

Rafel Guayta-Escolies

MD, MHP, MHM. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Director de Proyectos e Investigación del Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya. Profesor de Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna

“**La formación continuada y acreditación de los farmacéuticos se convierte en la piedra angular del proceso de gestión compartida»**

Gestión compartida de procesos asistenciales: ¿cooperación o competición?

Desde que en 1997 se publicara el *Libro blanco para la integración de las actividades preventivas en las oficinas de farmacia*, la estrategia para lograr la inclusión del farmacéutico comunitario en las diferentes rutas asistenciales de los procesos más prevalentes ha sido una constante obstinada y tenaz. No sólo en España, sino en general en los países de renta alta, tanto del entorno de la Unión Europea como al otro lado del océano.

Hoy en día nadie puede poner en duda que el papel tradicional del farmacéutico comunitario está cambiando. En un escenario donde la eficiencia vinculada a la efectividad/coste deviene dogma de obligado cumplimiento, el aprovechamiento eficiente de los diferentes agentes sanitarios se antoja, para la mayoría, fundamental.



La inclusión efectiva del farmacéutico comunitario en la gestión compartida de procesos asistenciales y la conceptualización de la farmacia como centro sanitario no es nueva. Con todo, su integración efectiva no está resultando fácil ni transcurre a la velocidad adecuada para las necesidades emergentes. Por tanto he decidido intentar responder a la cuestión que se me ha planteado.

Antecedentes

Diversos documentos estratégicos y numerosas pruebas demuestran, con un grado aceptable de evidencia, que la participación del farmacéutico comunitario en dicha co-gestión resulta eficaz para la mejora del curso clínico de determinados procesos asistenciales. Especialmente en el campo de la adhesión a los tratamientos en pacientes de manejo difícil.

Los países anglosajones, a menudo más pragmáticos que sus homólogos del sur, empezaron a marcar las líneas estratégicas en 2001. La publicación del documento *The Right Medicine* supuso el primer intento serio de conceptualizar una farmacia comunitaria centrada en el paciente que fuera capaz de actuar de forma protocolizada coadyuvando en la consecución de objetivos marcados por la autoridad sanitaria. A éste le siguieron el documento editado en 2009 por el National Health Ser-

vice-Lothian *The Pharmacy Strategy 2009-2012*; *The Road Map: The strategic direction for Community Pharmacy 2010*, editado por la Unión de Farmacéuticos Australiana, o los más recientes publicados por la Royal Pharmaceutical Society y la Asociación de Farmacéuticos del Quebec en 2013.



En un escenario donde la eficiencia vinculada a la efectividad/coste deviene dogma de obligado cumplimiento, el aprovechamiento eficiente de los diferentes agentes sanitarios se antoja, para la mayoría, fundamental»

Todos ellos enfatizan el papel que el farmacéutico comunitario puede desarrollar en su vertiente asistencial en el ámbito de la prevención primaria y secundaria, el seguimiento farmacoterapéutico, o la resolución de patología aguda de muy baja o baja complejidad.

La decisión del cambio de una farmacia tradicional centrada en el medicamento, hacia una farmacia centrada en el paciente, parecía tomada de manera firme por parte de las organizaciones profesionales y los decisores sanitarios.

Desde entonces, las sociedades científicas del ámbito farmacéutico y las organizaciones profesionales focalizaron sus esfuerzos en protocolizar actuaciones en pos de evaluar su suficiencia, idoneidad y efectividad; sin olvidarse de que lo más atractivo para un sistema sanitario, especialmente aquellos de provisión pública con carteras extensas, provisión universal y gratuidad, era que dichas actuaciones fueran eficientes.

Así, siguiendo los principios rectores de la calidad de la asistencia sanitaria, la misión de la farmacia comunitaria moderna se pergeñó en cuatro puntos principales: centrada en el paciente/cliente, focalizada en los procesos y sistemas, controlada por la evaluación y fundamentada en el trabajo en equipo llevado a cabo de manera coordinada y en un escenario integrativo.

Se trataba, en suma, de proveer de evidencia a los otros actores del sistema y al propio sistema, de que la integración del farmacéutico en la gestión compartida de procesos podía, por mor de sus fortalezas empresariales por todos conocidas, obtener una sinergia positiva en la consecución de objetivos de salud. Especialmente en su vertiente comunitaria.

La recomendación firme de la integración del farmacéutico comunitario en dichos escenarios de gestión compartida fue haciéndose visible en proyectos y actuaciones diseñados con rigor y evaluados con ojo crítico.

Aspectos estructurales

Hoy nadie puede ignorar que su inclusión en programas de cribado oportunista o sistemático aumenta la participación y la satisfacción de los usuarios. Que su papel como educador para la salud en programas estructurados de prevención primaria, especialmente en los colectivos frágiles, tiene una efectividad notable. Su concurso en el *therapeutic co-management* de pacientes crónicos de manejo difícil aporta beneficios tangibles y cuantificables en términos de disminución de problemas relacionados con el medicamento, adhesión al tratamiento, y reducción de costes evitables por reagudizaciones o empeoramiento del curso clínico ligado al no cumplimiento terapéutico. De un tiempo a esta parte las redes de vigilancia epidemiológica existentes en España han puesto de manifiesto que la farmacia comunitaria posee un valor añadido en la farmacovigilancia y la monitorización del abuso de medicamentos. Y más recientemente, en el desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica sindrómica en las infecciones respiratorias agudas u otras patologías, como se ha demostrado en el Reino Unido o últimamente en Cataluña. A ello habría que añadir el papel tradicional ejercido en los programas de reducción



©alphaspirit/123RF

“**Hoy nadie puede ignorar que la inclusión del farmacéutico comunitario en programas de cribado oportunista o sistemático aumenta la participación y la satisfacción de los usuarios»**

de daños desarrollados coordinadamente con los planes directores de drogodependencias.

Recientemente, los anglosajones, como no podía ser de otro modo, han acuñado el término *skill mix*, que podría traducirse como compartir habilidades o ceder competencias. Todo ello en pro de procurar una atención de proximidad, con un alto grado de usabilidad, ordenada por complejidad y que proporcione al paciente un mejor grado de efectividad en el manejo de su proceso y satisfacción por la atención recibida.

En algunas comunidades autónomas dicho proceso se ve reflejado inclusive negro sobre blanco en sus planes de salud o en sendos documentos estratégicos u operacionales vinculados a los planes directores o rutas clínicas sobre los problemas de salud más prevalentes o los procesos más frecuentes y que generan mayor carga de enfermedad. E incluso disponen de procedimientos validados para el desarrollo de programas operativos o planes funcionales y de comisiones paritarias gestoras de los mismos.

Así pues, a la vista de este escenario, y analizadas todas las variables, uno esperaría como resultante la consolidación del proceso de cambio y auguraría sin temor a equi-

vocarse un escenario de futuro en el que viésemos finalmente una atención primaria expandida que incluyera al farmacéutico comunitario como recurso.

No obstante, hoy por hoy, como hemos apuntado antes, la realidad dista mucho de esa idealidad deseada.

En primer lugar porque todo proceso de cambio genera invariablemente resistencias. Por un lado, de aquellos que no quieren perder su espacio de confort, donde experimentan seguridad en el desarrollo de sus habilidades profesionales. El farmacéutico se halla más cómodo en la gestión del medicamento que en el desarrollo de otras actividades. Y por otro lado, la sensación de pérdida del «locus de control» de aquellos que ven en la gestión compartida una invasión de competencias, la amenaza al *statu quo*, o incluso el intrusismo o la competencia desleal. Paralelamente, el carácter empresarial y privado de la farmacia comunitaria española la coloca en una situación de polipolio frente a un monopsonio comprador que dictará las leyes de mercado en el marco de la legislación vigente que ordena su relación. La situación de «in» pero «out» de dicho proveedor no deviene un elemento facilitador de la gestión compartida y el trabajo en equipo. Finalmente, deberíamos estar seguros de que la misión y la visión de algunos líderes farmacéuticos coincide con el sentir de los profesionales en base a generar una masa crítica suficiente para asegurar un cambio eficaz. Hasta aquí, los aspectos estructurales.



©Alexander Maslennikov/123RF

Dificultades operativas

En el apartado de la idoneidad, el escenario tampoco está exento de dificultades operativas. De un lado, el entusiasmo profesional, a veces excesivamente voraz, debe coincidir con las necesidades objetivadas en cuanto a magnitud y oportunidad de provisión y los límites competenciales existentes. De no hacerlo, los diferentes proyectos o activida-

des desarrollados en el seno de la farmacia comunitaria no pasan de ser anecdóticos y aptos únicamente para el consumo propio, sin traslación de los resultados a políticas de integración profesional en los sistemas sanitarios y a una aceptación explícita de dichos roles profesionales. La generación de un catálogo de servicios que no devenga cartera tiene poco futuro en un sistema de provisión pública, donde la propensión a pagar por parte del usuario es más bien escasa. Ello no significa abandonar al «cliente», pero conviene ser realistas y focalizar los esfuerzos en el paciente o consumidor de actividad.

A pesar de que la farmacia comunitaria constituye una red densa e interconectada, con un grado de uso de las denominadas TIC que resulta a todas luces envidiable por otros actores, la gestión compartida basa su efectividad en el manejo de instrumentos comunes que faciliten la toma de decisiones basada en la información disponible sobre el proceso y su paciente. Aunque se habla constantemente de la necesidad del acceso a la historia clínica por parte del farmacéutico comunitario, como lo ostentan los farmacéuticos hospitalarios o de atención primaria, la decisión no se concreta. Unas veces por la dificultad de compaginar los diferentes sistemas de registro y comunicación existentes. Otras por la reticencia de unos y otros a adquirir mayor responsabilidad o a cederla.

Finalmente, todo proceso de homogeneización debe estar encaminado a la equidad de provisión y a la disminución de la variabilidad de provisión. Por tanto, la formación continuada y acreditación de los farmacéuticos se convierte en la piedra angular del proceso de gestión compartida. Y ello no es posible diseñarlo adecuadamente si no se contempla qué necesita el sistema, qué esperan los otros actores y qué desea realmente hacer el farmacéutico comunitario.

Aspectos económicos

Hemos dejado para el final aquellos aspectos quizá fundamentales en la consolidación del proceso de cambio. Me refiero a los aspectos estrictamente económicos por lo que se refiere al coste y la rentabilidad de dicho enfoque. Por una parte, las organizaciones profesionales deben calcular de manera precisa el coste de la provisión de nuevos servicios y el grado de suficiencia de recursos de que disponen para su implementación. El cálculo del *pareto* óptimo puede no corresponderse en absoluto con el precio de provisión que el comprador está dispuesto a desembolsar. Por ello, deben tenerse muy en cuenta los beneficios intangibles que dicha integración *de facto* pueda representar más allá del simple peculio económico. Especialmente si el mercado no demanda dicho servicio. O si éste no responde a una necesidad objetivada. Por otro lado, los compradores, públicos, de aseguramiento libre, o estrictamente privados, basarán la adquisición del bien en el grado de adecuación a la satisfacción de su necesidad, una relación efectividad/coste favorable y la ausencia de tensiones en el mercado



“ La generación de un catálogo de servicios que no devenga cartera tiene poco futuro en un sistema de provisión pública, donde la propensión a pagar por parte del usuario es más bien escasa »

debido a la irrupción de otro vendedor que puede entrar en competencia con actores ya posicionados.

Así pues, como se ha dicho con anterioridad en otros foros y por otros autores, la identificación de áreas y oportunidades para la innovación que respondan claramente a un modelo colaborativo eficaz, en pro de una estrategia *win-win*, demostrando su rendimiento a los otros agentes sanitarios o a los organismos financiadores; la implantación futura de modelos de retribución en base a contratos de prestación vinculados a resultados de salud; y la inclusión real, aun respetando su carácter privado, del farmacéutico comunitario como un miembro más de los equipos de atención comunitaria junto con otros agentes de proximidad, nos parecen elementos imprescindibles en un futuro perfecto de colaboración.

De no hacerse, los farmacéuticos comunitarios continuarán percibiéndose como un competidor no deseado, más que como un igual en la gestión compartida. ●