el trabajo realizado en estos últimos 15-20 años es que hoy existe un cuerpo de doctrina con definiciones conceptuales, con una terminología común sobre qué es y qué no es un servicio clínico, así como metodología para la realización, evaluación y registro de diferentes servicios^{6,9}. Otro resultado importante de este recorrido es que el discurso político profesional de los diferentes líderes ha ido cambiando, y actualmente apoya «la farmacia asistencial» entendida como una farmacia orientada a la realización de servicios más clínicos. En este sentido, cobra gran importancia el Acuerdo Marco¹⁰ firmado por el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos en 2013, en el que el Consejo General y el propio Ministerio de Salud apuestan por los servicios asis-

Tabla 1. Experiencias de remuneración de servicios por parte de la Administración sanitaria

• Formulación magistral	Pago por acto
• Programas de metadona	Pago por paciente/mes
• Detección de VIH (+ sífilis en CAE en HsH)	Pago por acto con copago
• Sangre oculta en heces	Pago por acto
• Programa de mejora del uso de los medicamentos a usuarios del Servicio de Ayuda Domiciliaria (MUMSAD)	Pago por paciente/mes

tenciales en la farmacia comunitaria y, por supuesto, la actividad de sociedades científicas (SEDOF, SEFAC) que también apoyan abiertamente esta opción para el futuro de la farmacia comunitaria.

La remuneración

El problema más inmediato y acuciante que debe abordar la farmacia comunitaria en este largo camino hacia la generalización de los SPF es conseguir su remuneración. Como ocurre en cualquier actividad humana, si un servicio no genera una rentabilidad a quien lo realiza no se sostiene en el tiempo y al final deja de proveerse, con lo que los usuarios que pueden beneficiarse de sus efectos no lo hacen. En el campo de los servicios farmacéuticos hay pocas experiencias en las que el farmacéutico obtenga una remuneración por el servicio que presta. En la tabla 1 se muestran servicios actualmente remunerados por la Administración sanitaria y el tipo de pago utilizado.

Según las características del servicio, existen diferentes tipos de financiador: el paciente que recibe el servicio, la Administración sanitaria, las compañías de seguros o la propia industria farmacéutica. Además, un pagador puede financiar el precio íntegro del servicio o apostar por un pago mixto, pago compartido entre la entidad financiadora y el cliente del servicio (copago). El hecho cierto es que el servicio debe generar rentabilidad a quien lo presta, en términos económicos y de satisfacción profesional, a quien lo recibe (pacientes), en términos de salud o calidad de vida, y a quien lo paga. Éste puede tener diferentes motivos para financiar la realización de un SPF; en ocasiones, existe un problema que puede resolverse mediante el servicio, como sucedió en los años noventa con la metadona, en otras hay estudios farmacoeconómicos que justifican su incorporación a la cartera de servicios, a veces hay intereses comerciales, o, también, simplemente, intereses políticos.

El pago puede hacerse por acto (*fee for service*) o mediante igualas o pagos fijos por paciente y un tiempo deter-

minado (capitación). Más recientemente se están ensayando sistemas de riesgo compartido o basados en los resultados que se obtengan (*value-based, pay per performance, etc.*).

Cuando el paciente percibe valor añadido y un precio asumible, el pagador puede ser él mismo. Es el caso de la medida de la presión arterial, las determinaciones de glucemia, colesterol o la misma medida del peso corporal. Hay servicios que deben ser incluidos entre los servicios que conforman la prestación farmacéutica, como la formulación magistral. Otros, incorporados en programas coordinados por las administraciones sanitarias, también son financiados por sus presupuestos sanitarios, como los programas de mantenimiento con metadona o los programas de detección rápida del VIH. En estos últimos, se utiliza el copago compartido entre el paciente y la Administración sanitaria. En la Comunidad Autónoma de Euskadi, a los hombres que tienen sexo con hombres (HsH) y acuden a realizarse la detección del VIH se les realiza también la prueba de la sífilis. En esta comunidad, también existe el Programa de mejora de uso de los medicamentos en usuarios del servicio de ayuda domiciliaria municipal (MUMSAD), que también es financiado por la administración sanitaria. En los programas financiados total o parcialmente (copago) por las Administraciones sanitarias, es evidente que éstas interpretan la financiación de dichos servicios como una inversión y no como un gasto. Aquí radica una de las claves para conseguir que los servicios, como el SFT, acaben siendo financiados por la administración sanitaria. La otra clave es que la profesión demande y pida insistentemente el pago por los servicios.

Evidencia

El caso del SFT es paradigmático. Cuando algunos, hace ya años, solicitábamos el pago mostrando resultados a escala internacional^{11,12}, se nos respondía que la situación cultural y socioeconómica de otros países era diferente y que, por tanto, los resultados no eran trasladables a nuestro contexto. Por ello, en 2008 se puso en marcha el Programa conSIGUE. Este estudio ha conseguido demostrar que el SFT es «eficaz», lo que significa que en situaciones muy controladas, con alta validez interna, el servicio produce resultados en salud muy potentes (conSIGUE Impacto) (tabla 2). Estos resultados, además, son altamente coste-efectivos¹³; el servicio genera un ahorro de 273 euros por paciente y mes y unos beneficios por euro invertido comprendido entre 3 y 6 euros¹⁴.

Como a los políticos lo que de verdad les interesa es la práctica cotidiana, se realizó una segunda fase (conSIGUE Implantación) probando el SFT en condiciones de trabajo habituales de la farmacia, con menos control interno y, por tanto, con mayor validez externa, más pragmático, que permitió ensayar un modelo de implantación de servicios previamente desarrollado¹⁵. Esta segunda fase concluyó con

Tabla 2. Resumen de los resultados clínicos y humanísticos de las fases de impacto e implantación del programa conSIGUE

	conSIGUE Impacto (a los 6 meses)	conSIGUE Implantación (a los 12 meses)
PS no controlados	↓ 56%	↓ 54%
Urgencias	↓ 49%	↓ 53%
Hospitalizaciones	↓ 55%	↓ 60%
Número de medicamentos	↓ 0,15	↓ 0,35
Calidad de vida	↑ 6,6 puntos	↑ 6,7 puntos

“**Los líderes profesionales tienen la obligación ética de dirigir la profesión hacia donde debe ir, y ese horizonte pasa inexorablemente por la implantación de servicios remunerados»**

resultados similares, incluso mejores, a los alcanzados en la primera (tabla 2).

En resumen, el SFT ha mostrado más evidencia que muchas de las tecnologías sanitarias que se utilizan en la sanidad española. ¿Por qué no se implanta y generaliza? Puede haber muchos motivos pero, a mi modo de ver, el principal es que el asunto de la remuneración de los servicios no es «la prioridad» de nuestros representantes profesionales. Creo que tampoco lo es de la profesión, que anda ocupada en sobrevivir y en ampliar sus líneas de venta de productos. Sin embargo, los líderes profesionales tienen la obligación ética de dirigir la profesión hacia donde debe ir, y ese horizonte pasa inexorablemente por la implantación de servicios remunerados. Nuestros representantes tienen que ocuparse de muchos asuntos «urgentes» como la devolución de los DH a la farmacia, las farmacias VEC, la planificación, los biosimilares, nuevas tecnologías (TIC), el desarrollo profesional, la veterinaria, etc., pero ninguno de estos asuntos, todos ellos importantes, estará vigente en el futuro si la farmacia comunitaria no sobrevive. Es preciso que «lo importante» anteceda a «lo urgente». ●

Bibliografía

1. Wiedenmayer K, Summers RS, Macjje CA, Gous AGS, Everard M, Tromp D. Developing a Pharmacy practice. A focus on patient care. The Hague: Ediciones WHO and FIP, 2006.
2. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Declaración de Córdoba. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/jornadas-congresos/XIX-Congreso-Nacional-Farmacaceutico/Documents/XIX-CNF-Declaracion-de-Cordoba.pdf>
3. Real Decreto 944/2010, de 23 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1599/1997, de 17 de octubre, sobre productos cosméticos para adaptarlo al Reglamento (CE) n.º 1272/2008, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas. BOE núm. 189, de 5 de agosto.
4. Baixauli VJ, Rodríguez M, Calle J, Vaillo M, Barral P. Proyecto Refcom. La Farmacia que necesita la sociedad. Madrid: SEFAC, 2015; 29.
5. Mossialos E, Courtin E, Naci H, Benrimoj S, Bouvy M, Farris K, et al. From “retailers” to health care providers: Transforming the role of community pharmacists in chronic disease management. Health Policy. 2015; 119(5): 628-639.
6. Foro AF-FC. Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales: definición y clasificación. Sexto comunicado FORO AF-FC. Panorama Actual del Medicamento. 2016; 40(395): 709-711.
7. Foro AF-FC. Cartera de Servicios Farmacéuticos en la Farmacia comunitaria. Quinto comunicado de Foro de AF-FC. Farmacéuticos. 2011; 371: 42-43.
8. Sabater Hernández D, Silva Castro MM, Faus Dáder MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. 3.ª ed. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, 2007.
9. Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso, enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4
10. Acuerdo marco de colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid, 6 de noviembre de 2013.
11. Cranor CW, Bunting BA, Christensen DB. The Asheville Project: long-term clinical and economic outcomes of a community pharmacy diabetes care program. J Am Pharm Assoc. 2003; 43: 173-184.
12. Fera T, Bluml BM, Ellis WM, Schaller CW, Garrett DG. The Diabetes Ten City Challenge: Interim clinical and humanistic outcomes of a multisite community pharmacy diabetes care program. J Am Pharm Assoc. 2008; 48: 181-190.
13. Jodar-Sánchez F, Malet-Larrea A, Martín JJ, García-Mochón L, López Del Amo MP, Martínez-Martínez F, et al. Cost-utility analysis of a medication review with follow-up service for older adults with polypharmacy in community pharmacies in Spain: the conSIGUE program. Pharmacoeconomics. 2015; 33(6): 599-610.
14. Malet-Larrea A, Goyenechea E, Gastelurrutia MA, Calvo B, García-Cárdenas V, Cabases JM, et al. Cost analysis and cost-benefit analysis of a medication review with follow-up service in aged polypharmacy patients. Eur J Health Econ. (Aceptado para su publicación.) DOI : 10.1007/s10198-016-0853-7.
15. Moullin JC, Sabater-Hernández D, Benrimoj SI. Model for the evaluation of implementation programs and professional pharmacy services Res Social Adm Pharm. 2016; 12(3): 515-522.