

JUAN F. HERNÁNDEZ YÁÑEZ

Trabajo 12 años (1983 – 1996)
para la sanidad pública,
ocupando entre otros los puestos
de Director de Planificación y
Control de Recursos Humanos en
el Servicio Andaluz de Salud y de
Director General de Recursos y
Organización en la Consejería de
Salud de la Comunidad de
Madrid.

En el sector sanitario, ha sido consultor para la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Sanidad y diversos servicios de salud y organizaciones sanitarias.

Actualmente trabaja como consultor, principalmente en el sector asociativo y colegial de las profesiones sanitarias, su ámbito más conocido de especialización, pero también como consultor en otros sectores como el jurídico, el universitario y las empresas de servicios.

Es colaborador docente de la Escuela Nacional de Sanidad y de la UNED, investigador independiente, divulgador y conferenciante. Autor de numerosas publicaciones, relacionadas en su mayor parte con la sociología de las profesiones y organizaciones sanitarias. Los libros más recientes son: "Propuesta de organización corporativa de la profesión médica" (2007); "La enfermeria frente al espejo: Mitos y realidades" (2010); "Convicciones y conveniencias." Profesiones sanitarias y relaciones de poder" (2013); "Prescripción Enfermera: entre el norte y el sur (2017) y "Atención Farmacéutica: mitos y realidades" (2018).

Atención Farmacéutica en España. Agentes, estrategias y políticas PRIMERA EDICIÓN (junio 2019)

© Ed. La Bucanera, 2019 Todos los derechos reservados.

edicioneslabucanera@gmail.com

Todos los derechos reservados. Esta es una Licencia restringida de distribución, uso e impresión para la dirección, staff y asociados/colegiados de la organización adquiriente de la Licencia restringida.

Fuera de la anterior Licencia, queda absolutamente prohibida la reproducción y transmisión, total o parcial, del documento en cualquier formato, físico o electrónico, sin permiso escrito del editor.



Prefacio

En el mes de julio de 2018 presentamos el libro *Atención Farmacéutica: mitos y realidades*; en octubre realizamos una segunda edición con actualizaciones de algunos de los procesos o debates, la aclaración o matización de algunas afirmaciones o datos. En febrero de este año, 2019, nos pareció oportuno aportar, en forma de tercera edición, algunas ideas u opiniones, productos del *feedback* que algunos lectores del libro tuvieron la amabilidad de compartir con nosotros. Una tarea por realizar en unas pocas, tres o cuatro, semanas.

Sin embargo, el autor me pidió algo más de tiempo ya que durante los meses transcurridos su pensamiento sobre este objeto de análisis había evolucionado. *Atención Farmacéutica: mitos y realidades* fue producto de la urgencia; se había abierto en el país un debate –bastante acalorado y en ocasiones poco respetuoso, por cierto–, al hilo de algunas actuaciones políticas y profesionales y parecía el momento de tratar de aportar hechos, datos y, sobre todo, análisis rigurosos e imparciales para tratar de reconducir el debate, alejarlo de las disputas jurisdiccionales maximalistas –pedirlo todo y ya desde una orilla; negar el pan y la sal desde la otra– e introducir argumentos en torno a los cuales generar, desde la política y desde el mundo asociativo profesional, un relato sobre lo que conviene mejor al sistema de salud y a la sociedad civil.

Este "algo más de tiempo" han sido cuatro meses. Y el texto que presentamos no es una tercera edición, sino un nuevo documento, aprovechando, eso sí, las partes más lúcidas del anterior, pero totalmente reordenado y ampliado con nuevos ámbitos de reflexión y más enfocado al análisis que a la descripción. De hecho, hemos cambiado hasta el título y el registro.

Es, sobre todo, más sociológico; mejor contextualizado, tanto en el tiempo—los hechos de hoy son una sombra prolongada de nuestra historia y no se pueden entender sin ella—como en el espacio, ya que se ha prestado mucha más atención a las tomas de posición de los diferentes agentes, a sus necesidades, condicionantes y expectativas.

Aunque los hechos analizados no dejan de ser los mismos, ha cambiado la lectura que de ellos realiza el autor, probablemente demasiado esquemática y plana en el anterior documento. Quizás, como ya he dicho antes, porque tenía un objetivo sociopolítico concreto: ayudar a reconducir un debate excesivamente corporativista y cortoplacista, desde el ámbito profesional, y más bien oportunista y demagógico, desde el ámbito político.

¿Por qué creemos desde la editorial que las asociaciones profesionales deberían obtener acceso a este documento? Se nos ocurren tres razones: información, conocimiento y actualización.

En primer lugar, por su enorme valor como fuente de <u>información</u>. El documento tiene 335 notas a pie, 326 de las cuales hacen referencia a documentos; en concreto, 11 textos legales, 66 noticias o notas de prensa, 100 documentos técnicos –55 nacionales y 45 de otros países– y149 referencias bibliohemerográficas, 33 españolas y 116 internacionales. Información, además enormemente actualizada; de las 249 referencias a documentos y artículos, 83 fueron publicados en 2018-2019; 88, entre 2015 y 2017; 54, entre 1010 y 2014; y las restantes 24, con anterioridad (por lo general, bastante anterioridad, porque son referencias básicas en sus respectivos campos). Es decir, que la inmensa mayoría de esos 250 textos (el 90%, para ser exactos) se ha publicado en el último decenio.

Pero lo más importante es que todos y cada uno de los 326 documentos citados están enlazados para su consulta o descarga directa con un solo clic en su dispositivo electrónico de preferencia. De ahí que la distribución este documento, tal y como está concebido y para que pueda ser aprovechado todo su potencial, solo tenga sentido en formato electrónico; no obstante, está perfectamente maquetado para su impresión, también con solo un par de clics, para aquellos lectores que se sientan más cómodos leyendo en papel, pero sin perder el acceso a los enlaces del fichero/documento electrónico.

Todos los artículos, salvo los más antiguos no indexados, llevan incorporado el DOI (*digital object identifier* = identificador de objeto digital) y aunque aparece reducido para no estorbar demasiado, el metadato lleva incorporado el DOI completo, de manera que con un solo clic se accede a la dirección web donde puede descargarse –si no está protegido o se tiene acceso institucional a la editorial– o consultar su *abstract*. Como en este ejemplo. ¹

Se trata, pues, de un informe muy útil para miles de colegiados o asociados que trabajen en sus tesis o trabajos de fin de máster/grado o estén investigando sobre farmacia comunitaria, atención primaria, relaciones interprofesionales o sistemas y organizaciones sanitarias.

Precisamente por eso es por lo que hemos optado –al igual que hicimos con el libro en su momento– por una distribución corporativa o institucional. Al adquirir el informe, se adquiere también la licencia para su distribución, no solo a los miembros de los órganos directivos y el staff técnico, sino también, si así se desea, a los colegiados/asociados que pudieran estar interesados (que especialmente en el caso de los colegios/asociaciones de farmacéuticos, sobre todo entre los farmacéuticos comunitarios, serán sin duda muchos.)

Pero, en segundo lugar, el informe tiene también un gran valor como fuente de <u>conocimiento</u>. El autor (ampliar aquí) es un reputado sociólogo con más de 35 años de experiencia, autor de publicaciones de referencia, especializado en sociología de las profesiones sanitarias y que ha trabajado como consultor y asesor de numerosas asociaciones profesionales del sector sanitario (y también de otros, como el jurídico o el universitario), es decir, que conoce perfectamente el medio profesional y no solo a través del lecturas y fuentes documentales, sino también de su experiencia profesional directa.

-

¹ Oñatibia-Astibia A, Malet-Larrea A, Larrañaga B et al, *Tailored interventions by community pharmacists and general practitioners improve adherence to statins in a Spanish randomized controlled trial*. Health Serv Res, 2019; 00:1-11 (DOI: 10.1111/1475-6773.13152).

La información es la base del conocimiento y ya hemos visto que se ha acudido a una documentación ingente; pero es la *lectura* que se hace de la información lo que genera verdaderamente el conocimiento; y sin duda sorprenderán algunas de las *lecturas* que se realizan en *Atención Comunitaria en España. Agentes, estrategias y políticas*, interpretaciones o valoraciones de los hechos que sin duda escapan a los agentes profesionales implicados, precisamente por eso: porque están implicados y es muy dificil leer la realidad sin que sea a través de las lentes de los propios valores, experiencias, relaciones e intereses. Y ese es otro valor añadido del informe: su independencia y la completa ausencia de cualquier conflicto de intereses por parte del autor. Ni siquiera ha existido financiación externa, de ahí que la manera de retribuir el trabajo sea a través de una oferta de colaboración de todos los implicados en el debate, sean cuales sean sus vinculaciones, valores o intereses.

Y en tercer lugar, dentro de las razones por las cuales recomiendo obtener acceso al documento, es que el enfoque de edición que utilizamos permite una absoluta actualización de los contenidos, una gran agilidad para incorporar sobre la marcha los últimos acontecimientos o novedades. Por poner solo unos pocos ejemplos, en esta edición se incorpora el último informe de la AIReF sobre medicamentos de receta, el documento con la nueva definición de atención farmacéutica de la Sociedad Española de (documento Farmacia Hospitalaria deBarbate) las últimas actualizaciones de los programas para la contratación de farmacéuticos clínicos en las farmacias comunitarias de Inglaterra o Gales.

Acabo: soy consciente de que este informe podría resultar incómodo entre algunos sectores implicados, ya que cuestiona algunos lugares comunes y posiciones de parte, pero creo que sería más constructivo valorar su aportación real a un debate inaplazable entre las profesiones y los reguladores sanitarios que caer nuevamente en la tentación de intentar que sea ignorado para que ese debate no tenga lugar. No creo que sea esta una buena idea, ya que se trata de una aportación poco común: radicalmente independiente, bien documentada y con sólidos fundamentos teóricos, conceptuales y metodológicos.

Y confio, ahora hablo ya como editora, en que a una gran mayoría de los lectores les parezca un documento útil, ameno dentro de su complejidad y que ayuda, verdaderamente, a construir.

Pino Quevedo Betancor.

Editora.

Acrónimos utilizados.

ACSA · Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

AF · Atención farmacéutica.

AFD · Atención farmacéutica domiciliaria.

AIReF · Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal.

CGCOF · Consejo Oficial de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

CGCOM · Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

COF · Colegio(s) Oficial(es) de Farmacéuticos.

EAM · Errores en la administración de medicinas.

ECA · Ensayos clínicos aleatorizados.

FAP · Farmacia/farmacéutico de Atención Primaria.

FC · Farmacia comunitaria.

FH · Farmacia/farmacéutico hospitalaria/o.

FIP · International Pharmaceutical Federation.

Foro AF-FC · Foro de Atención Farmacéutica – Farmacia Comunitaria.

GP · General practitioner.

HCE · Historia clínica electrónica.

MAP · Medicina/médico de Atención Primaria.

MDS · Monitored dosage systems.

MUR · Medicines utilization review.

NHS · National Health Service (Inglaterra, Escocia y Gales).

NICE · National Institute of Clinical and Care Excellence.

NMS · New medicine service.

NP · Nurse practitioner.

OMC · Organización Médica Colegial.

PPI · Precio por intervención.

PPM · Precio por paciente/mes.

PPR · Precio por prueba realizada.

PRM · Problemas relacionados con el medicamento.

RU · Reino Unido.

SEFAC · Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria.

SEFH · Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

SEMERGEN · Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.

semFYC · Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

SEMG · Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

SFT · Seguimiento farmacoterapéutico.

SNS · Sistema Nacional de Salud.

SPD · Sistema personalizado de dosificación.

SPFA · Servicios profesionales farmacéuticos asistenciales.

Atención Farmacéutica en España. Agentes, estrategias y políticas.

Juan F. Hernández Yáñez.

Junio 2019.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN: EL BOALO, ¿SÍMBOLO O SÍNTOMA?	5
2. ATENCIÓN FARMACÉUTICA: UNA VISIÓN INTERNACIONAL	17
2.1. 'Modelos' de atención farmacéutica	19
2.2. Demografía profesional y cambios en los mapas competenciales	22
2.3. Un desarrollo muy heterogéneo y casuístico	24
2.4. Inglaterra, ¿el espejo donde se mira la FC española?	27
3. LA PERSPECTIVA LOCAL: ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESPAÑA	37
3.1 Definición de la Atención Farmacéutica	39
3.2. Modelo español de farmacia comunitaria y desarrollo de la atfarmacéutica: ¿compatibles?	ención 41
3.3. Historia de la AF en España: (1) Inicios accidentados	46
3.4. Historia de la AF en España: (2) Aspectos declarativos y consolidac Foro	ión del 51
3.5. Farmacia Comunitaria y Farmacia de Atención Primaria	54
3.6. Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales	59
3.7. Retribución de los SPFA	62
3.8. Algunas –necesarias– consideraciones jurídicas	65
3.8.1 Legislación	65
3.8.2 Jurisprudencia	69
3.8.3. El Reglamento General Europeo y el tratamiento de datos persona	des 71
4. EL MARCO GENERAL DEL DEBATE	73
4.1. El marco político: un entorno altamente competitivo	75
4.2. El marco sociológico: una identidad dual	81
4.3. El marco profesional: (1) estrategias colaborativas en las profesanitarias	
4.4. El marco profesional: (2) estrategias colaborativas, análisis de caso	94
4.5. El marco profesional: (3) un actor emergente a escala global	101
4.6. El marco organizacional	109
5. DESARROLLOS EN ESPAÑA	115
5.1. Comunidades autónomas	117
5.1.1. Andalucía	117
5.1.2. Aragón	118
5.1.3. Baleares	119
5.1.4. Canarias	119
5.1.5. Castilla-La Mancha	120
5.1.6. Castilla y León	120
5.1.7. Cataluña	121
5.1.8. Comunidad Valenciana	122
5.1.9. Galicia	126

5.1.10. Madrid	127
5.1.11. Murcia	129
5.1.12. Navarra	131
5.1.13. País Vasco	132
5.2. Proyectos locales y 'experimentales'	133
5.2.1 conSIGUE	134
5.2.2. AdherenciaMED	136
5.2.3 Sistema Personalizado de Dosificación – SPD	137
5.2.4. Concilia	138
5.2.5. Revisa	139
5.2.6. HazFarma	139
5.2.7. El farmacéutico que necesitas	141
6. ¿QUÉ EVIDENCIAS EXISTEN SOBRE EFECTIVIDAD Y EFICIENCI ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ATENCIÓN A LA CRONICIDAD Y EN PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA?	
6.1. Actualización de la bibliografía científica	145
6.1.1. Mejora de la adherencia	147
6.1.2. Polimedicación en cronicidad	154
6.1.3. Revisión de medicamentos	159
6.1.4. Conciliación de medicamentos	162
6.1.5. Intervenciones en salud pública	164
6.2. Análisis de la evidencia revisada	168
7. POLÍTICA Y POLÍTICAS SANITARIAS	173
7.1 Más allá de las evidencias, es la hora de la política	175
7.2. Problemas 'del lado de la oferta'	178
7.3. Problemas 'del lado de la demanda'	182
7.4. Una lectura en clave política	183
7.5 Prescrinción (nolítica): calma reflexión debate	185

Todos los enlaces han sido comprobados después del 31-5-2019

Atomoión	Farmacéutica	on Foncão	Acomtoo	catratarias	rr malíticas
Atencion	rarmaceunca	en Espana.	Agentes,	estrategias	v ponucas

1. Introducción: El Boalo, ¿símbolo o síntoma?

 $Son\ nuestras\ necesidades\ las\ que\ interpretan\ el\ mundo.$

F. Nietzsche.

Término municipal de El Boalo, Comunidad de Madrid. La titular de la farmacia, Lucrecia Gutiérrez, atiende a domicilio a siete vecinos plurimedicados que tienen dificultades para desplazarse a la farmacia. El coste del servicio para cada usuario es de 40 euros al mes, de los cuales, entre el 60% y el 85% es subvencionado por la Concejalía de Sanidad y Servicios Sociales. El servicio incluye un Sistema Personalizado de Dosificación que permite al usuario tener organizados toma a toma todos los medicamentos prescritos por su médico.

Sin embargo, la farmacéutica titular no se limita a ocuparse de las medicinas, o sea de *lo suyo*, sino que aprovechando cada visita anota el peso de sus «pacientes» –así los denomina en un vídeo difundido por su sociedad profesional–, la tensión y, si procede, otros parámetros como la glucosa en sangre. Una actividad de carácter claramente *asistencial* que no está contemplada en la legislación, ya que esta solo describe la intervención de la oficina de farmacia en lo relativo a la *prestación* farmacéutica; para más inri, los parámetros medidos grabados en la *tablet* de la farmacéutica no pueden ser incorporados al historial clínico de los pacientes, ya que las farmacias carecen de acceso al mismo.

(I)

2016-2017 venía siendo un bienio muy alentador para el Foro de Atención Farmacéutica–Farmacia Comunitaria (FORO AF–FC), liderado nominalmente por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) y la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), asociación esta que aglutina a los farmacéuticos que impulsan el movimiento de la Farmacia Comunitaria (FC).

En la Comunidad de Madrid, gobernada por el Partido Popular, un proyecto de modificación de la Ley de Ordenación Farmacéutica de 1998

incluía de manera bastante explícita el desarrollo de competencias asistenciales de las oficinas de farmacia, tanto en los establecimientos como en los domicilios de los usuarios, las cuales, según el proyecto de ley, «prestan servicios de carácter asistencial en colaboración y coordinación con otros profesionales de la salud». Asimismo, se reconocían como funciones de la oficina de farmacia el «desarrollo de las actividades y servicios asistenciales» que contemple el Gobierno de la Comunidad y «realizar actividades de atención farmacéutica domiciliaria.»

En otras comunidades autónomas, también parecían ir bien las cosas. En la Valenciana, el proyecto *Domi-Equifar* comenzaba un pilotaje para prestar una atención farmacéutica integral en sus domicilios a los pacientes crónicos a través de un equipo multidisciplinar, cuya actuación incluye la atención domiciliaria por parte de las farmacias comunitarias. Y, más importante aún, se empezaba el proceso de aprobación de un decreto para la «concertación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales y la acreditación de las oficinas de farmacia para la prestación de dichos servicios concertados» que fue enseguida puesto a trámite de información pública.

Para mayor oportunidad, la consejera de Sanidad de la Comunidad Valenciana, gran defensora del papel de la FC, era nombrada ministra de Sanidad.

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, el Gerente del Servicio Murciano de Salud no solo era un firme defensor de la FC, sino que había formado parte del equipo de trabajo entre las tres sociedades de médicos de AP y la de FC que desarrollaba en aquellos momentos un programa de coordinación entre médicos y farmacéuticos para la asistencia al paciente crónico. Diversos anuncios por parte de la Consejería y el Servicio de Salud anunciaban la inminente puesta en marcha de programas-piloto para comenzar la aplicación práctica del programa, en el que la Región sería una comunidad «pionera».

(II)

Ciertamente, ya entonces se venían *denunciando* esporádicamente desde la enfermería algunos de estos movimientos de las comunidades

autónomas, percibidos como "demasiado conniventes" con un rol expandido de la FC y cercanas al, si no inmersas en, intrusismo en las tareas propias de la enfermería. De manera muy especial, los movimientos de la Comunidad de Madrid y los de Valencia y Murcia estaban bajo vigilancia.

Pero el verdadero desencadenante de la guerra de los enfermeros contra la FC no fue de carácter administrativo o legal, sino simbólico. Y no fue uno, sino trino.

Por un lado, el documento conjunto de la sociedad científica de la FC (SEFAC) y las tres de médicos de atención primaria (SEMFYC, SEMERGEN y SEMG) sobre coordinación médico-farmacéutica en la atención a la cronicidad, que analizaremos en profundidad en este documento, presentado a finales de 2017. Este documento fue visto como el ninguneo de un actor profesional clave en la atención a la cronicidad, una suerte de *pinza* de médicos de Atención Primaria (AP) y farmacéuticos comunitarios para relegar a la enfermería en este ámbito clave para el futuro sanitario y profesional.

En segundo lugar, la propuesta de SEFAC presentada en su Congreso de Alicante en mayo de 2018, sobre Atención Farmacéutica Domiciliaria (AFD), incluía actuaciones o «servicios» que caen claramente dentro de las competencias de las enfermeras de AP en relación con la cronicidad (medición y control de la presión arterial y el riesgo cardiovascular, abordaje y control de la diabetes, cribados, asesoramiento nutricional, educación sanitaria...). Este movimiento también fue duramente criticado por parte de la organización médica.

Pero además, coincidiendo con la finalización del congreso, SEFAC difunde una serie de vídeos (formato publirreportaje) sobre experiencias de AFD. En uno de ellos (Alcoy) se ejemplifica la práctica colaborativa entre farmacéuticos comunitarios, farmacéuticos de atención primaria y enfermeras gestora de casos. En el segundo (Alconchel, Badajoz) se presenta un convenio con el consistorio dentro del programa de ayuda social domiciliaria.

Y en el tercero, la farmacéutica de El Boalo explica su experiencia de atención farmacéutica domiciliaria, habla de «mis pacientes» y es grabada mientras toma la tensión, mide la glucosa con una lanceta, pesa a la usuaria, recaba información sobre estado de salud y hábitos, etc. Es decir, mientras realiza actividades características de una consulta domiciliaria de enfermería (se puede ver el vídeo siguiendo este enlace).

A partir de entonces, todo se empieza a descontrolar. A pesar de que la aprobación de la Ley de Farmacia de la Comunidad de Madrid se daba por descontada, al tener el Partido Popular y Ciudadanos la mayoría absoluta en la Asamblea, un proyecto tan importante estratégicamente para la FC, sorprendentemente, descarriló.

Los grupos progresistas, PSOE y Podemos, presentaron una enmienda a la totalidad, desmarcándose claramente del impulso a la FC. Ciudadanos, que no había apoyado la enmienda a la totalidad, manifestó sus reservas a raíz de la polémica y, reacios a enfrentarse a las 60.000 enfermeras madrileñas, adoptó una estrategia dilatoria (decisión en la que tuvo gran influencia la presión de su responsable nacional de sanidad), lo que finalmente impidió la aprobación de la ley antes de la disolución de la Asamblea por fin de la legislatura.

Ello, a pesar de que el Colegio Oficial de Farmacéuticos (COF) de Madrid rectificó, renunciando a la atención domiciliaria entre otros temas, firmando un armisticio con las organizaciones enfermeras; lo cual, lejos de servir para algo, ya que la ley no se aprobó, ocasionó un desagradable enfrentamiento entre el COF de Madrid y el CGCOF, que le afeó su *traición*. Tenemos así, el doble efecto de una equivocación estratégica: no aprobación de una ley pionera y ruptura de la cohesión interna en los órganos de representación profesional.

Por su parte, la Comunidad Valenciana, presionada por el Consejo Valenciano de Enfermería, introdujo cambios de gran calado en su proyecto de decreto de concertación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA), especialmente por condicionar este desarrollo al marco básico de la ley de garantías.

Finalmente, el Colegio de Enfermería de Madrid, parece ser que a instancias de la enfermera del Centro de Salud de El Boalo, denuncia ante la Inspección Sanitaria lo que considera un caso de intrusismo profesional y la Consejería de Sanidad ordena a la farmacéutica de El Boalo cesar en la realización de una actividad asistencial que no está contemplada en el Convenio de Colaboración firmado con el Colegio de Farmacéuticos.

Todo ello en un período políticamente muy convulso, como es de sobra conocido; un *contexto político líquido* que si algo aconsejaba era prudencia y mentalidad estratégica, algo en lo que el Foro AF-FC mostró sus carencias. De esta manera, 2018, que prometía ser un año de extraordinario progreso para la AF, se convirtió en un *annus horribilis*.

(III)

Estos movimientos de SEFAC no aportaron nada a la FC pero sí le hicieron perder algunas oportunidades, especialmente en Madrid, ya que los grupos de la oposición, que en un principio no manifestaron una gran oposición al proyecto de ley, se posicionaron en contra, alegando que «los cambios que propone esta Ley responden a intereses muy específicamente gremiales, no existiendo en ellos aspectos de interés público» (PSOE) y que «actividades como la prevención, el seguimiento farmacoterapéutico o la atención domiciliaria son competencia de médicos, enfermeros, farmacéuticos de Atención y Primaria y farmacéuticos de hospital» (Podemos)². Y para más inri, a partir de aquel momento tomó cuerpo una fuerte campaña que presentó la AFD como símbolo del intrusismo profesional y de la «privatización encubierta y estafa» que representa (Satse)³, fruto de la «avaricia económica de unos establecimientos

² Diariofarma, 15 de octubre de 2018: *Los argumentos de PSOE y Podemos para intentar tumbar el Proyecto de Ley de Farmacia de Madrid* (https://www.diariofarma.com/2018/10/15/losargumentos-de-psoe-y-podemos-para-intentar-tumbar-el-proyecto-de-ley-de-farmacia-demadrid).

³ Diariofarma, 23 de abril de 2018: *Satse califica la farmacia asistencial de "estafa" y "privatización encubierta"* (https://www.diariofarma.com/2018/04/23/satse-califica-la-farmacia-asistencial-estafa-privatizacion-encubierta).

comerciales» (Consejo General de Enfermería)⁴, todo ello con gran aparato mediático (y financiero).

Además, esta estrategia poco meditada hizo que otras comunidades autónomas de las más receptivas ante la AF, especialmente la valenciana, la balear y la murciana, se mostraran mucho más cautas, como se podrá ver en el capítulo cuarto de este documento. Para más inri, en el terreno de la imagen, especialmente por la polarización política en la Comunidad de Madrid, se empezó a identificar la Atención Farmacéutica (AF) como una propuesta de las derechas.

Finalmente, en este apresurado resumen, existe unanimidad en considerar que las propuestas del recién publicado *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*⁵ suponen un claro refuerzo de la farmacia de atención primaria (FAP) y una no menos clara frustración de las expectativas de la FC.

(IV)

Este baño de realidad sirve para evidenciar que unas estrategias poco meditadas, que tratan de ampliar el campo de competencias de la FC utilizando recursos característicos de los lobbies y desligados de las lógicas del relato, el consenso y la negociación, pueden llegar a ser altamente contraproducentes. Y que así debería ser reconocido para no volver a equivocarse (en vez de limitarse a tratar de silenciar al mensajero.)

Y es que la realidad es tozuda: la legislación básica sobre oficinas de farmacia, medicamentos y ordenación profesional, competencia exclusiva del Estado en los tres casos, no contempla a día de hoy la Atención Farmacéutica (al menos, en la definición/concepto que adoptó el Foro AF). A pesar de ello, decenas de administraciones locales y algunas comunidades autónomas, pretenden crear sus propios desarrollos, sea

⁴⁴ El Global, 14 de noviembre de 2018: *Enfermería, sin límites: señala en un folleto la "avaricia económica" del farmacéutico* (https://www.elglobal.es/farmacia/enfermeria-sin-limites-senala-en-un-folleto-la-avaricia-economica-del-farmaceutico-Al1813288).

⁵ *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria,* BOE del 7 de mayo de 2019 (https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761).

mediante procesos legislativos, sea mediante reglamentos, sea simplemente por la vía de los hechos (convenios o subvenciones).

Se argumenta que no se trata de los servicios básicos, obligatorios para todas las oficinas de farmacia y remunerados a través de los márgenes comerciales, sino de servicios complementarios y colaborativos y que ello justifica que deban ser voluntarios y remunerados. Pero ello no obsta para que su prestación por parte de las farmacias y de los farmacéuticos comunitarios debería estar contemplada y definida en la legislación básica, para poder estar regulada en los reglamentos.

(V)

Lo que resulta evidente es que debe existir una mínima congruencia entre las propuestas para una generalización de la farmacia asistencial y los condicionantes impuestos por el modelo de farmacia comunitaria español, cuya defensa en lo sustancial –y hasta en casi todo lo accesorio—supone una línea roja para el sector. De eso, así como de aprender de las experiencias foráneas, trata sobre todo este dossier.

Cuando se reclama legitimidad para exigir competencias o actividades por el hecho de que los farmacéuticos comunitarios las poseen o realizan en otros países, no parece razonable pretender importar únicamente lo que interesa o conviene, desechando aquello que amenaza el actual statu quo. Quizás ese mayor desarrollo en otros países se explique precisamente porque haya sido el modelo de farmacia comunitaria el que se ha adaptado a las necesidades del sistema sanitario, y no al revés.

Es cierto que una mayor integración de las farmacias comunitarias dentro de los dispositivos de atención primaria y comunitaria podría resultar muy interesante, especialmente de cara a las nuevas demandas sanitarias relacionadas con la pluricronicidad. Pero conviene recordar que la definición de la AF (*Pharmaceutical Care*) que realizan las asociaciones de farmacéuticos, empezando por su Federación Internacional, es mucho más ambiciosa –y por ello desborda sin duda nuestro marco legal– que la que se realiza desde las agencias técnico-jurídicas encargadas de proporcionar sustento conceptual y analítico a quienes elaboran las políticas.

Por ejemplo, el Consejo de Europa, a través del Directorio Europeo para la Calidad de los Medicamentos y la Atención Sanitaria (EDQM)6, definió en 2012 la AF como:

La provisión responsable de la terapia farmacológica con el objetivo de obtener resultados definidos que mejoren la calidad de vida del paciente (...) Un proceso mediante el cual el farmacéutico coopera con los pacientes y otros profesionales en el diseño, implementación y monitorización de un plan terapéutico que produzca resultados terapéuticos específicos para el paciente.

Y concretó este proceso de AF en tres funciones principales: identificar, solucionar y prevenir «los problemas potenciales y reales relacionados con los medicamentos.»

Posición similar a la que expresaban solo quince años atrás los más reconocidos fundadores, o al menos precursores, del movimiento de la AF en España: ^{7,8}

La Atención Farmacéutica que corresponde al concepto de Pharmaceutical Care, es un trabajo profesional en el cual se hace un seguimiento sistemático del tratamiento farmacológico que sigue un paciente, con el objetivo de obtener el máximo beneficio de los medicamentos con el menor número de efectos adversos posibles (...) En la práctica la Atención Farmacéutica necesita para poder ser llevada a cabo, establecer una relación entre el farmacéutico y el paciente, que permita un trabajo en común con objeto de buscar, identificar, prevenir y resolver los problemas que puedan surgir durante el tratamiento farmacológico de esos pacientes. Resalta el carácter activo de la Atención Farmacéutica, es decir, no se trata de esperar a que surjan Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), sino de buscar y resolver esos problemas.

Se trata sin duda de una enorme responsabilidad y una aportación altamente cualificada a los servicios de salud y a los ciudadanos, que dista

⁶ European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare: *Pharmaceutical Care. Policies and Practices for a Safer, More Responsible and Cost-effective Health System*, 2012 (https://www.edqm.eu/medias/fichiers/policies_and_practices_for_a_safer_more_responsibl.pdf)

⁷ Faus Dader MJ y Martinez Romero F, *La Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria:* evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. Pharm Care Esp, 1999; 1: 52-61 (https://pharmaceutical-care.org/revista/doccontenidos/articulos/5261.pdf).

⁸ Faus MJ, *Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social*. Ars Pharmaceutica, 2000; 41(1): 137-143 (https://www.ugr.es/~ars/abstract/41-137-00.pdf).

mucho de estar implementada y que debería poder hacerse con carácter universal, no, como se pretende, sobre una base de voluntariedad; y con un modelo específico de retribución, que sin duda debe plantearse, pero que no tiene por qué ser necesariamente un pago por servicio o usuario, ya que por lo general incentiva el consumo (como ciertamente sucede a mayor o menor nivel en muchos países de nuestro entorno). Aunque no existen sistema de retribución sin pros y contras, la clave es establecer aquel sistema que menos contras y más pros presente; por ejemplo, por participación en programas (con un sistema de evaluación adecuado) o por resultados en salud/modificación de conductas.

(VI)

Para los servicios de salud, este tipo de desarrollos incoherentes a que nos estamos refiriendo fragmentan la asistencia sanitaria y la información sobre el paciente; descapitalizan el servicio público; no está demostrado que aporten valor en cuanto a la eficiencia general de los servicios sanitarios públicos y la calidad de la atención sanitaria; suponen un incremento no cuantificado/cuantificable del gasto sanitario directo, sin garantías de retorno en forma de ahorros o de mejor salud y bienestar; gasto que quizás estaría mejor empleado en la mejora cuantitativa y cualitativa de las plantillas de profesionales, incluidos los farmacéuticos clínicos y gestores; suponen una amenaza a la relación clínico-paciente; son contrarias a la legislación básica del Estado; y, por ende, fomentan un riesgo de intrusismo profesional más o menos explícito.

Un desarrollo sin orden, caracterizado por el tacticismo, los trompicones y los bandazos se pagará caro en el futuro: en descohesión de los servicios de salud; en judicialización de decisiones que deberían ser estrictamente técnicas; en inequidad en el acceso de los ciudadanos a la prestación y servicios farmacéuticos; y en frustración a medio plazo de los propios farmacéuticos comunitarios.

Aunque El Boalo sea para muchos un símbolo de todo lo bueno que puede aportar la FC y de todo lo malo que cabe esperar del corporativismo (ajeno) y de la falta de coraje y visión de las administraciones públicas, probablemente sea antes un síntoma, que un símbolo: síntoma de una

estrategia para forzar el avance de la FC adoptada sin unos marcos conceptuales, estratégicos y operativos que por el momento –y en el futuro, de no corregirse el rumbo de colisión– supone darse contra el muro de la realidad una y otra vez y condenar a la melancolía a los sectores más comprometidos de la profesión.

Las críticas a esta estrategia y a determinadas actuaciones no pueden ser despachadas como una descalificación del movimiento de la AF y un intento de condena al ostracismo social y profesional de un colectivo tan importante. Pero una sucesión de errores sí podría producir una creciente hostilidad por parte del entorno político y sanitario. Como decía hace escasos días un consultor de la Federación Internacional Farmacéutica–FIP, «si el cambio en el exterior es mayor que en el interior de la organización, el fin está cerca.» ⁹

Por tanto, Atención Farmacéutica, entendida como la mejor aportación de la farmacia comunitaria para resolver problemas concretos relacionados con los medicamentos, sí: pero no así. Describir y analizar – dentro de lo razonable o posible en un documento como este– el marco internacional puede ayudarnos a contextualizar el debate; por ahí comenzamos en el capítulo siguiente.

⁹ Correo Farmacéutico, 3 de junio de 2019: *Tecnología y menos individualismos para competir con otros canales* (https://www.correofarmaceutico.com/gestion/oficina-de-farmacia/tecnologia-y-menos-individualismos-para-competir-con-otros-canales.html).

	Atención Farn	nacéutica en E	spaña. Agentes,	estrategias y	políticas
				. 1	
2. Atención Farma	aceutica:	una visi	on intern	acional	

Los think-tanks tratan de cubrir el espacio entre la teoría y la práctica escuchando a la sociedad y en diálogo con ella. Por eso tienen que ser, no ya interdisciplinarios, sino antidisciplinarios.

E. Lamo de Espinosa.

2.1. 'Modelos' de atención farmacéutica

El movimiento de Atención Farmacéutica (*Pharmaceutical Care*) aparece en EE. UU. en los años 90 del siglo pasado¹⁰ y se extiende (tímidamente) por Europa, donde en 1994 se crea la Red Europea de Atención Farmacéutica (*Pharmaceutical Care Network Europe*) y se llevan a cabo algunos programas piloto en el Reino Unido, Holanda o Dinamarca, además de ciertos desarrollos académicos.

Aunque posteriormente se ha ampliado mucho su desarrollo práctico en ciertos países, en sus orígenes la AF se centraba exclusivamente en el desarrollo de programas y planes para prevenir los errores en la prescripción, administración y uso de los medicamentos (lo que normalmente se conoce como "problemas relacionados con el medicamento" o PRM); entre ellos:

- No se emplea el medicamento que el enfermo necesita.
- El medicamento está mal seleccionado.
- La dosis es inferior a la correcta.
- La dosis es superior a la correcta.
- Reacciones adversas.
- Interacciones.

¹⁰ La denominación 'pharmaceutical care' se utiliza por primera vez en Hepler CD y Strand LM, *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*. Am J Hosp Pharm, 1990; 47(3): 533-43. En el trabajo se define la atención farmacéutica como «la provisión responsable de medicamentos con el propósito de lograr resultados definidos que mejoren la calidad de vida del paciente» (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2316538).

- Incumplimiento de la posología.
- Uso innecesario del medicamento.

Según el Consejo de Europa (ver el documento del EDQM antes citado¹¹) el rol de la AF cobra sentido en las siguientes actividades o problemas:

- 1. Uso inapropiado o inseguro de medicamentos.
 - 1.1. Reporte de errores en la medicación.
 - 1.2. Errores de prescripción.
 - 1.3. Errores de dispensación.
 - 1.4. Errores en la administración de medicinas (EAM).
- 1.5. Efectos adversos medicamentosos en la atención ambulatoria.
 - 1.6. Mala/baja comunicación de efectos adversos.
 - 2. Poca adherencia y falta de efectividad en los medicamentos prescritos.

Sin embargo, y con toda la legitimidad, el movimiento de la AF viene reclamando a nivel internacional un rol más amplio dentro de los servicios de salud, especialmente en la atención comunitaria, primaria y sociosanitaria. Dependiendo de aspectos importantes, como las subculturas profesionales, la demografía profesional, las características organizativas de los servicios y organizaciones sanitarios o las propias características del modelo de farmacia comunitaria, la AF se va permeabilizando –o lo va intentando– en mayor o menor grado por los servicios de salud, «como dedos de una mano que se adentran en los barrios». 12

¹¹ European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare: *Pharmaceutical Care. Policies and Practices for a Safer, More Responsible and Cost-effective Health System*, 2012 (https://www.edqm.eu/medias/fichiers/policies_and_practices_for_a_safer_more_responsibl.pdf)

¹² SEFAC-SEMERGEN-semFYC-SEMG: Modelo de coordinación médico-farmacéutico para la atención al paciente con enfermedad crónica en atención Primaria, 2017 (https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Coordinacion_Medico_farmaceutico_cronicos.pdf).

Es muy frecuente en países como el nuestro, en el que existe un escaso nivel de desarrollo de la AF, que este rol extendido de la farmacia comunitaria se apoye en la divulgación de experiencias de otros países, que suelen ser puestos como ejemplo a imitar. Sin embargo, suele presentarse un *totum revolutum* en el que se mezclan farmacéuticos consultores/gestores, farmacéuticos clínicos y farmacéuticos comunitarios—oficinas de farmacia.

Por otro lado, utilizar como argumento a favor de la asunción de nuevas competencias el hecho de que estas hayan sido asumidas en numerosos países, tiene un grave problema: que los resultados documentados solo podrían ser homologados, o presumiblemente replicados, a igualdad de entorno (modelo de servicio sanitario; regulación profesional; stocks de profesionales; autonomía gestora...) y de modelo de FC. Por otro lado, también habría que tener en cuenta el papel que prestan los farmacéuticos en otros niveles o ámbitos: salud pública, atención primaria, farmacia hospitalaria y otros.

Suele plantearse que existen cuatro grandes *modelos* de farmacia, pero la verdad es que existen tantos modelos como países, al menos a los efectos que tratamos, es decir el desarrollo de los servicios farmacéuticos asistenciales.

Por simplificar un poco, recogeremos solo las variables dicotómicas que determinan el modelo, exclusivamente las referidas a las oficinas de farmacia-apotecas, no a las competencias de farmacéuticos en otros niveles o entornos asistenciales; entre ellas (y sin pretender ser exhaustivos):

- Si existe algún tipo de restricción regulatoria específica para la apertura de oficinas de farmacia o son tratadas como cualquier otro negocio del sector servicios, sometidas únicamente a regulaciones sectoriales.
- Si solo puede ser titular del establecimiento un farmacéutico o pueden ser abiertas por cualquier persona física o jurídica o administración pública (incluso en exclusividad, como en Suecia hasta 2009).

- Si es exigible que esté al cargo un farmacéutico o no (y aún más, si su presencia permanente en el establecimiento durante el horario de apertura es estrictamente obligatoria).
- Si el farmacéutico titular o responsable tiene competencias para modificar la prescripción médica (por ejemplo, para cambiar un fármaco de marca por su genérico o la posología).
- Si los farmacéuticos comunitarios pueden obtener una acreditación para prescribir, colaborativa o independientemente.
- Si los medicamentos sin receta solo pueden ser expedidos –física o telemáticamente: nueva variable dicotómica– por las oficinas de farmacia.

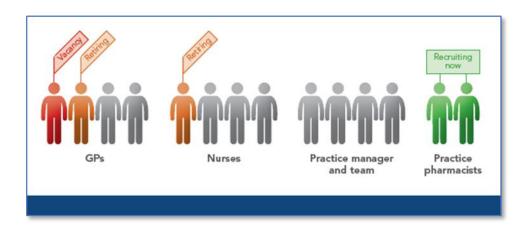
La combinatoria nos da 64 variantes (o 'modelos'). Si a ello le añadimos la variable financiación, con tres valores (asegurador; copago; usuario-subvencionador), el esquema se complica mucho. No existen, claramente, cuatro *modelos*.

Hay que tener en cuenta que en muchos de estos países los equivalentes de nuestros centros o áreas de salud suelen tener una autonomía amplísima para contratar los profesionales o servicios que estimen convenientes (y para los que dispongan de fondos propios o asignados a partir de programas nacionales específicos). No son sistemas isomorfistas (se diseña un modelo general y se replica en todos los centros, servicios o unidades) como el nuestro, sino que poseen capacidad de adaptación (por ejemplo, a población indígena, áreas remotas aisladas, etc.).

2.2. Demografia profesional y cambios en los mapas competenciales

Hay que entender que con frecuencia esta estrategia de apostar por la AF está más espoleada por factores demográficos que conceptuales. En realidad, aunque suelen referirse razones de coste-efectividad o eficiencia, la principal razón que explica acudir a las farmacias comunitarias son los problemas de disponibilidad de profesionales, médicos y enfermeras. Así

se evidencia gráficamente en un documento de NHS Alliance –un *lobby* británico que persigue rebalancear el NHS hacia la atención primaria y comunitaria– y la Royal Pharmaceutical Society¹³:



La mayor parte de los países desarrollados está experimentando una grave crisis de disponibilidad de enfermeras (un millón en los próximos cinco años, en Estados Unidos¹⁴; 40.000 en el Reino Unido, que se prevé que ascenderán a 51.000 como consecuencia del Brexit; 60.000 en Canadá, proyección 2022¹⁵; 44.000 en Australia, proyección 2025¹⁶...); y en ciertos ámbitos territoriales, como las zonas rurales, marginales o inhóspitas, también de médicos de atención primaria. Ello significa que los profesionales están sometidos a cargas de trabajo excesivas que ponen en riesgo la calidad y seguridad de la atención prestada a sus pacientes; e, incluso, que simplemente no es posible encontrar médicos o enfermeras

¹³ NHS Alliance / RPS, *Pharmacists and general practice: A practical and timely part of solving the primary care workload and workforce crisis.* Octubre de 2014 (https://www.nhsalliance.org/wp-content/uploads/2014/12/NHS-Alliance-Pharmacists-in-general-practice.pdf).

¹⁴ American Association of Colleges of Nursing: *Nursing shortage*, 1 de abril de 2019 (https://www.aacnnursing.org/Portals/42/News/Factsheets/Nursing-Shortage-Factsheet.pdf).

¹⁵ The Huffington Post Canada, 30 de abril de 2016: *Canada Suffering Nurse Shortage, Though Other Countries Have It Worse* (https://www.huffingtonpost.ca/2016/05/30/nurse-shortage-canada n 10208080.html).

¹⁶ Health Workforce Australia: *Australia's Future Health Workforce – Nurses Overview Report*, agosto 2014

⁽https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/34AA7E6FDB8C16AACA257D9 500112F25/\$File/AFHW%20-%20Nurses%20overview%20report.pdf).

de práctica avanzada para que la población disponga de una consulta médica en su zona. 17

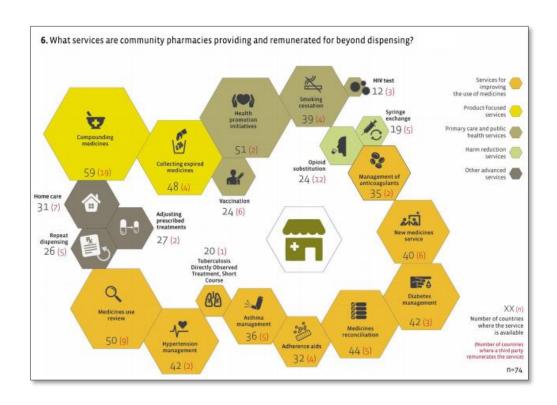
Y en ese sentido, desde la lógica de solucionar problemas reales, se ha optado por echar mano de otras profesiones, bien creándolas con recorridos formativos más cortos (associated o practice nurse, physician assistant o practice physician y otros allied healthcare professionals), bien potenciando la práctica avanzada del resto: este es el caso de las farmacias comunitarias y de los farmacéuticos que trabajan en ellas. No se han contratado servicios con ellas porque fuera la solución de primera elección, en términos generales, sino porque no había otra posibilidad, dada la insuficiencia en el número de profesionales clínicos (médicos, enfermeras, terapeutas... o farmacéuticos clínicos). También, por supuesto, en aquellas zonas sin oferta asistencial sanitaria donde se ha visto más costeeficiente echar mano de un recurso existente, formándolo y acreditándolo, que implantar nuevos recorridos profesionales o dispositivos.

2.3. Un desarrollo muy heterogéneo y casuístico

Un estudio de la Federación Farmacéutica Internacional (FIP)¹⁸ describe, sobre un total de 74 países que ha aportado información, el nivel de implantación de los diferentes servicios o prestaciones farmacéuticas. En la ilustración, extraída de la publicación, y en la tabla posterior (elaboración propia a partir de la misma) podemos ver los detalles:

¹⁷ En Australia, por ejemplo, esto afecta a uno de cada 20 ciudadanos. Duckett S y P Breadon, *Access all areas. New solutions for GP shortages in rural Australia*. Grattan Institute, 2013 (https://grattan.edu.au/report/access-all-areas-new-solutions-for-gp-shortages-in-rural-australia/).

¹⁸ International Pharmaceutical Federation – FIP. *Pharmacy at a glance, 2015-2017*. La Haya, 2017 (https://fip.org/files/fip/publications/2017-09-Pharmacy_at_a_Glance-2015-2017.pdf).



Servicio	TOTAL	(%) N=74	Abonado por asegurador	(%)	Abonado por usuario	(%)2
Formulación magistral	59	80%	19	32%	40	68%
Actividades de promoción de la salud	51	69%	2	4%	49	96%
Revisión de uso de medicamentos	50	68%	9	18%	41	82%
Contenedor medicamentos caducados	48	65%	4	8%	44	92%
Conciliación de medicamentos	44	59%	5	11%	39	89%
Seguimiento diabéticos	42	57%	3	7%	39	93%
Seguimiento hipertensos	42	57%	2	5%	40	95%
Revisión de nuevas prescripciones	40	54%	6	15%	34	85%
Cesación tabáquica	39	53%	4	10%	35	90%
Seguimiento asmáticos	36	49%	5	14%	31	86%
Seguimiento anticoagulantes	35	47%	2	6%	33	94%
Adherencia a la prescripción	32	43%	4	13%	28	88%
Seguimiento domiciliario	31	42%	7	23%	24	77%
Ajuste de tratamientos prescritos	27	36%	2	7%	25	93%
Dispensar tratamientos de crónicos	26	35%	5	19%	21	81%
Vacunación	24	32%	6	25%	18	75%
Metadona y sustitutivos de opioides	24	32%	12	50%	12	50%
Detección Tuberculosis	20	27%	1	5%	19	95%
Intercambio de jeringuillas	19	26%	5	26%	14	74%
Test VIH	12	16%	3	25%	9	75%

Como puede verse, los servicios más extendidos –además de los relacionados con el propio medicamento: dispensación, formulación y reciclado– son los relacionados con la mejora en el uso de los medicamentos (51% de países, como media estadística) y la salud pública

(43%). En la parte media y baja de la tabla aparecen los que el propio documento denomina 'otros servicios avanzados' (38%) y de 'reducción de daños' (29%).

Algo que no aparece en la tabla, pero sí en el documento (pág. 4), es que solo en 12 de los 74 países (16%) el farmacéutico comunitario tiene algún tipo de acceso a la historia clínica del usuario:

- Solamente uno (Singapur) tiene acceso completo (1%).
- Dos más, Kenia y Reino Unido, tienen acceso a un sumario general de la historia (3%).
- Otros nueve pueden acceder únicamente a ciertos apartados (12%).
- 62 carecen de cualquier acceso a la HC (84%).

En general, los desarrollos suelen consistir en servicios dirigidos a sectores de usuarios/pacientes concretos, tratando de dar solución a problemas o sectores de población concretos y bien delimitados y no de estrategias más globales.

Por ejemplo, en Australia, dentro del programa *Home Medicines Review* el farmacéutico comunitario revisa la medicación de los pacientes crónicos polimedicados en el domicilio del usuario. Este puede dirigirse a su farmacia local o a un farmacéutico comunitario, pero el servicio se atiende en el domicilio. El pago es por servicio (unos 215 dólares), con un máximo de 20 servicios al mes. ¹⁹

En Nueva Zelanda, al programa *Medicines Use Review and Adherence* Support²⁰ solo pueden incorporarse quienes:

- Vivan solos en la comunidad y
- Tengan una o más condiciones o dolencias crónicas y

¹⁹ 6th Community Pharmacy Agreement: *Medication management programs - Home medicines review* (http://6cpa.com.au/medication-management-programs/home-medicines-review/).

²⁰ Ministry of Health: *Implementing Medicines New Zealand 2015 to 2020*. Wellington, 2015 (www.countiesmanukau.health.nz%2Fassets%2FCommunity-health%2FPharmacy%2FMURservice-specification.pdf&usg=AOvVaw0Od394TpnJaJxZ-hqxuVnT).

- Algún miembro de equipo de atención primaria sabe o sospecha que está experimentando, o está en alto riesgo de hacerlo, problemas relacionados con su medicación y
- Cumpla ciertas condiciones (3 o más medicamentos diarios; haber estado hospitalizado en las 4 semanas anteriores; tenga varios prescriptores; comience a tomar algún medicamento con riesgos de efectos adversos; etc.)

En la provincia de Alberta, cuyo gobierno ha sido el que más pasos ha dado en el desarrollo de los servicios farmacéuticos asistenciales en Canadá, el Plan Anual de Atención Integral (Comprehensive Annual Care Plan –CACP), que es el servicio mejor remunerado²¹, está destinado a personas con dos o más patologías crónicas, de un cuadro de siete (o una dolencia y dos o más factores de riesgo, de un cuadro de tres). La Evaluación Estándar de Gestión de Medicamentos (Standard Medication Management Assessment–SMMA), retribuida en torno a la mitad que el CACP, va dirigido a pacientes crónicos que estén tomando al menos cuatro medicamentos pautados diferentes.

Y en Bélgica, por poner un último ejemplo, está limitado a personas asmáticas que inician tratamiento con corticoides.

Es cierto que existen países que han avanzado de manera muy decidida en sus planes de expansión de un rol extendido de la FC, persiguiendo su integración como un agente profesional más, no solo en las políticas, sino también en los servicios sanitarios públicos.

2.4. Inglaterra, ¿el espejo donde se mira la FC española?

Aunque desarrollos de la AF similares se producen también en otros estados europeos, en Canadá o Estados Unidos, el caso más significativo y conocido, al menos para nosotros, es el del Reino Unido. Son, por esa misma razón, los países donde más se ha desarrollado la práctica

²¹ 100-125 \$, la evaluación inicial; 20-25 \$ la consulta de seguimiento tras hospitalización o remitido para ello por un profesional no farmacéutico. Alberta Blue Cross, *Compensation for Pharmacy Services*, 2012 (https://www.rxa.ca/media/24075/346_PSF.pdf).

enfermera avanzada como factor motivacional para el reclutamiento y retención de enfermeras cualificadas. Como parte de esta práctica avanzada, en Inglaterra se estableció en los años 90 la prescripción enfermera, colaborativa – supplementary – o autónoma – independent –.

Pero a menudo se olvida que, junto con este rol prescriptor de las enfermeras, también se estableció y desarrolló también el rol prescriptor de los farmacéuticos, exactamente en las mismas condiciones (si bien algo más tarde). Primero, como prescriptores colaborativos (2003), después como prescriptores autónomos (2006). En 2013, había unos 3.000 farmacéuticos prescriptores en Inglaterra, pero solo el 8% de ellos ejercían en farmacias comunitarias: casi el 50% lo hacía en hospitales y casi el 40%, en consultas de AP y *GP practices* (centros de AP). ²²

Es dificil hablar del *modelo* del Reino Unido, porque sus cuatro sistemas (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte) funcionan de manera cada vez más diferente y un modelo que era muy homogéneo en todo el país, el del *National Health Service*–NHS, está evolucionando de manera muy diversa. ²³

El NHS de Inglaterra –que reúne el 84% de los 66 millones de habitantes del país– realizó una fuerte apuesta en la primera década de este siglo para integrar las farmacias comunitarias en los dispositivos de atención primaria.

Hasta entonces, los dos programas 'estrella' caían plenamente dentro de las competencias clásicas de los farmacéuticos:

■ En Inglaterra (y Gales), el primer recurso a las oficinas de farmacia fue el programa Medicines Use Review (MUR) (entre 20 y 28 £ por servicio, actualmente).

Lo que es: una manera de...

²² General Pharmaceutical Council, *Prescribers Survey Report*, Londres, mayo 2016 (https://www.pharmacyregulation.org/sites/default/files/gphc prescribers survey report.pdf).

²³ Tunstall I, *The UK health care system*. EvidenceNetwork.ca, 2018 (https://evidencenetwork.ca/the-uk-health-care-system/).

- Mejorar la comprensión de los pacientes sobre sus medicinas.
- Resaltar efectos colaterales problemáticos y proponer soluciones cuando esté indicado.
- Mejorar la adherencia.
- Reducir el derroche de fármacos, normalmente insistiendo al paciente para que solo pida en la farmacia los que realmente requiera.

Y lo que no es:

- Una revisión clínica completa.
- Un acuerdo para sustituir medicamentos.
- Un debate sobre el problema médico, más allá de lo que sea preciso para alcanzar los anteriores objetivos.
- Un debate sobre la efectividad del tratamiento basado en resultados de pruebas.
- Posteriormente, el programa New Medicine Service (NMS), 28 € por servicio, brinda apoyo a las personas con dolencias crónicas a quienes se ha prescrito un nuevo medicamento para ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento; inicialmente se ha enfocado a grupos específicos de pacientes y/o patologías. Un estudio independiente²⁴ ha concluido que este programa tiene un impacto positivo pero modesto (añade 0,5 años de vida en buen estado de salud y ahorra de promedio 144 libras por paciente).

Pero en octubre de 2005 se presentó un nuevo marco contractual, que fue respaldado por la reforma de la Ley del NHS de 2006 –y que es básicamente el que propone el Foro AF-FC para España–. Según este marco regulador y contractual, las farmacias están obligadas a dispensar una cartera de servicios básicos o esenciales, pero pueden, sobre una base voluntaria, prestar servicios avanzados (revisión o conciliación de

²⁴ Elliot RA, Tanajewski L, Gkontouras G et al, *Cost effectiveness of support for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: an economic evaluation of the new medicine service (NMS) compared with normal practice.* Pharmacoeconomics, 2017; 35 (12): 1237–1255 (DOI: 10.1007/s4027).

medicamentos...) y mejorados (*local enhanced*), por encargo de las áreas de salud (*primary care trusts* o *primary care networks*). Por ejemplo:

- Vacunación contra la gripe (7,64
 £ por servicio).
- Personalización de estomas (4,32 € por servicio).
- Revisión de uso de productos sanitarios y dispositivos por un farmacéutico o una enfermera (28 € en farmacia; 54 € en domicilio).
- Suministro urgente de medicamentos, en fase piloto (1,50 € por el primer medicamento y 0,50 € adicionales por el resto).

No obstante, es importante hacer notar que, a partir del marco contractual de 2013 y como parte de los servicios básicos o esenciales (es decir, sin remuneración adicional) las FFCC, debían:

- Participar en la promoción de estilos de vida saludables.
- Participar en, al menos, seis campañas de salud pública al año.
- Encargarse de la retirada de medicamentos desechados.
- Prestar apoyo para los autocuidados.
- Derivar a los miembros de la comunidad a los servicios sanitarios más apropiados para el problema que presentan.
 - Hay que recalcar cinco aspectos importantes de estos desarrollos:
- En primer lugar, que en el Reino Unido, a diferencia de nuestro país, las regulaciones son 'de suelo' y no 'de techo'; es decir, que liberan posibilidades para que las autoridades sanitarias locales (commisionates y contractors) realicen –o no– los contratos que tengan a bien con los agentes legalmente autorizados para dar respuestas concretas y localizadas a problemas concretos y localizados. No es ni una barra libre ni un café para todos.
- Sobre esa base, las autoridades sanitarias locales deciden si contratar personal propio (farmacéuticos comunitarios o clínicos) o firmar convenios con las oficinas de farmacia del distrito para actividades concretas.
- En segundo lugar, que en el caso de las farmacias comunitarias o locales estas deben disponer de al menos un farmacéutico certificado para el programa de que se trate. Al menos para la

prestación de servicios o prestaciones 'avanzados', la certificación obligatoria y específica, tanto del farmacéutico como del establecimiento, siempre está presente en las especificaciones del contrato.

- En tercer lugar, que se creó un organismo representativo de las farmacias con convenio con el NHS (Pharmaceutical Services Negotiating Committee) encargado no solo de negociar las condiciones contractuales, a modo y manera de una patronal, sino también de diseñar los programas piloto, evaluar los resultados, proponer programas, controlar las buenas prácticas de las farmacias, etc. Todo ello bajo el control del Departamento (ministerio) de Salud y Servicios Sociales.
- En cuarto lugar, que la práctica más habitual en los distritos fue contratar farmacéuticos clínicos como unos miembros más del equipo asistencial. Tras un programa piloto en el que se emplearon 32,1 millones de libras en contratar 491 farmacéuticos, se aprobó un presupuesto de 112 millones para el período 2016-2021, promoviendo la contratación de otros 1.500 farmacéuticos clínicos como parte de una expansión más amplia de los recursos humanos de los distritos para que los pacientes puedan tener acceso a un catálogo más amplio de profesionales altamente cualificados.
- Finalmente, que la regulación de estos programas, realizada en el Título 4 del Reglamento sobre servicios farmacéuticos²⁵, es extremadamente exigente y detallada con respecto a las obligaciones de las farmacias comunitarias que deseen contratar con el NHS dentro del marco contractual (*Community Pharmacy Contractual Framework*), habiéndose establecido controles muy rígidos por parte del órgano.

Cabe resaltar que a pesar de los casi 15 años de existencia del marco contractual con la farmacia comunitaria (Inglaterra y Gales, 2005;

²⁵ The National Health Service (Pharmaceutical and Local Pharmaceutical Services) Regulations, 2013 (http://www.legislation.gov.uk/uksi/2013/349/contents/made).

Escocia, 2006) una revisión sistemática muy reciente de artículos en/sobre FC en el RU concluye que: ²⁶

Mientras que la mayor parte de la literatura sugiere que las opiniones de los pacientes y la sociedad sobre la farmacia comunitaria son positivas, su conocimiento de los servicios farmacéuticos más allá de la dispensación de medicamentos sigue siendo bajo. Los pacientes siguen mirando a sus médicos, por lo que resultará fundamental una integración exitosa de los servicios de las farmacias en los recorridos de la atención primaria. Para poder conseguirlo, las habilidades clínicas de los farmacéuticos, más allá del suministro de medicamentos, deben ser reconocidas y aceptadas por los pacientes y también por los médicos. Finalmente, también habría que abordar algunas barreras potenciales dentro de la farmacia, como la poca confianza de los farmacéuticos, una reorganización de las cargas de trabajo para poder ofertar con eficacia servicios de alta calidad o el conflicto potencial que plantea un entorno comercial.

Es cierto que el informe de la Secretaria de Estado de Salud al Parlamento²⁷, promovió una nueva visión de la farmacia como centro sanitario con una amplia cartera de servicios, incluidos algunos de carácter clínico, especialmente enfocados hacia la cronicidad. Propuso a las farmacias que se convirtieran en centros de promoción y mantenimiento de una vida saludable, ofreciendo consejos para fomentar los autocuidados y tratando problemas de salud menores.

Pero el plan no funcionó como se pretendía, como reconoció siete años después la *Royal Pharmaceutical Society*: ²⁸

A pesar de su potencial, la farmacia –y particularmente las farmacias comunitarias– se encuentra marginada dentro del sistema de salud. Es visto por los otros como una profesión más bien aislada, ocupada en sus propias preocupaciones y ausente en los debates y decisiones de las organizaciones de atención sanitaria y social y en el amplio mundo de las políticas de salud.

²⁷ Secretary of State for Health: *Pharmacy in England. Building on strengths – delivering the future,* 2008

(https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/228858/7341.pdf).

²⁶ Hindi AMK, Schafheutle EI y Jacobs S, *Patient and public perspectives of community pharmacies in the United Kingdom: A systematic review.* Health Expectations, 2018;21:409–428 (DOI: 10.1111/hex.12639).

²⁸ Smith J, Picton C y Dayan M, *Now or never: shaping pharmacy for the future*. Royal Pharmaceutical Society, noviembre de 2013 (https://www.rpharms.com/resources/reports/now-or-never-shaping-pharmacy-for-the-future).

Incluso la mera observación estructurada permitió llegar a la misma conclusión:

Lo cierto es no funcionó, en buena medida porque las propias farmacias no mostraron demasiado entusiasmo por esta nueva visión, que en el orden práctico consistía básicamente en delegar las funciones técnico-comerciales de distribución del medicamento en el personal auxiliar, de manera que los farmacéuticos pudieran incorporarse plenamente a los equipos de atención primaria: ²⁹

A pesar de los repetidos intentos durante la última década de ir cambiando los roles de los farmacéuticos hacia las actividades de atención a los pacientes, sobre la base de esta investigación los farmacéuticos comunitarios continúan empleando la mayor parte de su tiempo en las tareas técnicas (en contraposición a las cognitivas centradas en el paciente) de dispensación.

Otro factor fue la ausencia de un proceso estratégico de implementación basado en evidencias, que sirviera de marco operativo³⁰. Los médicos, por su parte, tampoco parecieron mostrarse muy entusiastas, quizás irrealistamente esperanzados en que los farmacéuticos se centraran más en reducir las cargas de trabajo médicas que en otros objetivos³¹. Y tampoco los ciudadanos parecieron mostrarse excesivamente proclives a integrar el rol de la FC como *hub* de salud y bienestar del servicio de salud, como reconoce el NICE en su Guía de agosto de 2018 «Farmacias comunitarias: promoviendo la salud y el bienestar.» ³²

Entre otros factores, hay que tener en cuenta que en el Reino Unido hay solo 14.389 farmacias (dato de 2016) para 66,1 millones de habitantes (a 20 minutos caminando de distancia, por término medio) y que, a

²⁹ Davies JE, Barber N y Taylor D, What do community pharmacists do? Results from a work sampling study in London. Int J Pharm Pract, 2014; 22(5):309-318 (DOI: 10.1111/ijpp.12083).

³⁰ Nazar ZJ, Nazar H, White S y Rutter P, *A systematic review of the outcome data supporting the Healthy Living Pharmacy concept and lessons from its implementation*. PLoS ONE, 2019; 14(3): e0213607 (DOI: 10.1371/journal.pone.0213607).

³¹ Bradley F, Seston E, Mannall C y Citts C, *Evolution of the general practice pharmacist's role in England: a longitudinal study*. British Journal of General Practice, 2018; 68 (675): 727-734 (DOI: 10.3399/bjgp18X698849).

³² National Institute for Health and Care Excellence: *NICE Guidline 102, Community pharmacies:* promoting health and wellbeing. 2 de Agosto de 2018 (http://nice.org.uk/guidance/ng102).

diferencia de nuestro país, existe un mercado muy concentrado: solo las dos principales cadenas de farmacias (*Boots Pharmacy* y *Lloydspharmacy*) son propietarias de más de la cuarta parte (3.952 farmacias = 28%) del total de farmacias del país y entre las 12 cadenas que poseen más de 100 farmacias acaparan la mitad del total (7.085 = 49%), contratando a más de 12.500 farmacéuticos³³. Ello les concede una gran capacidad de presión sobre los *trusts* de atención primaria –que, por el contrario, sí conforman un mercado comprador muy fragmentado–, con gran capacidad para imponer sus condiciones y precios.

Fue ello lo que llevó al NHS inglés, dentro de su plan de relanzamiento de la atención primaria y comunitaria³⁴, a tratar de paliar la falta de médicos de familia introduciendo en los centros de atención primaria diversas figuras profesionales, entre ellas la del farmacéutico clínico. Tras un programa piloto de 31 millones de libras, que permitió contratar 470 farmacéuticos en 700 consultorios, existe un programa de otros 100 millones de libras para que todas las redes de atención primaria puedan contratar nuevos farmacéuticos clínicos, con el objetivo de que haya uno por cada 15.000 asegurados, abonando el NHS el 70% de los costes laborales³⁵. En marzo de 2019 había un total de 1.029 farmacéuticos clínicos en el NHS-England, con un crecimiento del 38,6% en los últimos 12 meses. ³⁶

Este programa se enmarca dentro del desarrollo de las *primary care* networks, que persiguen el trabajo en red de diversos centros de atención primaria (general practices) para cubrir poblaciones de entre 30.000 y 50.000 personas, escala necesaria para poder ampliar la cartera de

³³ Sukkar E, *Community pharmacy in Great Britain 2016: a fragmented market*. The Pharmaceutical Journal, May 2016, Vol 296, No 7889, online (DOI: 10.1211/PJ.2016.20201210).

³⁴ NHS England, *General practice forward view*. Abril de 2016 (https://www.england.nhs.uk/publication/general-practice-forward-view-gpfv/).

³⁵ NHS England, *Briefing on Clinical Pharmacists and the Network Contract DES*, online, 2019 (https://www.england.nhs.uk/gp/gpfv/investment/gp-contract/briefing-on-clinical-pharmacists-and-the-network-contract-des/).

³⁶ NHS Digital, 30 de mayo de 2019: *General Practice Workforce, Final, 31 March 2019*, experimental statistics (https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/general-and-personal-medical-services/final-31-march-2019-experimental-statistics).

servicios básica, implementando determinados programas nacionales financiados por NHS-England; entre los cinco primeros a poner en marcha, con el horizonte abril 2020, se encuentra el programa de revisión estructurada de medicamentos (structured medication review). ³⁷

Una evaluación independiente bastante reciente³⁸ concluyó que la aportación de los farmacéuticos clínicos a los centros de medicina de familia ha sido muy valiosa, tanto hacia fuera –pacientes– como hacia dentro –médicos y otro personas facultativo–, y que una mayoría de los gestores desea consolidar su presencia incluso cuando finalice el esquema de subvención del NHS. Se critica, no obstante, un cierto exceso de rigidez en la definición de los roles, que deberían ser más abiertos y flexible para adecuarse a las necesidades de cada centro. Aun así, la valoración es muy positiva. Son dificultades inherentes a cualquier proceso de incorporación de nuevos perfiles para–médicos en un ecosistema profesional tradicionalmente dominado por la profesión médica. ^{39,40}

El último movimiento es ampliar los lugares donde estos farmacéuticos clínicos prestan sus servicios... incluyendo las propias farmacias comunitarias. ⁴¹

La misma estrategia, por cierto, que propone el NHS de Gales, donde dentro de un ambicioso plan de desarrollo de la FC se propone que en 2030

³⁸ Mann C, Anderson C, Avery AJ, Waring J y Boyd ML, *Clinical Pharmacists in General Practice: Pilot scheme. Independent Evaluation Report: Full Report.* The University of Nottingham, junio de 2018 (https://www.nottingham.ac.uk/pharmacy/documents/generalpracticeyearfwdrev/clinical-pharmacists-in-general-practice-pilot-scheme-full-report.pdf).

³⁷ Baird B, *Primary care networks explained*. The King's Fund, 13 de marzo de 2019 (https://www.kingsfund.org.uk/publications/primary-care-networks-explained).

³⁹ Nelson PA, Bradley F, Martindale AM, McBride A y Hodgson D, *Skill-mix change in general practice: a qualitative comparison of three 'new' non-medical roles in English primary care*. British Journal of General Practice, 2019; online first: 1-10 (DOI: 10.3399/bjgp19X704117).

⁴⁰ Anderson C, Zhan K, Boyd M y Mann C, *The role of pharmacists in general practice: A realist review. Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2019; 15(4):338-345 (DOI: 10.1016/j.sapharm.2018.06.001).

⁴¹ PSNC, *Briefing 018/19: A summary of the Network Contract Directed Enhanced Service (DES)* 2019/20 (https://psnc.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/PSNC-Briefing-018.19-A-summary-of-the-Network-Contract-Directed-Enhanced-Service-DES-2019.20.pdf).

exista un farmacéutico prescriptor independiente en cada farmacia comunitaria. 42

⁴² Welsh Pharmaceutical Committee: *Pharmacy: Delivering a Healthier Wales*, 2019 (https://www.rpharms.com/Portals/0/RPS%20document%20library/Open%20access/Policy/Pharmacy%20Vision%20English.pdf?ver=2019-05-21-152234-477).

3. La perspectiva local:	Atención Farmacéutica en España	

Atención Farmacéutica en España. Agentes, estrategias y políticas

La convicción sobre cómo se comportan los átomos no afecta a cómo estos se comportan en realidad, pero las creencias acerca de cómo funciona el sistema económico afectan a la forma en que funciona realmente.

J Stiglitz.

3.1 Definición de la Atención Farmacéutica

El *Documento de Consenso* del Foro de Atención Farmacéutica⁴³ adoptó en 2006 la siguiente definición:

Atención Farmacéutica es la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades.

Y se aclara en el documento que:

Dentro de la Atención Farmacéutica se distinguen actividades que podrían agruparse en el ámbito de la clínica por estar orientadas a la asistencia al sujeto en el manejo de los medicamentos antes que al medicamento en sí. Son actuaciones como: la indicación de medicamentos que no requieren prescripción médica, prevención de la enfermedad, educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico personalizado y todas aquellas otras que se relacionan con el uso racional del medicamento.

Explicado de manera sencilla (no se nos ofendan los puristas), el primer párrafo correspondería propiamente a la AF y el segundo, a los SPFA.

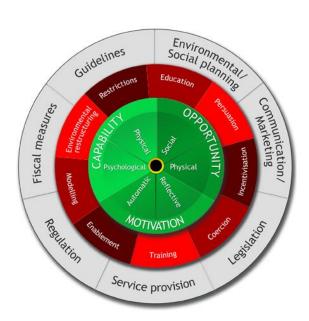
Hace escasas semanas, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria ha consensuado con otras sociedades científicas farmacéuticas/médicas y asociaciones de pacientes y directivos de la salud la adopción de una nueva definición, basada, según se informa, en el

⁴³ Foro de Atención Farmacéutica: *Documento de Consenso*, 2008 (https://www.pharmaceuticalcare.org/archivos/804/foro_at_farma.pdf).

modelo CMO (Capacidad – Motivación – Oportunidad). La definición contenida en el *Documento de Barbate*⁴⁴ es la siguiente:

La Atención Farmacéutica es la actividad profesional por la cual el farmacéutico se vincula con el paciente (y/o cuidador) y el resto de profesionales sanitarios para atender a este en función de sus necesidades, planteando las estrategias para alinear y alcanzar los objetivos a corto y medio/largo plazo en relación a la farmacoterapia e incorporando las nuevas tecnologías y medios disponibles para llevar a cabo una interacción continuada con el mismo, con el fin último de mejorar los resultados en salud.

La novedad no es tanto la definición –que no es *tan* diferente de la del Foro de 2006–, cuanto la metodología de análisis de los cambios necesarios en la situación de los pacientes y el papel del profesional en estos procesos. Tiene su base en la *behaviour change wheel* y el sistema COM-B (capacidad, oportunidad, motivación) de Michie y colaboradores, que se han convertido en un estándar para el diseño de intervenciones de modificación de conductas. ^{45,46}



⁴⁴ SEFH-FEFH, 31 de mayo de 2019: *Documento de Atención Farmacéutica de Barbate* (https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Barbate/190531DocumentoBarbate VF.pdf).

⁴⁵ Michie S, van Stralen M y West R, *The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions*. Implementation Science, 2011; 6:42 (DOI: 10.1186%2F1748-5908-6-42).

⁴⁶ Michie S, Atkins L, West R. (2014) *The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions*. London: Silverback Publishing (www.behaviourchangewheel.com).

Podemos comparar de manera más estrecha ambas definiciones, la de la farmacia comunitaria y de la farmacia hospitalaria, para comprobar que no existen excesivas diferencias; si acaso un lenguaje más moderno y una delimitación más cerrada, en torno a la farmacoterapia, del ámbito de actuación en la segunda:

Foro AF (2006)	SEFH (2019)
Participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades.	Actividad profesional por la cual el farmacéutico se vincula con el paciente (y/o cuidador) y el resto de profesionales sanitarios para atender a este en función de sus necesidades, planteando las estrategias para alinear y alcanzar los objetivos a corto y medio/largo plazo en relación a la farmacoterapia e incorporando las nuevas tecnologías y medios disponibles para llevar a cabo una interacción continuada con el mismo, con el fin último de mejorar los resultados en salud.

3.2. Modelo español de farmacia comunitaria y desarrollo de la atención farmacéutica: ¿compatibles?

El modelo español de farmacia, uno de los más restrictivos del mundo en cuanto se refiere a la libre competencia en los mercados, cuenta con bastantes enemigos. Aunque el Tribunal de Justicia de la Unión Europea viene prestando su apoyo⁴⁷ («no sólo es justificable la exclusión de quienes no sean farmacéuticos de la explotación de una farmacia privada, sino también la prohibición de que las empresas de distribución de productos farmacéuticos adquieran participaciones en las farmacias municipales»), lo cierto es que este posicionamiento no significa que no se puedan adoptar decisiones en sentido contrario, como han ido haciendo,

⁴⁷ Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, Comunicado de Prensa 44/09 (https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2009-05/cp090044es.pdf).

como un goteo, tantos países de la Unión Europea que compartían con España las líneas generales del modelo. 48

Es sabido que la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia-CNMC tiene este modelo en su punto de mira⁴⁹. Sin un posicionamiento tan claramente antagonista, el Gobierno, a través del Programa de Estabilidad 2019-2022, asume algunas de las propuestas de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal-AIReF –que van sin duda mucho más allá- bajo el objetivo, por ejemplo, de que «el sector público se beneficie de los descuentos que ahora reciben las farmacias»⁵⁰. Ello significa que el modelo no está a salvo y que, antes que reformas globales del modelo, se prefiera desde los poderes públicos ir minando algunos de los fundamentos que parecían intocables.

Otro factor muy importante, cuya potencialidad como motor de cambio está subestimada a nuestro juicio, es el tecnológico. Por mucha reactividad que exista en el sector, la FC no va a poder convertirse en una isla o en una fortaleza frente los desarrollos de la llamada economía colaborativa, los canales *online* de venta o el *home delivery* –cada vez más presente en los servicios de farmacia hospitalaria, con apoyo de las consejerías de sanidad⁵¹ y para disgusto de las asociaciones de farmacéuticos y del CGCOF–. ⁵²

⁴⁸ De hecho, Italia –uno de los dos países que recurrieron ante el TJUE, dando lugar a la Sentencia aquí arriba citada– liberalizó en agosto de 2017 el mercado farmacéutico minorista, dando entrada a capital no profesional, al igual que había hecho Portugal unos años antes (https://www.arrasfarma.com/blog/se-liberaliza-mercado-la-propiedad-farmacias-italia/).

⁴⁹ CNMC, 21 de octubre de 2015: *Estudio sobre el mercado de distribución minorista de medicamentos en España* (https://www.cnmc.es/2015-10-21-estudio-sobre-el-mercado-de-distribucion-minorista-de-medicamentos-en-espana-272086).

⁵⁰ Reino de España, 30 de abril de 2019. *Actualización del Programa de Estabilidad 2019-2022* (http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/prensa/ficheros/noticias/2018/ProgramaEstabilidad201 9-2022.pdf).

⁵¹ Correo farmacéutico, 22 de octubre de 2018: *Autonomías ven a la farmacia dentro del proyecto de entrega a domicilio* (https://www.correofarmaceutico.com/politica-sanitaria/autonomias-ven-a-la-farmacia-dentro-del-proyecto-de-entrega-a-domicilio.html).

⁵² Correo Farmacéutico, 24 de septiembre de 2018: *Riesgo de conflicto por el 'home delivery'* (https://www.correofarmaceutico.com/politica-sanitaria/home-delivery-un-servicio-que-vaganando-adeptos-desde-el-hospital.html).

El desfase entre la realidad y el marco normativo está llevando, también –aunque no solo– en el terreno del desarrollo tecnológico, a que ciertos competidores estén intentando desafiar dicho marco mediante formalizaciones creativas –fraudes de ley, le dicen otros– en el borde mismo de la legalidad. Desde las ciencias sociales, parece mucho más probable que terminen por *reventar las costuras* del estrecho marco normativo, con consecuencias jurídicas y políticas probablemente graves, que una perpetuación del modelo sin cambios profundos, algo que se reconoce incluso en el entorno académico del lobby internacional farmacéutico (FPI).

Por eso, aunque no se trata en este Informe de tomar partido en esta disputa, sí es preciso cuestionarse si la defensa a ultranza sin fisuras ni revisionismos del modelo español de farmacia comunitaria es compatible con un programa de máximos sobre AF como el que se plantea desde el Foro AF-FC. Veamos.

A pesar de que el gasto en farmacia minorista se sitúa en la media de los países miembros, España es el país de la OCDE con mayor densidad de farmacias: con 47,2 por 100.000 habitantes (2015), dobla la media de los 26 países (24,7) y se sitúa por delante del segundo, Japón, a pesar de que este tiene un 43% más de farmacéuticos en relación a su población (170) que España (119). ⁵⁴

Pese a lo que suele creerse, esta situación no es reciente, sino que tiene un largo recorrido histórico. En 1978 había 14.200 farmacias; aproximadamente, 2.400 habitantes por oficina, el doble de la recomendación de la OMS y cinco veces más que en los Países Nórdicos. El número de farmacias crecía a una tasa del 2,9% anual, mientras que la

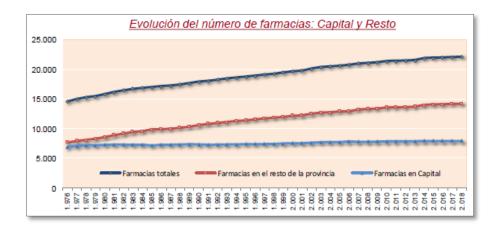
⁵³ Baines D, Bates I, Bader L, Hale C y Schneider P, *Conceptualising production, productivity and technology in pharmacy practice: a novel framework for policy, education and research*. Human Resources for Health, 2018; 16:51 (DOI: 10.1186/s12960-018-0317-5).

⁵⁴ OECD: *Panorama de la Salud 2017. Indicadores de la OCDE*, cap. 10 (https://www.oecd-ilibrary.org/panorama-de-la-salud-

²⁰¹⁷_5j8mn2d6ln23.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fpublication%2F9789264306035-es&mimeType=pdf).

población solo lo hacía al 1,1% y ya entonces un 40% de los farmacéuticos –el 89% de ellos poseían farmacia– pensaba que había demasiadas. ⁵⁵

La *microfarmacia* predominante en nuestro *modelo mediterráneo*, cuyo número medio de empleados es de 3,4 (2017) ⁵⁶, de los cuales 2,3 son farmacéuticos (2,4 en 2018) ⁵⁷, hace que nuestras farmacias estén mucho peor posicionadas, tanto por dotación de recursos como por tamaño y estructura, que las de otros países para desarrollar de manera generalizada un modelo de farmacia asistencial ⁵⁸. A favor, por el contrario, juega el hecho de que el crecimiento en el parque de farmacias se ha realizado casi en su totalidad fuera de las capitales de provincia, donde muchas veces no están tan accesibles otros recursos sanitarios, siendo así reforzada la dimensión sanitaria de la farmacia comunitaria (gráfico extraído del documento citado del CGCOF):



⁵⁵ De Miguel JM, *Análisis sociológico del sector farmacéutico en España*. REIS, 1979; 5: 55-79 (http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_005_06.pdf).

⁵⁶ Informe Anual Aspime de Oficinas de Farmacia 2017. Elsevier España, Barcelona (2017) (http://www.aspime.es/2017_Informe_Anual_Oficinas_Farmacia.pdf).

⁵⁷ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, *Estadísticas de Colegiados Farmacéuticos y Farmacias Comunitarias 2018*, 3 de junio de 2019 (https://statics-correofarmaceutico.uecdn.es/cms/sites/11/2019/06/Estadisticas-de-Colegiados-y-Farmacias-2018.pdf). En la web del Consejo General, el documento está ubicado en la zona restringida de acceso a usuarios.

⁵⁸ Esta farmacia-tipo va siendo retada por un modelo empresarial de seudofranquicias –no siempre bien consideradas entre las patronales y las organizaciones profesionales–, pero aún es absolutamente minoritario. Por otro lado, las farmacias de mayor tamaño y volumen tienden a concentrarse en las zonas más turísticas, que presentan unas características peculiares a la hora de realizar la AF.

Es imposible no acordarse de la similitud de este desarrollo tan capilarizado territorialmente con el del sector de la banca minorista española hace 10 años, cuando llegó a tener una oficina por 1.000 habitantes, frente a los 5.000 de Holanda o el Reino Unido (2008). La extraordinaria capilaridad, especialmente en el mundo rural, fue un activo social de extraordinaria importancia... hasta que se hizo financieramente insoportable y comenzó el goteo de cierres –las 45.662 oficinas de 2008 se quedaron en 27.706 en 2017, una reducción del 40%⁵⁹–, especialmente grave en los miles de pueblos pequeños que se quedaron sin cobertura financiera de ningún tipo. Incluso se producen, como sucede con las farmacias VEC, subvenciones públicas, vía conciertos o convenios, para que la población no quede desasistida de servicios bancarios básicos como el acceso a un cajero automático. ⁶⁰

No tratamos de establecer paralelismos, simplemente constatar que hay momentos en los que la consecución de unos objetivos estratégicos puede exigir renunciar a elementes sustanciales del modelo; o, por el contrario, el mantenimiento del modelo puede llevar a tener que renunciar a determinados objetivos, con lo cual, al final, resulta que lo estratégico es el modelo y no los objetivos.

Este modelo de microfarmacia muy capilarizada explica en buena medida la necesidad que tienen nuestras boticas de utilizar los domicilios particulares como una extensión natural de sus exiguos locales. Y estas limitaciones también explican que los desarrollos reclamados tengan que plantearse, como se hace desde el sector, sobre una base de voluntariedad, lo cual supone un grave problema: la posibilidad de recibir una AF, de primera o de segunda, o de no recibirla en absoluto, estaría en función del código postal, no de la necesidad real de cada comunidad, usuario o paciente. Como bien acaba de recordar el presidente del CGCOF, «la salud

⁵⁹ Jiménez Gozalo C y Tejero Sala H, *Cierre de oficinas bancarias y acceso al efectivo en España*. Revista de Estabilidad Financiera, 34, mayo 2018

⁽https://www.bde.es/f/webbde/GAP/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/RevistaEstabilidadFinanciera/18/MAYO/Articulo_Jimenez_Tejero.pdf).

⁶⁰ Expansión, 9 de mayo de 2019: *El Consell alquila a los bancos 120 cajeros por 7,4 millones en zonas rurales sin oficinas*

⁽http://www.expansion.com/valencia/2019/05/09/5cd46b82268e3ec5588b4634.html).

y los tratamientos farmacológicos no pueden depender del código postal de los pacientes.» ⁶¹

3.3. Historia de la AF en España: (1) Inicios accidentados

El término AF empieza a utilizarse en España a partir de mediados de los 90, cuando comienzan a realizarse algunos estudios prospectivos sobre el impacto de la AF en el seguimiento farmacoterapéutico, generalmente en determinadas condiciones o patologías (asma, enfermedad congestiva crónica, diabetes...). También aparecen artículos y ponencias (la inmensa mayoría de los cuales son publicados en la revista *Pharmaceutical Care España*) que especulan –si la base de evidencia de hoy no es demasiado consistente, entonces era llanamente inexistente, siendo sustituida por el *sentido común*– con el papel de la oficina de farmacia en la mejora de la eficiencia terapéutica y la detección de errores de prescripción.

Progresivamente empieza también a importarse y extenderse la denominación de Farmacia Comunitaria (*Community Pharmacy*) para referirse a las oficinas de farmacia⁶². Esta denominación, que tanto irrita en ciertos ámbitos (*la autodenominada*, *la mal llamada*, *la pretendida*, *la supuesta...*), es perfectamente descriptiva, dada la excelente capilaridad comunitaria de la red de oficinas de farmacia española, y homologable, dada su aceptación cuasi universal. ⁶³

⁶¹ CGCOG, nota de prensa, 6 de junio de 2019: *El Consejo General advierte de la falta de equidad, del aumento de desabastecimientos y de la pérdida de adherencia a los tratamientos que provocaría la subasta de medicamentos propuesta por la AIREF* (https://www.portalfarma.com/Profesionales/consejoinforma/Paginas/2019-comunicado-informe-airef-subasta-medicamentos.aspx).

⁶² En Canadá y parte de EE. UU., sin embargo, ha tenido éxito la denominación/marca *The Pharmacist in Your Neighborhood* (algo así como farmacia de barrio). Y en Bélgica también se ha consolidado desde la propia FC la etiqueta de farmacéutico de proximidad o referencia (pharmacien de réferènce).

⁶³ Aunque es cierto que en España se interpretó como una provocación que en 2014 la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria—SEFAC añadiera a su denominación estatutaria el término «Familiar», para quedar «Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria-SEFAC», como queriendo simular un carácter de especialidad oficial, imitando la denominación de las especialidades oficiales de Medicina y Enfermería, "Familiar y Comunitaria".

Esta visión algo más ampliada sobre el rol sanitario de las oficinas de farmacia quedaría reflejada, si bien de manera bastante *light*, en la *Ley 16/1997*, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia⁶⁴. En esta norma, además de los habituales en lo relativo a la distribución, conservación y dispensación de cualquier oficina de farmacia, se incluye entre los servicios básicos a prestar a la población:

La colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.

Asimismo, viene contemplada en determinadas leyes autonómicas de ordenación farmacéutica. Las primeras fueron las del País Vasco (1994)⁶⁵ y Extremadura (1996) –ley que, por cierto, se denominó «de atención farmacéutica»⁶⁶ hasta que fue sustituida por «de farmacia» en 2006–, siguiendo Castilla-La Mancha y Murcia (1997), Comunidad Valenciana, Baleares, Madrid y La Rioja (1998) y Galicia y Aragón (1999).⁶⁷

Ante aquellos movimientos preliminares o incipientes, el vicepresidente de la *Comisión Abril*, Enrique Costas Lombardía, economista de prestigio, recibía con bastante hostilidad este pretendido *rol extendido de las oficinas de farmacia*, alertando sobre sus peligros en un

⁶⁴ BOE del 26 de abril de 1997 (https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1997-9022).

⁶⁵ Artículo 2: «Se concibe la atención farmacéutica como el servicio de interés público comprensivo del conjunto de actuaciones, tanto en el ámbito asistencial como de salud pública, que deben prestarse, en las condiciones que se establecen en la legislación vigente, por profesionales sanitarios, bajo la responsabilidad de un farmacéutico, en los establecimientos y servicios farmacéuticos»

⁶⁶ Artículo 1: «Atención farmacéutica es el proceso por el cual se facilita adecuadamente el acceso a medicamentos y productos relacionados a los ciudadanos, contribuyendo a hacer un uso racional y eficiente de los mismos por los profesionales sanitarios y los individuos, participando en la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud con el objetivo de mejorar y proteger el estado de salud y la calidad de vida de los individuos y la comunidad. La atención farmacéutica comporta, por tanto, un proceso mediante el cual un farmacéutico coopera con el paciente y con otros profesionales en el diseño, implantación y monitorización de los tratamientos farmacológicos de los pacientes con el fin de optimizar los resultados terapéuticos en éstos.»

⁶⁷ La referencia a la AF no se produjo hasta la primera ley sobre garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en 2006; en realidad la legislación se refiere a los «procedimientos de atención farmacéutica». Sin embargo, no aparece su definición en el glosario del texto refundido de la ley (Real Decreto Legislativo 1/2015).

artículo, algunos de cuyos argumentos se siguen esgrimiendo aún hoy, casi 20 años después: ⁶⁸

La atención farmacéutica parte, en esencia, de la siguiente proposición: en la prescripción y en la toma de medicamentos, el médico y el enfermo cometen errores (los PRM), cuya prevención o enmienda aportaría al paciente y a la sociedad beneficios sanitarios y económicos, y a tal fin, siendo el farmacéutico el técnico del medicamento, se hace necesario que este profesional controle en el enfermo la terapia farmacológica; o dicho de modo resumido, la custodia del enfermo por el farmacéutico sería el remedio contra el mal uso de los fármacos.

Un discurso de aparente cooperación y novedad que, en realidad, es interesado y simplificador. Con la curiosa lógica de "aprovechando que el Pisuerga pasa por Valladolid" utiliza los PRM como pretexto para extravasar artificialmente las funciones de la profesión farmacéutica.

Su visión era que la existencia de programas estandarizados de control de la prescripción médica por parte de las oficinas de farmacia era innecesaria, e incluso peligrosa, debido a:

- Interferencias y confusiones derivadas del control de la actividad de otros profesionales (los médicos).
- La existencia de una abundante información acreditada y disponible sobre todos los medicamentos; los errores en la prescripción no son debidos en general a falta de competencia prescriptora de los médicos, corregible mediante una revisión experta, sino a causas exógenas: excesivas cargas de trabajo, formación continuada, problemas en el suministro de información técnica sobre medicamentos, etc.
- Unos costes «probablemente insoportables», dado que los pocos estudios que supuestamente documentaban y calculaban los ahorros derivados de una disminución de PRM adolecían de graves deficiencias metodológicas.
- Una elección irracional, puesto que «el médico está en situación de hacerlo de forma más sencilla, más eficaz, mucho más barata y, sobre todo, integrada en su función profesional, sin dislocar el orden

⁶⁸ Costas Lombardía E, *Análisis crítico de la Atención Farmacéutica*. Medicina General, 2000; 25: 591-598 (http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/junio2000/591-598.pdf).

natural de la asistencia. Que ahora no lo haga no significa que no pueda hacerlo. El control del enfermo forma parte de la conducta clínica diaria, y en ningún tipo de tratamiento la competencia técnica del médico deja vacíos que requieran ser ocupados por un farmacéutico».

- Generación de desconfianza e incertidumbre entre los pacientes con respecto a sus médicos, dado que, al actuar el farmacéutico con autonomía completa, tensionará la relación médico-paciente cuando aquel sea desautorizado al acudir este a la oficina de farmacia.
- La existencia inevitable de millones de historias clínicas «disfrazadas de historias farmacoterapéuticas» depositadas en establecimientos comerciales; lo cual, además iría contra lo establecido en la Ley General de Sanidad, que ordena la existencia de una historia clínico-sanitaria de cada paciente única en cada área de salud.
- Finalmente supondría, según Costas, un acto claro de intrusismo profesional, por ser una actividad o función no contemplada en ninguna ley, excepto para los médicos.

Este artículo tuvo su agria réplica por parte de la SEFAC en la revista de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria: ⁶⁹

Un trabajo titulado "Análisis crítico de la atención farmacéutica" debería tener mayor rigor científico, pero es un texto de opiniones personales sesgadas y falto de rigor y elegancia. De las 13 referencias bibliográficas, al menos cuatro no han sido leídas directamente por el autor, sino que han sido citadas a partir de otras referencias, lo que sirve de indicador respecto a la profundidad del análisis. En definitiva, este trabajo, así como otro publicado en el mismo año, en el que se copian literalmente párrafos enteros del primero, y una entrevista que realizan a este autor en otra revista en 2001 dan la sensación de haber padecido agravios, y actuar irreflexivamente.

Lo que dio lugar, a su vez, a una rotunda contrarréplica de Costas:

Después de la respuesta a mi artículo de Barbero y Álvarez de Toledo no creo, sinceramente, que deba corregir ninguna de mis críticas a

⁶⁹ Toda la polémica puede recuperarse en el siguiente enlace: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-13025460.

la atención farmacéutica, que resumo aquí: a) somete al médico al control externo y antinatural de la oficina de farmacia; b) provoca desconfianza o incertidumbre en el enfermo; c) es un procedimiento irracional e ineficiente (el médico puede detectar los errores de modo más sencillo, más eficaz y más barato, integrado en su quehacer); d) arroja sobre el SNS un coste económico probablemente insoportable; e) comete, tal vez, el delito de intrusismo profesional; f) agrede la intimidad y, con ello, la libertad y la dignidad de los ciudadanos; g)contradice la Ley General de Sanidad, ley orgánica, y h) se funda en trabajos experimentales que son falacias. Un disparate.

Y, como colofón, la opinión del Defensor del Lector de la revista médica, no *exactamente* conciliadora:

La atención farmacéutica es una forma de organizar el trabajo del farmacéutico en lo que respecta a la mejor dispensación de medicamentos. Es una alternativa en proceso de maduración que merece ser criticada y estudiada. Los médicos estamos interesados en seguir su evolución y en promover el trabajo científico de profesionales muy cercanos, que en general vemos excesivamente comercializados (los anuncios fluorescentes de las oficinas de farmacia no tienen parangón con ningún otro comercio en vivacidad, dinamismo y atractivo, con la notable excepción, quizá, de las fachadas navideñas de El Corte Inglés, y de los "puticlubs" de carretera).

Al margen de esta polémica y acudiendo a otras fuentes, una revisión de las publicaciones técnicas en esos primeros años, realizada desde el propio sector, concluyó así: ⁷⁰

La existencia de autores que publican muy poco, el elevado índice de aislamiento y la falta de estudios experimentales controlados y aleatorizados, lo que puede considerarse como indicadores negativos de la investigación en farmacia comunitaria en España.

Y en cuanto a las repercusiones de orden práctico (la incorporación desde las oficinas de farmacia al movimiento de la AF), se reconoce una incidencia «moderada»: ⁷¹

La AF ha tenido hasta ahora una repercusión moderada en la práctica de la mayoría de las oficinas de farmacia, aunque es fundamental para asegurar su supervivencia y la del modelo mediterráneo de farmacia.

⁷⁰ Andrés Iglesias JC, Andrés Rodríguez NF, Fornos Pérez JA. *Community pharmacy-based research in Spain (1995-2005): A bibliometric study*. Pharmacy Practice, 2007; 5(1): 21-30 (http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-642X2007000100004).

⁷¹ Cordobés A, *La evolución del concepto de atención farmacéutica y su repercusión en España*. OFFARM, 2002; 21(5): 134-140 (https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13032232).

No deja de resultar paradójico que ya entonces (hablamos de 2002) se presentara la AF como una herramienta o estrategia para garantizar la inviolabilidad del modelo mediterráneo de farmacia. Pero más extraño aún resulta que en el mismo texto (p. 140) se admita que «la AF puede convertirse en la tumba del pequeño farmacéutico, que no podrá hacer frente al reto económico y profesional que supone su aplicación.»

3.4. Historia de la AF en España: (2) Aspectos declarativos y consolidación del Foro. ⁷²

El núcleo científico-intelectual germinal de la AF en España venía operando desde el *Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada*, creado en 1993, en estrecha colaboración con la Universidad Tecnológica de Sídney (Australia). En 2011, se consolida como *Cátedra María José Faus Dáder de Atención Farmacéutica*.

En 2005, se propuso –en el contexto de la tesis doctoral⁷³ de un componente de este grupo y a partir de aportaciones de farmacéuticos comunitarios y estrategas del sector– una estrategia de implantación de la AF, que resume así el autor:

A la luz de los resultados obtenidos y a modo de corolario, se puede afirmar que, para diseminar e implantar servicios cognitivos en la farmacia comunitaria:

a. El farmacéutico tiene que "querer" implantarlos (actitud).

b. El farmacéutico tiene que "poder" implantarlos (formación, estructura, etc.).

⁷² En la publicación utilizamos ocasionalmente los términos lobby o grupo de presión sin connotaciones peyorativas ni negando la legitimidad que tienen las asociaciones y organizaciones del sector para intervenir en una sociedad democrática y participativa. Descriptivamente, el Diccionario de la Lengua Española define lobby como «grupo de presión formado por personas con capacidad para presionar sobre un gobierno o una empresa, especialmente en lo relativo a las decisiones políticas y económicas». A esta definición nos atenemos.

⁷³ Gastelurrutia Garralda MA, Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española. Tesis doctoral, Universidad de Granada-Facultad de Farmacia, 2005 (http://digibug.ugr.es/handle/10481/860?locale-attribute=fr).

- c. Tiene que resultarle "interesante" en términos económicos, de satisfacción personal, etc.
- d. Tiene que hacerlo de una manera "eficiente" y poner los medios necesarios suficientes (estructura, procesos, organización del tiempo, etc.).

Los facilitadores y barreras que condicionan el éxito o fracaso de la estrategia no difieren de las encontradas en otros países. ⁷⁴

Un año antes, en 2004, se había creado el Foro de Atención Farmacéutica–Foro AF, que reunía al Ministerio de Sanidad, el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y diversas sociedades del sector, así como a la *Fundación Pharmaceutical Care España* y el recién citado grupo de la Universidad de Granada.

Cuatro años después, en 2008, se publica el denominado Documento de Consenso del Foro⁷⁵, que establece entre sus objetivos:

Optimizar el potencial sanitario del farmacéutico a través de la Atención Farmacéutica. La Atención Farmacéutica potencia la función sanitaria, centrando la actividad profesional en aspectos asistenciales relacionados con el uso óptimo de los medicamentos y la educación sanitaria. Esta labor asistencial reforzará el reconocimiento social e institucional del farmacéutico y generará nuevas expectativas en la carrera profesional, acordes con su cualificación.

Para ello, la actividad del farmacéutico en las oficinas de farmacia incluirá tres ámbitos competenciales:

- 1. La dispensación de medicamentos.
- 2. La indicación farmacéutica.
- 3. El seguimiento farmacoterapéutico.

⁷⁴ Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, Benrimoj SI, Castrillon CC y Faus MJ, *Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española*. Atención Primaria, 2007; 39(9):465-470 (https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-barreras-implantacion-servicios-cognitivos-farmacia-13109493).

⁷⁵ Foro de Atención Farmacéutica: *Documento de Consenso 2008* (https://www.pharmaceuticalcare.org/archivos/804/foro_at_farma.pdf).

La creación –impulsada a partir de la publicación del citado *Documento* de consenso– del Foro AF–FC, supone el intento de construir el *lobby* o grupo de presión del sector, con un triple objetivo:

- 1. Reconocimiento profesional del colectivo como parte integrante de los equipos de salud.
- 2. Redefinición global de la actividad profesional.
- 3. Apertura de nuevas vías de desarrollo profesional: «La implantación de la AF genera expectativas en la carrera profesional más acordes con la cualificación del farmacéutico como agente sanitario [y] podría suponer la incorporación de más profesionales al ámbito laboral».

A partir de este momento, desaparece prácticamente cualquier mención a la oficina de farmacia y se implanta como denominación única dentro del sector la de «Farmacia Comunitaria». También desaparece la expresión farmacéutico titular, sustituida por farmacéutico comunitario. De esta manera, siempre bajo el liderazgo del CGCOF, la profesión farmacéutica se estructuraría en tres ámbitos:

- 1. Farmacia hospitalaria [FH] con orientación clínica.
- Farmacia de atención primaria [FAP], con orientación gestora y consultora.
- 3. Farmacia comunitaria [FC] con orientación asistencial.

El 23 de octubre de 2014, bajo el auspicio del CGCOF, se publica la *Declaración de Córdoba*, que es la derivación más política de la FC. En ella se exige que la profesión farmacéutica sea considerada como agente político preferente, en pie de igualdad con las profesiones médica y enfermera, en todos los ámbitos de debate y toma de decisiones del Sistema Nacional de Salud. Con la siguiente estrategia: ⁷⁶

Activa participación de la Farmacia Comunitaria con el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Sanidad en el proceso de reformas del Sistema Nacional de Salud.

⁷⁶ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos: *Declaración de Córdoba*, 23 de octubre de 2014 (https://www.portalfarma.com/jornadas-congresos/XIX-Congreso-Nacional-Farmaceutico/Documents/XIX-CNF-Declaracion-de-Cordoba.pdf).

Integración de la Farmacia Comunitaria y la intervención del farmacéutico en los planes y estrategias del MSSSI y de las Consejerías de Sanidad.

Participar en la e-Salud, impulsando el necesario acceso de los farmacéuticos comunitarios al historial farmacoterapéutico del paciente, con el registro de intervenciones, en un sistema interoperable y que favorezca la comunicación entre los profesionales.

Impulsar una mayor coordinación de los farmacéuticos comunitarios con los de Hospital y Atención Primaria, así como una práctica colaborativa con otros profesionales sanitarios.

Promover el respaldo institucional y político, así como alianzas estratégicas con otras organizaciones, asociaciones, sociedades científicas y universidades, para favorecer el desarrollo de estas líneas de trabajo.

Eso, sí, respetando el actual statu quo empresarial (modelo mediterráneo, con todas sus implicaciones) y mejorando mediante los servicios de AF los ingresos, ya que los resultados económicos del sector habían sufrido de manera relevante en plena tormenta de la Gran Crisis:

Mantener ante las administraciones la necesidad de una planificación sanitaria de la red asistencial de farmacias, con criterios de viabilidad económica; una propiedad/titularidad por el farmacéutico y una retribución profesional que asegure a los ciudadanos una Farmacia Comunitaria de calidad, ya sea rural o urbana.

Y, por supuesto, con un esquema opt-in/opt-out:

Fomentar la investigación en los procesos asistenciales de la Farmacia Comunitaria y trabajar en el desarrollo de Servicios Profesionales Farmacéuticos centrados en el paciente, acordes con las competencias de los farmacéuticos, con exigencias de calidad y Buenas Prácticas, retribuidos, amparados jurídicamente y que puedan prestarse por todas las farmacias desde la voluntariedad.

3.5. Farmacia Comunitaria y Farmacia de Atención Primaria

En 2016, se consensuó dentro del Foro la definición "oficial" de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales de Farmacia Comunitaria, como: ⁷⁷

⁷⁷ Foro AF-FC, Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales: definición y clasificación. Sexto comunicado de Foro AF–FC. Panorama Actual del Medicamento, 2016; 40 (395): 709-711

- 54 -

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 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.

Esta definición supone una adaptación de la descripción ecléctica adoptada por el lobby internacional y que resumimos así: SPFA son todos aquellos que presta un farmacéutico para el servicio de salud.

Ese mismo año, la SEFAC publica el documento 15 retos para el presente y futuro de la farmacia comunitaria⁷⁸, donde se produce un salto cualitativo, ya que lo que se plantea es que las oficinas de farmacia se incorporen plenamente a los equipos de atención primaria «y de otros niveles asistenciales», que se cree la especialidad de farmacia de familia y comunitaria y otras reivindicaciones que claramente persiguen, antes, o más que optimizar la prestación –no insinuamos en este documento que no sea un objetivo–, situar a las oficinas de farmacia españolas y a los farmacéuticos del sector dentro de los servicios sanitarios públicos:

- 1. Integración del farmacéutico comunitario con el resto de los profesionales de atención primaria y de otros niveles asistenciales.
- 2. Liderazgo de la farmacia comunitaria en el uso racional del medicamento en la atención primaria.
- 3. Implicación y participación estratégica de la farmacia comunitaria en la salud pública mediante servicios profesionales.
- 4. El rol del farmacéutico comunitario en las nuevas tecnologías: receta electrónica, información clínica...

⁽https://www.pharmaceutical-care.org/archivos/2912/6to_comunicado_FORO_AF-FC_SPF_A_y_clasificacion_v4_160628.pdf).

⁷⁸ SEFAC: *15 retos para el presente y el futuro de la farmacia comunitaria*, 2016 (https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/15r etos.pdf).

- La farmacia comunitaria en la atención sociosanitaria y domiciliaria.
- 6. Presencia y participación del farmacéutico comunitario en estrategias del SNS, barómetros y observatorios sanitarios.
- 7. Formación continuada, implantación de un desarrollo (carrera) profesional y de la recertificación de los farmacéuticos comunitarios.
- 8. Creación y desarrollo de la especialidad en Farmacia Familiar y Comunitaria.
- 9. Promoción y difusión de servicios profesionales farmacéuticos.
- 10. Papel del farmacéutico comunitario en el abordaje de la cronicidad.
- 11. Participación de la farmacia comunitaria en el autocuidado responsable y el empoderamiento del paciente.
- 12.Razones para cambiar el sistema retributivo de la farmacia comunitaria.
- 13. Mejora del modelo farmacéutico actual mediante la reforma del acceso a la titularidad de las farmacias comunitarias.
- 14. Participación del farmacéutico comunitario en la enseñanza de la práctica farmacéutica desde la universidad.
- 15.La investigación científica en la farmacia comunitaria.

Estos «retos» suponen un intento más o menos explícito de asimilar la FC a la farmacia de atención primaria⁷⁹ –por no decir, fagocitarla–, así como de ir asumiendo funciones y tareas que hoy vienen siendo desempeñadas por las enfermeras. No es una novedad su formulación, puesto que suponen una traslación a la realidad social y profesional española de las propuestas incluidas en el *Libro blanco de la farmacia comunitaria europea*, editado por la Agrupación Farmacéutica de la Unión

⁷⁹ No hay más que observar el solapamiento la mayoría de estos *retos* con las *funciones* de las «estructuras de soporte para el uso racional de medicamentos y productos sanitarios en atención primaria» recogidas en el artículo 83 de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos.

Europea en 2012 ⁸⁰, lobby europeo de los organismos reguladores (colegios, órdenes, cámaras) y representativos (asociaciones) de la profesión farmacéutica. Que, a su vez, son una adaptación de las propuestas del lobby internacional, liderado por la International Pharmaceutical Federation, perfectamente recogidos en su documento Sección de Farmacia Comunitaria de la FIP. Visión 2020. ⁸¹

No está claro que nuestro sistema sanitario público esté culturalmente preparado para entrar siquiera a valorar la aportación asistencial de la FC en atención primaria; solo en aquellas CCAA con un menor nivel de implantación de la FAP y bajas dotaciones de enfermeras podría entrarse a valorar desde un punto de vista presupuestario –y siempre que la normativa básica del Estado diera cobertura legal para elloque encomendar determinados servicios o prestaciones a la FC resultara más rentable que proveer plazas de plantilla de enfermeras y FAP.

Por otro lado, resulta ingenuo pensar, en el actual contexto administrativo y legal y siquiera a medio o largo plazo, en la viabilidad de un acceso, por parte de las farmacias comunitarias al historial médico, completo o parcial, de sus usuarios y población de influencia. El acceso a la historia clínica única por parte de establecimientos privados tan atomizados, por mucho que se quiera vehiculizar a través de los colegios profesionales, es una quimera. Y sin este acceso, tanto de consulta como de registro, las propuestas de carácter asistencial que se están proponiendo, que pasan en primer lugar por la integración de los farmacéuticos comunitarios dentro de los equipos de atención primaria, resultan simplemente inviables.

Una alternativa razonable sería la creación de un historial farmacoterapéutico compartido, que sería suficiente para las actividades de seguimiento de la prescripción/medicación, pero no, por supuesto, para

⁸⁰ Enlace roto, hemos encontrado una copia en https://www.rapidcontrol.es/_resources/pdf/libro_blanco_europea_12.pdf.

⁸¹ The FIP Community Pharmacy Section, Vision 2020. FIP, 2017 (https://www.fip.org/CPSvision/data/FIP%20Vision%202020.pdf).

consultar y registrar con respecto a los SPFA que veremos en el siguiente apartado.

Parecería más sensato que la aportación de la Farmacia a los dispositivos de atención primaria se produjera de la mano de una figura ya existente, con mayor o menor nivel de desarrollo, en la mayoría de las CCAA: la del farmacéutico de atención primaria, que sin duda debería ser potenciada. Ya veremos más adelante algunas experiencias internacionales al respecto.

De hecho, el *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*, recién publicado en el Boletín Oficial del Estado⁸², así lo contempla en la única referencia del documento a la farmacia comunitaria: podrá «coordinarse» con los equipos de AP, de los que forman parte los farmacéuticos de AP.

La farmacia comunitaria puede desarrollar su papel de agentes de salud, en coordinación con los y las médicos/as, enfermeros/as y farmacéuticos/as de los EAP, para favorecer un mejor uso de los medicamentos.

El Foro de la Profesión Médica, sin embargo, ha planteado esta colaboración de la farmacia comunitaria en las estructuras de Atención Primaria de manera mucho más directa, si bien con unos contenidos que distan mucho de ser los planteados desde el Foro AF–FC, puesto que se centra en el SFT y en la mejora de la adherencia (es decir, actuaciones sobre el usuario y no sobre el prescriptor), no contemplando programas de farmacia asistencial, AF domiciliaria, participación activa en programas de salud pública, vacunación, etc.

En concreto, dentro de su Estrategia C («Mejorar la calidad de la atención y la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones»), el Foro médico propone: 83

⁸² BOE del 7 de mayo de 2019 (https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761).

⁸³ Foro de Médicos de Atención Primaria, *Propuestas de modificaciones urgentes del "Marco Estratégico para Atención Primaria de Salud" para las Comunidades Autónomas* (http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Documento%20de%20consenso%209.5.1 9.pdf).

Establecer protocolos de colaboración entre los EAP y los farmacéuticos comunitarios, bajo la coordinación del director del EAP, para la optimización de la farmacoterapia, el aumento de la seguridad y efectividad de los tratamientos, la mejora de la adherencia y la reducción de la utilización inadecuada de los medicamentos antes de 2025.

Existe una clara contradicción entre la voluntad expresada por los farmacéuticos –y su entorno comercial– de defender a ultranza el modelo mediterráneo de farmacia y la propuesta de generalizar una farmacia comunitaria donde se dispense asistencia sanitaria, a modo de pequeños centros médicos. La exclusiva propiedad por farmacéuticos de los establecimientos, y solo una farmacia por titular en nuestro país, prohibiendo la entrada de empresas con capacidad inversora en establecimientos y recursos adecuados para esta visión de la AF-FC lastra por completo la viabilidad de una oferta integral hacia el Sistema Nacional de Salud. De ahí que lo que en realidad se plantea es un *buffet libre* donde cada cual toma lo que le conviene o puede asumir, pero no lo que no pueda o no le interese.

3.6. Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales

Resumimos de nuevo: lo que se propone en España, en definitiva, es un desarrollo potente de los denominados *Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales*, definidos como servicios complementarios o colaborativos, para diferenciarlos de los servicios *esenciales* o básicos, cuya financiación va incluida en el margen comercial de medicamentos y productos sanitarios. Los SPFA, por el contrario, deben ser retribuidos por las administraciones públicas y/u otros terceros pagadores y/o los propios usuarios. El argumento económico esencial es recuperar para las oficinas de farmacia los más de 1.700 millones de euros que, según el CGCOF, ahorran a la sociedad y administraciones públicas por sus *«servicios asistenciales no retribuidos»*. ⁸⁴

⁸⁴ Más adelante se analiza y referencia con mayor profundidad la dimensión financiera de la oferta asistencial farmacéutica.

Un aspecto fundamental es conocer exactamente en qué servicios piensa el grupo de presión farmacéutico cuando pretende negociar con las administraciones sanitarias.

En mayo de 2013 el CGCOF publica el documento Servicios farmacéuticos: definición y remuneración⁸⁵, en el cual se abren vías explícitas para la colaboración público-privada («las farmacias, por encargo de las Administraciones sanitarias», se explicita; como también «es necesario la firma de un convenio con la Consejería para formalizar esta colaboración») en actividades concretas, algunas de las cuales vienen siendo asumidas actualmente en los centros de salud:

- Identificación de factores de riesgo cardiovascular.
- Identificación precoz de patologías.
- Programa de mantenimiento con metadona.
- Sistema Personalizado de Dosificación.
- Soporte en el tratamiento de inicio.
- Seguimiento farmacoterapéutico en farmacias o domicilio y residencias.
- Verificación de parámetros biológicos.

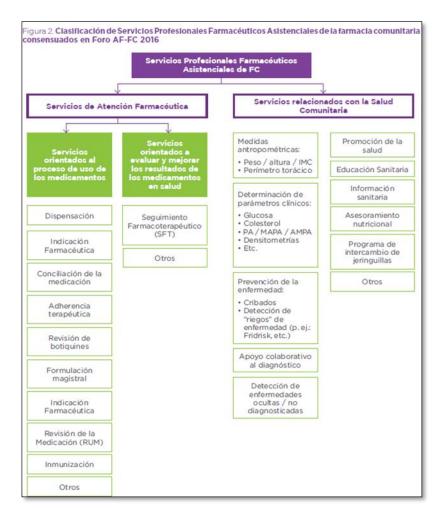
Esta lista se ampliaría en 2016, como muestra este esquema: 86

⁸⁵ Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería: *Servicios farmacéuticos: definición y remuneración*, mayo de 2013

⁽https://www.portalfarma.com/profesionales/organizacionfcolegial/profesionfarma/planfuturofarmaciacomunitaria//Documents/Servicios%20Farmaceuticos_mayo%202013.pdf).

⁸⁶ Foro AF-FC, Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales, Sexto comunicado Foro AF-FC, 14 de junio 2016

⁽http://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/forofarmaciacomunitaria/comunicacio nes/Documents/2016-6o-Comunicado-FORO-AF-FC-Servicios-Profesionales-Farmaceuticos-Asistenciales.pdf).



En el documento de 2013, el CGCOF realiza una revisión internacional (*benchmarking*) que le sirve de base para hacer «un análisis completo y exhaustivo de los servicios que pueden prestarse en la farmacia a partir de las funciones y las capacidades del farmacéutico, con el actual marco normativo», que quedan clasificados de la siguiente manera:

- Servicios esenciales o básicos: «los inherentes a la condición de farmacéutico comunitario, y están definidos como sus funciones básicas»:
 - Adquisición y control de medicamentos.
 - Formulación magistral.
 - Dispensación de medicamentos y productos sanitarios.
 - Indicación farmacéutica.
 - Información y verificación del cumplimiento del tratamiento.
 - Detección y notificación de efectos adversos.

- Educación en hábitos de vida saludables.
- Servicios complementarios: «los relacionados con programas de salud pública, voluntarios, y que requieren formación y acreditación previa»:
 - Identificación de factores de riesgo cardiovascular.
 - Identificación precoz de patologías.
 - Programa de mantenimiento con metadona.
 - Apoyo y formación a escuelas y entidades asociativas.
- Servicios colaborativos: «los que se pueden desarrollar en colaboración con otros profesionales sanitarios, voluntarios, y que requieren un convenio previo y acreditación»:
 - Sistema Personalizado de Dosificación (SPD).
 - Soporte en el tratamiento de inicio.
 - Seguimiento Farmacoterapéutico:
 - ✓ En farmacias a pacientes no adherentes.
 - ✓ En farmacias a pacientes crónicos y/o polimedicados.
 - ✓ En residencias.
 - ✓ A pacientes dependientes en el domicilio.
 - Verificación de parámetros biológicos.

3.7. Retribución de los SPFA

De la clasificación anterior se deduce que los servicios farmacéuticos esenciales son propios de las oficinas de farmacia y por tanto su retribución está incluida en el margen de los medicamentos y productos sanitarios.

Pero los servicios colaborativos y complementarios requerirían la firma de un convenio previo con alguna administración pública, convenio que deberá incluir la forma de retribución, que puede ser:

- Por la propia administración pública.
 - Pago por servicio/prestación/prueba.

- Pago por cliente/mes.
- Pago por intervención compleja.
- Por los usuarios.
- Forma mixta (copago).

Así, por ejemplo, si retomamos la lista de servicios realizados actualmente en los centros de salud y que se proponen como conveniables con las administraciones públicas en el ya citado documento *Servicios farmacéuticos: definición y remuneración* se prevén las siguientes formas de pago:

- Identificación de factores de riesgo cardiovascular (Precio por prueba realizada, PPR).
- Identificación precoz de patologías (PPR).
- Programa de mantenimiento con metadona (precio por paciente/mes, PPM).
- Sistema Personalizado de Dosificación (PPM).
- Soporte en el tratamiento de inicio (Precio por Intervención, PPI).
- Seguimiento farmacoterapéutico en farmacias o domicilio/residencias (PPM o PPI).
- Verificación de parámetros biológicos (PPM).

Bajo el lema «lo que no se paga, no se valora», la necesidad de la retribución de los servicios que realicen las oficinas de farmacia, sea en la propia oficina o en el lugar de residencia del paciente/cliente, viene siendo puesta de manifiesto por la SEFAC y el CGCOF desde al menos 2013: 87

Para la prestación de los distintos Servicios Profesionales Farmacéuticos [SPF] es necesario que éstos estén retribuidos. Es necesario indicar que la obligación de prestar un servicio, sea o no básico, no quiere decir que éste haya de ser prestado de forma gratuita. Dado que los SPF presentan distintos objetivos, procedimientos, recursos y resultados, su sistema retributivo será diferente y habrá de establecerse de forma racional,

⁸⁷ Baixauli Fernández, VJ et al, *Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria* (SEFAC) sobre servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria. Farmacéuticos Comunitarios, 2013; 5 (3): 119-126

⁽http://farmaceuticoscomunitarios.org/es/system/files/journals/569/articles/5-3-119-126.pdf).

específica e independientemente del pagador de éstos (...) Aquellos SPF considerados como esenciales por la Administración sanitaria deberían ser prestados en todo el territorio nacional para garantizar la equidad de la prestación farmacéutica a todos los españoles. De igual forma, la aportación del paciente/usuario en los servicios –en el caso de que éste participe económicamente en su pago– debería ser la misma en todo el territorio nacional.

Evidentemente, como se *denuncia* desde otros grupos de presión profesionales, hay un planteamiento 'mercantilista' tras esta oferta de servicios profesionales farmacéuticos: todos los agentes económicos son libres de tratar de captar los mayores recursos (públicos y privados) que puedan dentro del marco legal; sin embargo, sucede que los presupuestos sanitarios públicos son recursos finitos, lo cual convierte a estas propuestas en una subasta dentro de un juego de suma cero: si las oficinas de farmacia obtienen más recursos, otros agentes económicos deberán obtener menos. En este contexto, los posibles agentes económicos *perdedores* no podrían ser sino los profesionales del SNS u otros proveedores privados (conciertos, suministros...).

Naturalmente, si el Foro AF-FC demuestra –en el mundo real, más allá de *estudios experimentales*– que los SPFA son capaces de producir mejoras en los resultados y/o ahorros significativos y sostenidos, se rompe el esquema juego-de-suma-cero y (parte de) estos ahorros sin duda podrían dirigirse a financiar los programas. El problema es que estas demostraciones distan bastante de ser convincentes a día de hoy.

Aun así, la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal-AIReF sí ha asumido que es posible generar ahorros mediante un seguimiento farmacoterapéutico más generalizado y también a través del fomento de la adherencia, ahorros que cifra en unos 141 millones de euros al año bajo esta última rúbrica a partir de su plena aplicación en 2021, más la parte (por determinar) que pudiera corresponder a las farmacias bajo el programa de SFT, que en conjunto suma otros 213 millones de euros anuales (bien lejos de los 2.272 millones calculados por el CGCOF).

La AIReF, constatando que «la labor de las oficinas de farmacia se limita en gran medida a la dispensación de medicamentos, con baja presencia en otras tareas de mayor valor», propone modificar el sistema

retributivo actual de las oficinas de farmacia, propuesta que concreta de la siguiente manera:

Modificación del modelo de remuneración de farmacias de márgenes por venta de medicamentos a remuneración por servicios prestados a los usuarios para mejorar el uso racional de los medicamentos prescritos (seguimiento farmacoterapéutico y fomento de la adherencia).

Esto, que podría parecer una buena noticia para la mayor parte del colectivo de la FC, viene acompañado por otras propuestas no tan favorables, ya que de aplicarse tendrían un impacto negativo importante en los ingresos de las farmacias, como reconoce el propio documento:

Las farmacias tienen un papel importante en el SNS: son el único punto de contacto entre los pacientes y el SNS en determinados lugares. Todas las medidas orientadas a la reducción del gasto farmacéutico afectan a sus ingresos y podrían comprometer su viabilidad económica. Se propone un modelo de remuneración de pago por servicio que permita ingresos adicionales, compense las pérdidas en el margen de beneficio y de incentivos para que se conviertan en agentes que promuevan la adhesión de los tratamientos y el seguimiento farmacoterapéutico.

3.8. Algunas –necesarias– consideraciones jurídicas

3.8.1 Legislación

Por lo que respecta a la farmacia comunitaria y a su pretendido rol asistencial, es necesario recordar que el papel de las oficinas de farmacia viene descrito en la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia y lo limita, en cuanto a su vertiente sanitaria, a «la colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria».

Por su parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 2, principios generales, recoge como uno de ellos «h) la colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica», definida en el art. 16: «La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma

adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad».

El artículo 33 (Colaboración de las oficinas de farmacia) establece que «las oficinas de farmacia colaborarán con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica a fin de garantizar el uso racional del medicamento. Para ello los farmacéuticos actuarán coordinadamente con los médicos y otros profesionales sanitarios».

Y en el apartado 2 del mismo artículo se prevé la existencia de conciertos con las oficinas de farmacia, pero solo a los efectos que delimita la propia ley, es decir, cuando existan zonas concretas donde no sea posible garantizar el acceso a la dispensación de medicamentos: «Conciertos que garanticen a los ciudadanos la dispensación en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio nacional, independientemente de su comunidad autónoma de residencia»; algo que vuelve a hacer en el art. 71.g): «Colaboración de las oficinas de farmacia, por medio de conciertos que garanticen a los ciudadanos la dispensación en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio nacional, independientemente de su comunidad autónoma de residencia».

Por su parte, esta ley prevé que «en las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo, participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente»

Y el art. 105.1 establece que «las oficinas de farmacia, como establecimientos sanitarios que son, colaborarán a los fines de esta ley para garantizar el uso racional de los medicamentos en la atención primaria a la salud».

En cuanto a los farmacéuticos, sus funciones vienen recogidas en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (art. 6.2.b): «Corresponde a los Licenciados en Farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública».

Una de las reivindicaciones del grupo de presión farmacéutico es que la esencia de la AF es la prestación de servicios, no (solo) la realización de determinados procedimientos legalmente establecidos. Sin embargo, el artículo 86.1 del *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios* [ley de garantías], establece que:

En las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica⁸⁸, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo, participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente. Una vez dispensado el medicamento podrán facilitar sistemas personalizados de dosificación a los pacientes que lo soliciten, en orden a mejorar el cumplimiento terapéutico, en los tratamientos y con las condiciones y requisitos que establezcan las administraciones sanitarias competentes.

Y en el artículo 79.5 se recoge que «en las recetas y órdenes hospitalarias de dispensación, el facultativo incluirá las pertinentes advertencias para el farmacéutico y para el paciente, así como las instrucciones para un mejor seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de la atención farmacéutica, con el fin de garantizar la consecución de los objetivos sanitarios de aquéllas».

Tampoco aparecen en la legislación estatal conceptos como *servicios* profesionales farmacéuticos asistenciales o farmacia comunitaria; en la ley

⁸⁸ La referencia a los "procedimientos de atención farmacéutica" ya venía recogida en la primitiva ley de garantías de 2006. Sin embargo, no aparece su definición en el glosario del RDL 1/2015.

de garantías la denominación legal es «ejercicio profesional del farmacéutico en oficina de farmacia» (art. 4.1 y DT segunda).

En definitiva, este es el marco legislativo español, dentro del cual tendrán que desarrollarse los servicios profesionales de los farmacéuticos de las oficinas de farmacia. Si ya resultan dudosas las pretensiones de los farmacéuticos de Atención Primaria –que forman parte, como personal de plantilla, de los servicios sanitarios públicos y están, por tanto, sometidos al control de las administraciones públicas– con respecto a algunos servicios o actividades propuestos en su cartera de servicios⁸⁹, es imposible encontrar encaje legal para algunas de las propuestas de servicios asistenciales directos al ciudadano del Foro AF-FC a través de establecimientos privados, como son las oficinas de farmacia.

En primer lugar, por puro sentido común: interpretar de manera laxa referencias genéricas («colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre (...) promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria» o «los farmacéuticos actuarán coordinadamente con los médicos y otros profesionales sanitarios») es incompatible con el propuesto carácter voluntario de la participación de las oficinas de farmacia en ciertos programas: si se interpreta que la ley los contempla, entonces, obligan a todas las farmacias, puesto que la «colaboración» y la «coordinación» no son optativas: no son un derecho, sino una obligación. Y si se interpreta que la ley no los contempla con carácter obligatorio, sino optativo, como se pretende con respecto a los etiquetados como servicios farmacéuticos complementarios y colaborativos, entonces no existen: simplemente, no puede sacarse por arte de magia de la chistera reglamentaria local lo que no está previsto en la legislación estatal.

⁸⁹ Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria – SEFAP: *Cartera de servicios del farmacéutico de atención primaria*», 2017 (http://www.sefap.org/wp-content/uploads/2018/01/Cartera-Servicios-FAP-Final.pdf).

3.8.2 Jurisprudencia

Por lo que respecta a la jurisprudencia, existen dos ámbitos en los cuales se dirimen las competencias de comunidades autónomas y entidades locales para establecer convenios con colegios profesionales de farmacéuticos y otras entidades con respecto a prestaciones farmacéuticas. En primer lugar, la legislación sobre medicamentos. Y en segundo, la legislación sobre profesiones sanitarias.

Por un lado, parece que algunas comunidades autónomas y entidades locales han olvidado que la ley estatal básica sobre medicamentos garantiza el acceso equitativo de los ciudadanos, al margen de su lugar de residencia, a la prestación farmacéutica. Y que, por tanto, las comunidades autónomas no pueden legislar en contra de este principio normativo básico. Sin abundar en exceso, podemos citar en primer lugar la sentencia del Tribunal Supremo de 2 de marzo de 2016 que inadmite un recurso de casación del Servicio Andaluz de Salud contra su Resolución SC 413/2010, de 22 diciembre, en la cual se determina que dicha Resolución –que establecía la dispensación a través de los servicios de farmacia hospitalaria de ciertos medicamentos que venían dispensando las oficinas de farmacia— contravenía la citada reserva de derecho estatal y era por tanto nula.

Unos cuantos años antes, exactamente el 25 de mayo de 2004, el Tribunal Constitucional había confirmado que «el establecimiento de una prestación farmacéutica y su financiación pública constituyen un criterio básico en materia de "sanidad", pues satisface las exigencias formales y materiales de la legislación básica». Es decir, que las administraciones locales, incluidas entre ellas las comunidades autónomas, no tienen competencias para incluir o excluir prestaciones farmacéuticas en las carteras básica (común) o complementarias del Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, la competencia exclusiva del Estado en materia de ordenación de las profesiones sanitarias está fuera de toda duda; ni siquiera es preciso aludir a la extensiva jurisprudencia de los tribunales Constitucional y Supremo.

Pero sí es útil aludir a la jurisprudencia sobre los convenios de administraciones públicas colaboración de las sanitarias establecimientos privados de carácter sanitario. Por ejemplo, la anulación de sendos convenios suscritos entre la Junta de Andalucía, por un lado, y el Gobierno de Aragón, en un segundo caso, con los respectivos colegios profesionales de ópticos-optometristas para prestar servicios de prevención de problemas visuales a través de las ópticas, mantiene una clara similitud con el caso que tratamos en este informe: las sentencias en casación del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 2008 (Andalucía) y 29 de noviembre de 2016 (Aragón), concluyen que las comunidades autónomas carecen de competencias para asignar funciones que no estén contempladas entre las contempladas en la LOPS, menos aun cuando invaden, además, las de otras profesiones sanitarias.

Aún más. Como reconoce la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de abril de 2015, dirimiendo sobre competencias de los especialistas en Neurofisiología Clínica –que reclamaban, frente a la Comunidad de Madrid y la Sociedad Española de Neurología, la exclusividad a la hora de realizar pruebas neurofisiológicas—, «el requisito esencial para el reconocimiento del derecho (...) debería haber sido la decisión del órgano competente de la Administración del Estado modificando el programa formativo, los objetivos y las competencias de ambas profesiones sanitarias, sin el cual no es posible adquirir la facultad de efectuar con exclusividad las pruebas neurofisiológicas correspondientes».

Por ello, cualquier intento de modificar las competencias que a los farmacéuticos asigna la LOPS y a las oficinas de farmacia su propia normativa estatal será objeto, sin duda, de impugnación en los tribunales por parte de los colegios profesionales y otras asociaciones de médicos y enfermeros y previsiblemente serán anuladas, dada la competencia exclusiva del estado en la regulación de las competencias de las profesiones sanitarias. De ahí que se esté intentando entrar por la *puerta de atrás*.

3.8.3. El Reglamento General Europeo y el tratamiento de datos personales

Finalmente, con respecto al acceso por parte de las farmacias comunitarias al historial médico, completo o parcial, de sus usuarios y población de influencia, cabe recordar que el 25 de mayo 2018 entró en vigor el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). Este Reglamento endurece las condiciones y sanciones, de manera muy especial en el campo de la información relativa a la salud, definida esta en sentido muy amplio. 90

Es evidente que el responsable de la base de datos de historias clínicas, como viene definido en el artículo 25 del Reglamento, es el servicio de salud. Y que los encargados (art. 28) son quienes tienen acceso a dicha base de datos, según venga definido en la normativa que se desarrollara, sean los colegios profesionales de manera directa o las oficinas de farmacia como usuarios finales. En el caso de que se concediera acceso a las oficinas de farmacia, habría antes que garantizar que se cumple lo establecido en el Reglamento: que el farmacéutico/a titular de la oficina ofrezca «garantías suficientes para aplicar medidas técnicas y organizativas apropiadas, de manera que el tratamiento sea conforme con los requisitos del presente Reglamento y garantice la protección de los derechos del interesado».

Determinar que existen dichas garantías es responsabilidad del órgano administrativo competente del servicio de salud, de manera que, de existir deficiencias técnicas o humanas en caso de infracción del Reglamento, no solo será responsable el titular de la oficina de farmacia, sino también el titular de dicho órgano administrativo. La sanción en el

⁹⁰ En su desarrollo, se ha aprobado la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, que entró en vigor el 7 de diciembre de 2018. Salvo una referencia genérica al tratamiento de datos de salud, solo supone una novedad en lo relativo al tratamiento de datos en la investigación clínica.

caso, por ejemplo, de filtración de datos de algún paciente se sancionará administrativamente con entre 10 y 20 millones de euros. Ninguna broma...

Por si no fuera suficiente, la *Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, en su artículo 33, habla de «*datos básicos de farmacia*» cuando se refiere a la dispensación individualizada de medicamentos y a la implantación de la receta electrónica: nunca se contempla el acceso, ni parcial ni mucho menos pleno, a la historia clínica. Lo cual, como es fácil de entender, hace imposible una coordinación asistencial equipo de atención primaria–oficina de farmacia que vaya más allá de la recuperación y consignación de esos «*datos básicos de farmacia*».

Es más que evidente que antes o después será preciso que los dispositivos de Atención Primaria y hospitalarios compartan cierta información con la FC, al menos para poder desarrollar los aspectos relacionados con el seguimiento farmacoterapéutico; pero también resulta obvio que dificilmente podrá ser mediante acceso directo a la HCE. Porque además existen problemas de interoperabilidad entre los diferentes niveles del sistema, incluso de notación⁹¹, lo cual requeriría un esfuerzo adicional inversor que probablemente no estaría entre las prioridades del SNS.

⁹¹ Professional Record Standards Body, *Digital medication and timing information. Non-Technical Guidance V1.2*, abril 2019 (https://theprsb.org/wp-content/uploads/2019/04/Non-technical-guidance-v1.2.pdf).

Atención i	Farmacéutica	en España.	Agentes,	estrategias	y políticas
------------	--------------	------------	----------	-------------	-------------

4. El marco general del debate

Una cebra no necesita correr más que una leona, solo más que las otras cebras.

J. Wagensberg.

4.1. El marco político: un entorno altamente competitivo

Existen algunos problemas sobre los cuales parece haberse detenido el tiempo. Por ejemplo, un diagnóstico sociológico de hace ¡40 años! caracterizaba al sector de la FC de la siguiente manera: ⁹²

Se habla también de la baja productividad de las farmacias, debido al descuento que se ven obligadas a hacer a la Seguridad Social. Sin embargo, la cacareada 'baja productividad' se debe a una mala organización de los propios farmacéuticos que han permitido un crecimiento de las farmacias desproporcionado para el monopolio restringido que poseen, y por no haber sabido desarrollar otros campos de aplicación profesional, permaneciendo en el sector de farmacias, como monopolio lucrativo que no requiere casi ningún esfuerzo personal.

La expansión de la profesión farmacéutica en España descansaba en su monopolio empresarial (trabajo por cuenta propia), a diferencia de la enfermería, cuya enorme expansión entre finales de los 60 y finales de los 80 del pasado siglo se sustentó en un régimen de trabajo por cuenta ajena. El caso de los médicos es mixto, público-privado, pero lo cierto es que la dedicación complementaria a la práctica privada es mucho menos común entre los médicos de familia que entre sus colegas de otras especialidades, por ejemplo, los internistas.

Pero cuando las universidades empezaron a producir profesionales por encima de la capacidad de absorción del mercado (sea público o privado), dinámica agravada por las sucesivas crisis económicas, el binomio farmacéutico-empresario se quiebra. Ya se advertía unos veinte

⁹² De Miguel JM, *Análisis sociológico del sector farmacéutico en España*. REIS, 1979; 5: 55-79 (http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_005_06.pdf).

años después, desde el *establishment* de la FC, contra un escenario ciertamente distópico como consecuencia de la «cortedad de miras» de los gobiernos que trataban de coartar la autorregulación del sector empresarial de la farmacia: ⁹³

Las administraciones públicas, con cortedad de miras, no cesan de aumentar el minifundismo farmacéutico y disminuir los márgenes profesionales, y tampoco cesan de intentar convertir a los farmacéuticos de oficina en pseudofuncionarios gratuitos, aplicándoles horarios, vacaciones, regímenes de incompatibilidades, jubilaciones obligadas, nombramientos de adjuntos y sustitutos, poniendo obstáculos a la libre transmisión de sus oficinas, convocando concursos para el establecimiento de nuevas farmacias, etc.

Tres lustros después (2018), según las estadísticas oficiales (CGCOF) solo el 48% de los farmacéuticos comunitarios son propietarios, lo cual significa que hay en torno a 27.000 asalariados.

Pero parte del colectivo profesional –cierto que minoritaria– se encuentra en una posición aún más complicada. La crisis económica que comienza en 2008-2009 tuvo efectos devastadores en España sobre las profesiones sanitarias. Acostumbradas a niveles comparativamente bajos—muy bajos de desempleo, la situación cambió de manera relevante: 94



En solo tres años, entre 2009 y 2012, el número de profesionales desempleados se triplicó entre los colectivos de enfermeras (4.000 a 12.000) y médicos (700 a 2.100); el de farmacéuticos aguantó mejor, sobre todo por su escasa dependencia del gasto público en personal –el 87% del

⁹³ Cordobés A, *La evolución del concepto de atención farmacéutica y su repercusión en España*. OFFARM, 2002; 21(5): 134-140 (https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13032232).

⁹⁴ Servicio Público de Empleo Estatal–SEPE, *Información mensual/anual de mercado de trabajo de personas tituladas*, 2019

⁽http://www.sepe.es/indiceTitulaciones/indiceTitulaciones.do?tipo=titulados&idioma=es).

empleo es creado por la FC-, pero aun así el número de desempleados aumentó a un ritmo promedio del 20% anual hasta 2013. Y por añadidura, la salida de la crisis resultó más rápida y consistente entre las enfermeras -que ya han vuelto a los niveles de empleo precrisis- que entre los farmacéuticos: si en cuatro años (2009-2013) el desempleo creció en un 80%, en los cinco años que van desde 2013 a 2018 solo se ha reducido en un 25%.

Es en este contexto tan material, y es muy difícil pensar en casualidad en vez de causalidad, que se produce la consolidación del grupo de presión de la FC; la reducción de los márgenes, además de otras medidas (precios de referencia a la baja; medicamentos de dispensación hospitalaria; subastas; desincentivos de consumo como los copagos o exclusiones de medicamentos de la cobertura pública...) y, por tanto, de los ingresos medios, no solo se traduce en menores rentas para los farmacéuticos—empresarios, sino también en menor capacidad de crecimiento del sector y, por tanto, del empleo. Comienzan a surgir voces críticas dentro de los sectores más precarizados de la profesión, que cuestionan, por ejemplo, la transmisión vertical de las farmacias a la jubilación de los titulares o los baremos para el acceso a la FC y piden la extensión del modelo navarro de apertura de oficinas e incluso la desaparición del modelo mediterráneo.

Sin pretender profundizar mucho en el tema demográfico, el desempleo estructural⁹⁵ en las tres profesiones sanitarias más importantes se sitúan en torno a 3.500 enfermeras, 2.300 farmacéuticos y 1.200 médicos; y existe un desempleo funcional⁹⁶, necesario, de 2.800 enfermeras, 400 farmacéuticos y 800 médicos. Un aumento de solo el 8,5% en el empleo asalariado (27.000, actualmente) de las oficinas de farmacia permitiría absorber todo el desempleo estructural de la profesión (2.300), quedando el resto para la necesaria cobertura de vacantes temporales.

⁹⁵ Simplificando mucho: stock de profesionales que no consigue empleo ni en las épocas de mayor oferta laboral (normalmente, verano).

⁹⁶ Stock de profesionales sin empleo (estable), necesario para reponer las vacantes estacionales.

Aunque la FC es el sector empresarial con condiciones laborales más ventajosas –es decir, con costes laborales más altos–, un aumento de la capacidad de gasto de unos 125 millones de euros (*ceteris paribus*) valdría para absorber el paro actual y garantizar el pleno empleo. El objetivo del Foro AF–FC es que esta ampliación de la capacidad de empleo, y por tanto, de rentas, de la FC pueda financiarse vía SPFA retribuidos.

El problema, claro, está en el *ceteris paribus*, ya que las propuestas de financiación adicional de las farmacias mediante la retribución por SPFA, como propone la AIReF por ejemplo⁹⁷, se orientan más bien a compensar parte de las pérdidas previsibles por la aplicación actual y futura de otras medidas, como subastas, descuentos o precios de referencia.

La captación de recursos públicos adicionales para la FC se complica porque no es el único agente profesional que pugna por esa ampliación del gasto. La estrategia del colectivo médico no pasa por una ampliación del sector privado, sino de las plantillas de los servicios públicos de salud; en concreto, de la atención primaria. La propuesta del Ministerio de Sanidad consiste en que para el año 2022 ningún médico de familia –ni enfermera– tengan un cupo superior a 1.500 asegurados⁹⁸; la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria–semFYC cifra en 4.500 el número de médicos de familia necesarios⁹⁹, lo cual tendría un impacto presupuestario superior al que hemos visto al referirnos a la FC, en torno a los 200 millones de euros anuales (sin contar los costes derivados de la creación de las nuevas plazas de MIR necesarias). Solo absorber el desempleo estructural médico supondría unos 70 millones.

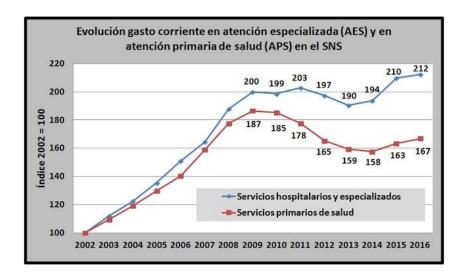
⁹⁷ AIReF: Estudio. Medicamentos dispensados a través de receta médica, 2019 (http://www.airef.es/es/spending-review-estudio-2-medicamentos-dispensados-a-traves-de-receta-medica/).

⁹⁸ *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*, BOE del 7 de mayo de 2019 (https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761).

⁹⁹ semFYC, Nota de prensa, 19 de mayo de 2017: *La semFYC reclama un médico de familia más por cada 10.000 ciudadanos para garantizar la calidad de la atención sanitaria* (https://www.semfyc.es/prensa/dia-de-la-medicina-de-familia/).

El objetivo del Ministerio de Sanidad de 1.500 asegurados por enfermera de AP (ratio que actualmente es de 1.547) supondría aumentar un 3,1% las 29.430 plazas actuales (2017), o sea un incremento de unas 1.000 enfermeras de AP, con un coste aproximado de unos 40 millones de euros. Pero el coste de absorber el desempleo enfermero estructural –por no hablar de paliar los déficits crónicos en las ratios de las plantillas hospitalarias– sería muy superior, en torno a los 140 millones.

Por otro lado, y no abundaremos mucho en esto porque nos distraería de nuestro hilo argumental, el ámbito de la Atención Primaria juega a su vez su propio *partido* con la atención hospitalaria. El crecimiento del gasto en hospitales mantiene una tendencia, diríase que inexorable, a ir aumentando año a año su participación relativa en el gasto sanitario público total: 100



Lo cual, naturalmente, constituye un factor negativo para el crecimiento del presupuesto destinado a la atención primaria y comunitaria. Si las capacidades presupuestarias globales son reducidas y se destinan fundamentalmente a cubrir los gastos crecientes de la atención hospitalaria, las posibilidades de crecimiento de la APS se reducen de manera drástica: sin un crecimiento de la parte de la tarta del

¹⁰⁰ Simó J, *Sexto año en UCI de la APS española y epicrisis*. Blog Salud dinero y atención primaria, 7 de julio de 2018 (http://saludineroap.blogspot.com/2018/07/sexto-ano-en-uci-de-la-aps-espanola-y.html).

gasto sanitario global destinada a la APS no es posible prever un crecimiento de la *parte de la tarta* de la APS destinada a los SPFA (ni a casi cualquier otra cosa o agente).

Es cierto que el gasto en hospitales también es gasto en personal de hospitales y que este también crece a un ritmo muy superior al gasto en personal de AP. Pero la gran paradoja en este caso es que el crecimiento imparable del gasto en hospitales tiene un gran y fundamental vector: el gasto en farmacia hospitalaria: entre 2011 y 2016, el gasto público en recetas disminuyó un 11%, mientras que el gasto en farmacia hospitalaria aumentó en un 45%. Y una vez superado lo peor de la crisis el gasto en recetas (2014-2018) aumentó un 10,7% y el gasto en farmacia hospitalaria, un 27,2%:



Parece lógico que los decisores del gasto público orienten sus decisiones hacia aquellas áreas donde puede demostrarse/esperarse un mejor retorno de la inversión, sea en términos de eficiencia, de resultados en salud o, idealmente, de ambos. En un entorno tan competitivo, ¿está la FC en condiciones de presentar un relato sobre su potencial aportación que sea capaz de captar la atención de los decisores frente al del resto de los competidores?

Porque no se trata (solo) de tener una estrategia como grupo de presión, sino sobre todo, como sector, como profesión; discurso hacia fuera, pero también hacia dentro; y hacen menos falta las *correas de*

transmisión – que intentan manipular el debate, tratando de poner sobre el tablero las preguntas cuyas respuestas más interesan— que una mentalidad de *think-tank* – preparando respuestas para las preguntas que ya forman parte, y seguirán haciéndolo aunque no guste, del debate—.

4.2. El marco sociológico: una identidad dual

En resumen, si lo que se persiguen son contratos (explícitos o implícitos) entre las farmacias y sus usuarios, dentro de las funciones legales de las oficinas de farmacia, nada podría oponerse. Tampoco cuando se efectúe un convenio con otras administraciones públicas (fundamentalmente, servicios sociales de las administraciones locales), ONG o fundaciones para servicios no cubiertos por las carteras de servicios básica y complementaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) que no interfieran en las competencias de otras profesiones.

Pero cuando se trata de establecer convenios o conciertos entre servicios sanitarios públicos y empresas privadas, como son las oficinas de farmacia ("colaboración público-privada"), sobre prestaciones que estén dentro de las carteras del SNS es necesario delimitar muy precisamente cuáles son –y dónde se localizan– los problemas no solucionables por las estructuras asistenciales y gestoras de los servicios sanitarios públicos, y que solo –o mejor– podrían serlo a través de las oficinas de farmacia. Puede suceder, por ejemplo, en determinadas zonas rurales con mala accesibilidad a los dispositivos asistenciales públicos o en ciertas intervenciones de salud pública que resulten más efectivas o eficientes contando con las oficinas de farmacia y que no conlleven adopción de decisiones clínicas autónomas. En este caso, las oficinas de farmacia implicadas podrán optar libremente, como cualquier otra empresa, por colaborar o no con los servicios de salud y por negociar, en su caso, las condiciones económicas del convenio.

Pero si hablamos de actividades contenidas dentro de las establecidas en la legislación como de 'colaboración en programas de salud pública' o seguimiento farmacoterapéutico, entonces no tiene sentido es un esquema 'opt-in/opt-out', mediante el cual se adhieran solo las oficinas

de farmacia de la zona o comunidad a las que les interese, pero pueden permanecer al margen las no interesadas. Porque no se trataría de un derecho de las farmacias, sino de una obligación legal. Y si estos programas, además, se justifican e implementan pensando en el mejor beneficio de los ciudadanos, no de las oficinas de farmacia, este esquema voluntario introduce una gran inequidad territorial y un sesgo de variabilidad simplemente injustificables, al depender los beneficiarios potenciales de decisiones meramente utilitarias de los titulares de las farmacias. Incluso contradice el planteamiento del propio Foro (visto anteriormente) de garantizar la universalidad de los servicios profesionales farmacéuticos esenciales.

Finalmente, es importante hacer notar la alta variabilidad existente entre diferentes países y sistemas sanitarios en cuanto a «lo que no se paga, no se valora», que no está documentado que afecte a los outputs y valoración de los programas de AF. Por ejemplo, por lo que se refiere a la administración de inyectables, especialmente vacunación: mientras que en Canadá (menos Quebec, que no los autoriza), EE. UU., Inglaterra, Gales e Irlanda son servicios retribuidos, en Australia, Escocia, Nueva Zelanda o Portugal -en el país vecino hay actualmente en marcha un pilotaje para probar el sistema de pago-, aunque los farmacéuticos están autorizados para realizarla, no pueden recibir fondos públicos por el servicio¹⁰¹. Además, según este estudio, hay tal diferencia en la cantidad con que se retribuye cada inyección dentro, incluso, de una misma nación (EE. UU., más de un 500%, entre los 4 \$ de Arizona y los 21 de Dakota del Norte- y Canadá, casi un 300% –entre los 7,5 CAD de Ontario y los 20 de Alberta), que resulta evidente que la forma de cálculo de esta remuneración por servicio tiene más de negociación entre las partes que de contabilidad analítica de costes (en definitiva, como la fijación de precios de los medicamentos; pero ese es otro tema que aquí y ahora *no toca*.)

Y aquí entran las contradicciones relacionadas con la identidad dual del farmacéutico como profesional y como empresario; y de la farmacia,

¹⁰¹ Houle SKD, Grindrod KA, Chatterley T y Tsuyuki RT, *Publicly funded remuneration for the administration of injections by pharmacists: An international review*. CPJ/RPD, 2013; 146(6): 353-364 (DOI: 10.1177/1715163513506369).

como centro sanitario y como negocio. Podemos y debemos dedicar unas páginas a analizar este importante objeto sociológico de estudio.

Si bien no se cuestiona el carácter y cualidad de profesional sanitario de los farmacéuticos clínicos y gestores, la creciente conversión de las oficinas de farmacias en tiendas multiproducto empaquetado –la macdonaldización de la farmacia, en exitosa expresión de Harding y Taylor¹0²— pone en medio del debate poder conocer el alcance real interno de las propuestas del sector más profesionalista de la farmacia comunitaria. La pregunta de la certeza es si el farmacéutico titular de oficina es antes, y más, un empresario o un profesional, porque eso tiene que ver con sus valores y actitudes; y con saber si se plantea participar en los servicios profesionales farmacéuticos principalmente por un mero cálculo económico o por aportar valor a los servicios de salud.

Un estudio en 13 países europeos, España entre ellos, muestra las diferencias de identidad entre farmacéuticos hospitalarios y comunitarios:

Los farmacéuticos hospitalarios puntúan baja la importancia del espíritu o iniciativa empresarial, mientras que puntúan más alto que los comunitarios el coste-efectividad. Ello refleja la realidad de la práctica farmacéutica, donde el farmacéutico comunitario actúa como empresario/emprendedor y el farmacéutico hospitalario, como gestor de un presupuesto. Sorprenden algunos resultados de los farmacéuticos hospitalarios, por ejemplo, la baja puntuación de las relaciones humanas y la educación de los pacientes. Probablemente sea la consecuencia de un contacto paciente/farmacéutico insuficiente en las visitas hospitalarias, algo en lo que precisarían mejorar.

El asunto de la profesionalización de los profesionales de las farmacias, muy presente en los desarrollos de otros países, es importante;

¹⁰² Harding, G. and Taylor, K., *The McDonaldisation of pharmacy*. The Pharmaceutical Journal, 2000; 265: 602 (https://www.pharmaceutical-journal.com/the-mcdonaldisation-of-pharmacy/20003314.article).

¹⁰³ Atkinson J, Sánchez-Pozo A, Rekkas D, Volmer D, et al, *Hospital and community pharmacists'* perceptions of which competences are important for their practice. Pharmacy, 2016; 4, 21 (DOI: 10.3390/pharmacy4020021).

tal vez más de lo que se piensa: pasar de retailers a proveedores de atención sanitaria, ese es el gran reto. 104

Existe una vastísima bibliografía internacional sobre procesos de desprofesionalización y reprofesionalización de los farmacéuticos de oficinas de farmacia, bibliografía que ha sido recientemente recopilada, trabajada y analizada en una tesis doctoral de la Universidad de Brighton (Inglaterra, RU). ¹⁰⁵

El marco es más complejo de lo que parece, debido a que no solo el farmacéutico comunitario vive un conflicto de identidades, como empresario y como profesional, sino que también sus usuarios experimentan esta dualidad, dado que a veces son consumidores –y, como tales, buscan imponer su criterio/voluntad frente al vendedor– y a veces son solo pacientes que priorizan la atención, el consejo y la ayuda.

El análisis de este rol dual de los usuarios queda lejos de este documento. Pero por lo que respecta a los farmacéuticos, la tesis citada define esta dualidad en términos:

La función central que define a la farmacia como profesión es la vigilancia farmacéutica, alejándose de la concepción sociológica de su práctica como mera dispensación. Existe una división interna entre los farmacéuticos comunitarios y los farmacéuticos en otros entornos sanitarios, debido a las diferencias en sus prácticas, sus estrategias de reprofesionalización y sus relaciones con los médicos, lo que ayuda a explicar su falta de solidaridad ideológica profesional. Los farmacéuticos comunitarios no son reconocidos como profesionales de la salud por el público, sino como los típicos 'farmacéuticos de barrio' con imagen de comerciantes o tenderos [shopkeepers]. Los farmacéuticos interpretan el profesionalismo como una ideología más de control que de facilitación.

¹⁰⁵ Altman IL, *Pharmacists' perceptions of the nature of pharmacy practice*. Thesis submitted in partial fulfilment of the requirements of the University of Brighton for the degree of Doctor of Philosophy. Universidad de Brighton, 2017

¹⁰⁴ Mossialos E, Courtin E, Naci H et al, *From "retailers" to health care providers: Transforming the role of community pharmacists in chronic disease management*. Health Policy, 2015; 119: 628-639 (DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.02.007).

⁽http://eprints.brighton.ac.uk/17157/1/Pharmacists%27%20perceptions%20of%20the%20nature %20of%20pharmacy%20practice%202017.pdf).

Continúa Altman:

[Estos] roles híbridos de los farmacéuticos comunitarios, como profesionales y como empresarios, afectan a su sentido del profesionalismo, ya que existen ambigüedades inherentes entre ambos roles. En un entorno minorista, existen incentivos comerciales para ofrecer productos de valor terapéutico limitado bajo la presión de poder cerrar ventas, la lógica comercial de 'el cliente siempre tiene razón' y la presión final de asegurar los resultados financieros. Los farmacéuticos comunitarios deben combinar todo esto con la prestación de servicios sanitarios, en los que se exige cuestionar las decisiones y estilos de vida de los clientes. Esto ha llevado a los farmacéuticos comunitarios a cuestionar que una farmacia comunitaria sea un lugar físico adecuado para dispensar ciertos servicios de salud y que la relación entre los usuarios y los farmacéuticos comunitarios sea comparable a la que tienen los pacientes con sus médicos de cabecera.

La relación entre pacientes, médicos de familia y farmacéuticos comunitarios ha sido definida, de manera muy gráfica: el paciente sería la *oveja*, que necesita ser conducida por el camino correcto; el médico, el *pastor*, quien prescribe los tratamientos y las conductas apropiadas que deberán seguir las ovejas, vigilando siempre a distancia; y el farmacéutico comunitario, que actúa de manera mucho más implicada, como el *perro pastor «que observa, monitoriza y controla la conducta de las ovejas»*. ¹⁰⁶

Esta visión de su rol subordinado, algoritmizado y programado actúa como freno a la implicación masiva de los farmacéuticos comunitarios como colectivo, razón por la cual la farmacia comunitaria será dificil que pueda realizar algún día la oferta global de implicación que sería definitiva a la hora de inclinar a los reguladores a avanzar decididamente hacia la implicación de las farmacias comunitarias en el corazón de los servicios de salud. Sistemas altamente descentralizados, como el inglés, donde los comisionados locales tienen amplias competencias para optar entre diversos proveedores, son mucho más flexibles e incentivadores de la implicación de los *perros pastores* –vía contratos de servicio– que los que se asemejan más al nuestro, claramente *isomorfista*.

¹⁰⁶ Waring J y Latif A, Of Shepherds, Sheep and Sheepdogs? Governing the Adherent Self through Complementary and Competing 'Pastorates'. Sociology, 2017. First Published February 20, 2017 (DOI: 10.1177/0038038517690680).

Esta barrera nuestra a una oferta global de servicios farmacéuticos comunitarios es la que explica el modelo *opt-in/opt-out*. Sin embargo, esta solución 'a la carta' es desechable, dada la necesidad –y el propósito expresado– de garantizar la equidad en la prestación farmacéutica de todos los ciudadanos, independientemente de su lugar de residencia. Por ello, para resultar creíble la reivindicación de la farmacia comunitaria, desde las instituciones corporativas de la farmacia habría que poner sobre la mesa medidas reales y creíbles de *profesionalización* del sector.

Y eso no es algo que se pueda hacer sobre la marcha, como tampoco lo es la modificación de las directrices docentes del grado en farmacia, como se acaba de consensuar dentro del Foro AF-FC¹⁰⁷, y de los planes de estudio de cada universidad. Como escribía recientemente la directora de Correo Farmacéutico, «los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales necesitan un cuerpo doctrinal del que la universidad, a través de su formación e investigación, se tiene que encargar» ¹⁰⁸. En este camino de progreso, que probablemente no admite atajos, ya se ha constituido una Sección de Farmacia Asistencial, así como su correspondiente área de conocimiento en –¡cómo no!– la Universidad de Granada. ¹⁰⁹

Tampoco va a resultar una tarea fácil, menos aún rápida, conseguir que se produzcan las modificaciones legales (legislación sobre farmacia y medicamentos y sobre profesiones sanitarias) que permitan a la farmacia comunitaria pasar del actual modelo o paradigma de prestación o atención farmacéutica a otro, más avanzado, de asistencia sanitaria farmacéutica.

Desde nuestro punto de vista, el lobby de la farmacia comunitaria, especialmente la sociedad científica (SEFAC), está demasiado acelerado;

¹⁰⁷ Foro de Atención Farmacéutica—Farmacia Comunitaria, Propuesta de contenidos específicos en Atención Farmacéutica. Ed. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, 2017 (http://static.correofarmaceutico.com/docs/2018/06/08/2017-jornada-atencion-farmaceutica-universidad-documento-propuesta-contenidos.pdf).

¹⁰⁸ Fernández, G, *Un buen paso en SPFA*. Correo Farmacéutico.com, 18 de junio de 2018 (http://www.correofarmaceutico.com/2018/06/18/opinion-participacion/cartas-al-director/unbuen-paso-en-spfa).

¹⁰⁹ Correo Farmacéutico, 12 de marzo de 2019: *La Universidad de Granada crea la primera Sección de Farmacia Asistencial* (https://www.correofarmaceutico.com/profesion/grado-y-posgrado/la-universidad-de-granada-crea-la-primera-seccion-de-farmacia-asistencial.html).

las reformas solo podrán ser realizadas en escenarios a medio y largo plazo, si se quiere que realmente se consideren desde el resto de los agentes sanitarios y de las administraciones públicas como un modelo integrador y no disgregador.

Finalmente, el hecho de que cada programa experimental o de marketing político vaya de la mano de la industria farmacéutica¹¹⁰ es entendido por otros agentes o lobbies profesionales, en expresión muy de actualidad, como que el lobby de la AF compite *dopado*, actuando ventajosamente frente a otros agentes profesionales competidores en el *ecosistema* sanitario.

4.3. El marco profesional: (1) estrategias colaborativas en las profesiones sanitarias

Congruentemente con la necesidad de avanzar hacia un rol y proyección más profesionalizados de la farmacia comunitaria, la estrategia de desarrollo de la *Declaración de Córdoba* se planteó en cuatro áreas de trabajo:

- Sostenibilidad del modelo: hacer compatible la adopción de un papel más asistencial con la defensa del modelo español de farmacia.
- Competencias y desarrollo profesional: formación de grado y posgrado, desarrollo profesional continuo, acreditación, avance disciplinar y competencial.
- Gestión clínica: sanitarización de la FC mediante su inclusión en las estrategias sanitarias de gestión clínica, poniendo en valor el costeefectividad y utilidad de los SPFA.

¹¹⁰ Por ejemplo, los programas *Cesar* (Pfizer); *AtenciónPiel* (Almirall); *AdherenciaMED* (Cinfa); *RinitisAlérgica* (Almirall); *Rumbo al Paciente* (Sandoz-Almirall); *MAPAfarma* (Esteve y Cinfa); *enMente* (Cinfa); *#Dermofarmacia* (Cantabria Labs), *Revisa* (Ratiopharm-TEVA), *El farmacéutico que necesitas* (Ratiopharm), *Campus Diabetes* (Johnson & Johnson), *EPOCA* (Boehringer), *Intervención de la FC en Salud de Espalda* (Almirall)... (lo mismo sucede con los cursos del 'Campus SEFAC': https://www.sefac.org/campus-sefac).

Práctica colaborativa con otros profesionales sanitarios, de manera privilegiada con los médicos de atención primaria, favoreciendo también la coordinación entre los farmacéuticos de distintos ámbitos y niveles.

Esta última área de trabajo dio lugar a un miniestudio cualitativo del CGCOF¹¹¹ –dos *workshops*, uno interprofesional (farmacéuticos, médicos y enfermeras) y otro intraprofesional (farmacéuticos comunitarios y de hospital)–, cuyos resultados fueron de todo, menos novedosos, sobre todo con respecto a la colaboración con otras profesiones. Se detectaron seis barreras fundamentales que se pueden resumir así:

- Esta colaboración, en realidad, solo le interesa a la farmacia comunitaria: ni a las otras profesiones, algo que el documento solo explica por factores exógenos, es decir, atribuibles al *otro* («miedo al intrusismo», «intereses profesionales», «egos», «tendencia al trabajo individualista», «miedo al cambio»); ni al sistema sanitario, por factores igualmente exógenos: «rigidez de los procesos», «verticalidad del modelo», «acceso y derivación 'encorsetados'», «compartimentos estancos».
- También se cita el desconocimiento entre profesionales, algo dificil de creer, al menos en nuestro contexto; quizás atina más el documento cuando habla de «ideas preconcebidas» (estereotipos y prejuicios, que sin duda existen) y falta de comunicación.
- Y como único factor, digamos endógeno, se cita el aislamiento de la farmacia comunitaria respecto al resto de estructuras sanitarias de la atención primaria.

Plantea el CGCOF cuatro líneas de trabajo «para comenzar a trabajar en el desarrollo de la práctica colaborativa entre los profesionales sanitarios en España»: impulsar proyectos en los que participen distintos profesionales sanitarios; desarrollar sistemas de información seguros y ágiles que permitan registrar y compartir información; normalizar la

¹¹¹ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos: *Colaboración entre profesionales sanitarios, clave en la Sanidad del futuro*, abril de 2015 (https://www.portalfarma.com/jornadas-congresos/XIX-Congreso-Nacional-Farmaceutico/Documents/XIX-CNF-Informe-Colaboracion-entre-Profesionales-Sanitarios.pdf).

práctica colaborativa mediante procedimientos y protocolos compartidos y promover la formación conjunta.

Ninguna novedad, ciertamente. Durante los últimos veinte o treinta años los estudios y análisis realizados en diferentes países han arrojado los mismos resultados, resumidos en dos necesidades: construir confianza y clarificar y acordar los roles clínicos.

Aunque desde los años 70 del pasado siglo se venía resaltando la importancia del farmacéutico comunitario como proveedor de atención primaria –incluso se criticaba que parecía sentirse excesivamente cómodo en su rol pasivo, dado su innegable potencial como agente proactivo del sistema¹¹²—, cuando el movimiento de la AF empezó a intentar ampliar su rol pudo comprobar la enorme distancia que existía entre ellos y los líderes intelectuales de la profesión médica, sus organizaciones y los propios profesionales.

Si bien la incorporación de los farmacéuticos a los hospitales y otros centros sanitarios, en un nítido rol clínico-facultativo, se desarrolló con bastante normalidad, los intentos de ampliar esta incorporación al ámbito de la atención primaria pasaban por integrar a las farmacias comunitarias; pero estas propuestas contaban con fuertes resistencias a ambos lados de la frontera profesional: ni los farmacéuticos se sentían motivados para entrar en los acuerdos de práctica colaborativa que desde las organizaciones sanitarias se le ofrecían, ni los médicos encontraban beneficios o utilidad, y sí riesgos e incomodidades, para cerrar estos acuerdos.

Existen diferentes modelos conceptuales que tratan de explicar el contexto y las dificultades y facilitadores para este (des)encuentro¹¹³. En España es más conocido el de la Universidad de Iowa, un esquema específico basado en una amplia literatura intersectorial sobre prácticas

¹¹² Bass M, *The pharmacist as a provider of primary care*. CMAJ, 1975; Vol. 112, enero: 60-64 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955999/pdf/canmedaj01526-0062.pdf).

¹¹³ Bardet J-D, Vo T-H, Bedouch P y Allenet B, *Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models*. Res Social Adm Pharm, 2015; 11(5): 602-622 (DOI: 10.1016/j.sapharm.2014.12.003).

colaborativas, que fue denominado *Collaborative Working Relationships*–CRW (Relaciones de Trabajo Colaborativas–RTC)^{114,115}. Posteriormente, se generó y validó un instrumento de evaluación, el *Physician–Pharmacist Collaboration Instrument*–PPCI^{116,117} que fue ampliamente utilizado para testar situaciones locales. Estudios que, hasta donde hemos podido revisar, arrojaban sistemáticamente resultados muy similares, por lo general en miniestudios de carácter cualitativo sin demasiada representatividad. ¹¹⁸

Curiosamente, este esquema está inspirado de manera muy especial en la amplia literatura existente sobre las propuestas de prácticas colaborativas entre enfermeras y médicos en EE. UU. –de manera particular, en una investigación sobre colaboración entre enfermeras y médicos residentes—, como ellos mismos reconocen: «aunque la colaboración entre profesionales sanitarios es un concepto relativamente nuevo para la farmacia, la literatura enfermera contiene numerosos artículos sobre este tema».

¿Podemos encontrar algún nexo conceptual entre la evolución histórica de las relaciones entre médicos y enfermeras y la situación actual

¹¹⁴ McDonough RP y Doucette WR, *Building working relationships with providers*. JAPhA, 2003; 43(5 Supl. 1): 44-45 (DOI: 10.1331/154434503322612447).

¹¹⁵ Brock KA y Doucette WR, *Collaborative Working Relationships Between Pharmacists and Physicians: An Exploratory Study.* JAPhA, 2004; 44(3):358-365 (DOI: 10.1331/154434504323063995)

¹¹⁶ Zillich AJ, McDonough RP, Carter BL y Doucette WR, *Influential characteristics of physician/pharmacist collaborative relationships*. Annals of Pharmacotherapy, 2004; 38(5): 764-770 (DOI: 10.1345%2Faph.1D419).

¹¹⁷ Zillich AJ, Doucette WR, Carter BL y Kreiter CD, Development and initial validation of an instrument to measure physician–pharmacist collaboration from the physician perspective. Value in Health, 2005; 8(1): 59-66 (DOI: 10.1111/j.1524-4733.2005.03093.x).

¹¹⁸ Este esquema fue importado a España por el Grupo de Investigación Farmacéutica de la Universidad de Granada, quien también adaptó el instrumento de evaluación (Cuestionario sobre relación colaborativa Farmacéutico-Médico): Universidad de Granada – Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Informe Nacional 2014-2016. Programa para la implantación y futura sostenibilidad del Servicio de seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia Comunitaria española. CGCOF, Madrid, junio 2016 (https://www.micof.es/bd/archivos/archivo5217.pdf).
Capítulo 4.

de las relaciones entre médicos y farmacéuticos comunitarios? Probablemente.

Desde un punto de vista sociológico, habría que remontarse al esquema de Elliot Freidson sobre 'dominación' o 'poder' profesional. Para Freidson, lo que distingue y diferencia a las profesiones no es, como se simplificaba desde el funcionalismo, un cuerpo de conocimientos o unos códigos morales de servicio propios y exclusivos (autonomía conceptual), sino su capacidad de control sobre el contenido técnico de su trabajo; es decir, su autonomía funcional. Destacaba Freidson, al referirse a la Enfermería, que para pasar de *ocupación* a *profesión* tuvo que aceptar ser definida como una parte subordinada de la división técnica del trabajo que rodea a la Medicina: "para obtener un estatus semiprofesional, pareciera que la enfermera ha tenido que convertirse en una parte dentro de la división paramédica del trabajo"; lo cual, señalaba el sociólogo de Boston, "dañó su posibilidad de un posterior estatus profesional." 119

Naturalmente, esta relación ha sido manipulada por quien tenía realmente el poder o capacidad de dominación: la profesión médica, que, como expresó otro sociólogo, Andrew Abbott, consiguió presentar el trabajo de las enfermeras como «una versión incompleta del suyo». Por eso, una vez atrapada en esta tela de araña utilitaria, cuando la enfermería quiso emanciparse de la autoridad médica, tuvo que «encontrar algún área de trabajo sobre la que pudiera reivindicar y sostener la exclusividad, pero debe hacerlo en un ambiente en el que la tarea central es la curación y está controlada por la Medicina». Esta área de conocimiento fue la del Cuidado.

La historia reciente nos muestra cómo la profesión enfermera ha crecido de una manera muy importante y que buena parte de este crecimiento solo ha sido posible asaltando los muros de contención que separaban las competencias médicas y paramédicas. Derribándolos en muchas parcelas, con lo que hoy se denomina de manera natural –aunque con mucha diversidad; es lo que tienen las etiquetas– Enfermería de Práctica Avanzada: por ejemplo, siendo acreditadas para prescribir

¹¹⁹ Freidson E, *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Ediciones Península, Barcelona (1978). Página 70.

medicamentos; pero también, y sobre todo, ganando autonomía sobre sus propias tareas y funciones y dejando de depender jerárquicamente del médico, avanzando hacia un modelo de práctica colaborativa en equipos clínicos integrados.

Esto ha sido puesto en evidencia con la historia de las *nurse* practitioners (NP) en EE. UU. Se trata de un grupo ocupacional dentro de la enfermería de práctica avanzada que, junto con otros tres *-clinical nurse* specialist, nurse anestethist y certified nurse midwife- obtuvieron un estatus legal que les permite trabajar autónomamente en campos competenciales muy extensos, algunos de los cuales estaban reservados a los médicos. La evolución del reconocimiento social, profesional y legal de los NP ha sido puesta como ejemplo desde la farmacia comunitaria de EE. UU. 120 Y refleja bastante bien la tesis mantenida en nuestro documento:

La evolución de los NP y su posterior reconocimiento como proveedores de servicios de atención primaria es un excelente ejemplo de cómo los esfuerzos de una profesión sanitaria para rediseñar su práctica logran los cambios que persiguen. Varias estrategias fueron esenciales para este éxito de los NP:

- Conseguir que se reconociera que la enfermería como profesión tenía potencial para expandir sus roles.
- Obtener y presentar pruebas del valor de la figura del NP.
- Establecer estándares para su formación y acreditación.
- Usar las organizaciones profesionales para capacitar a los profesionales individuales.
- Tener pasión y compromiso permanente con su causa y estar dispuestos a aceptar pequeños incrementos de las ganancias a lo largo del tiempo.

Los NP tenían la visión de que podrían mejorar la prestación de servicios de atención primaria y trabajaron duro para demostrarlo. Esta visión convirtió los reveses en oportunidades y a los rivales, en defensores. Los logros de los NP fueron el resultado de una campaña orientada a la acción, organizada por una coalición y apoyado por las diversas capacidades de sus miembros. Las estrategias empleadas por los NP pueden representar un marco para los farmacéuticos.

 $^{^{120}}$ O'Brien JM, How nurse practitioners obtained provider status: Lessons for pharmacists. Am J Health Syst Pharm, 2003; 60(22):2301-2307 (DOI: 10.1093/ajhp/60.22.2301).

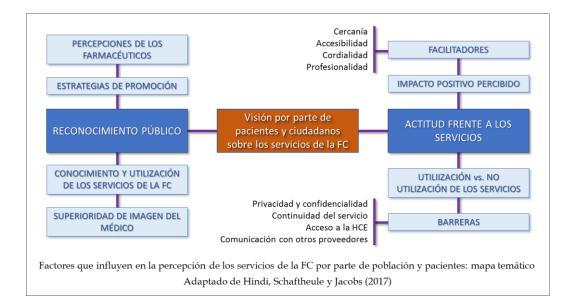
Tenemos, pues, un ejemplo interesante: ocupación que para progresar al estatus de profesión se cuelga de la bata del padre y que cuando ha acumulado activos reta al padre para encontrar su propio hueco en el ecosistema profesional. Esto, que puede parecer una caricatura, probablemente sirva para resumir en pocas líneas lo que son dos procesos sucesivos enormemente complejos.

¿Podemos encontrar algún paralelismo con la relación entre Medicina y Farmacia? No exactamente, porque Enfermería y Farmacia son profesiones muy diferentes, aunque sí extraer algunas enseñanzas virtuosas. La FC necesita/propone hoy colgarse de la bata del Padre-Médico para legitimarse como agente profesional delante de los ciudadanos/usuarios/pacientes, incluso de los reguladores profesionales.

Y es que la FC necesita la colaboración del médico para reforzar ante los usuarios y ciudadanos su rol profesional, frente a la mera imagen de *tendero*. Solo de los propios médicos pueden venir la legitimidad realmente concedida por la ciudadanía y por sus usuarios.

Hemos adaptado un mapa temático realizado a partir de una extensa revisión sistemática¹²¹ dirigida a entender por qué resultaban tan complicados y frustrantes los esfuerzos realizados en el Reino Unido, dirigidos a conseguir una utilización más activa y extensa de los usuarios de la FC en los programas y conseguir un mayor reconocimiento del rol clínico de la FC. Este esquema es el siguiente:

¹²¹ Hindi AMK, Schafheutle EI y Jacobs S, *Patient and public perspectives of community pharmacies in the United Kingdom: A systematic review*. Health Expect, 2018; 21(2):409-428 (DOI: 10.1111%2Fhex.12639).



Aparte del reconocimiento de los facilitadores y barreras, que juegan naturalmente un papel importante, uno de los aspectos fundamentales en el reconocimiento por parte del público es la imagen de superioridad técnica del médico frente al farmacéutico comunitario. De ahí la necesidad perentoria de la FC de conseguir que los médicos transmitan a sus pacientes una imagen más profesionalizada, capacitada y competente.

4.4. El marco profesional: (2) estrategias colaborativas, análisis de caso

Otra barrera importante para una colaboración entre médicos y farmacéuticos es de carácter puramente político: los gobiernos y autoridades sanitarias han sido siempre muy reacios a adoptar iniciativas políticas que refuercen una alianza entre ambas profesiones. Hay que tener en cuenta que la distribución minorista de medicamentos (FC) forma parte de la cadena de valor de la industria farmacéutica y que, de alguna manera, integrar a los distribuidores con los principales prescriptores podría generar un lobby con una capacidad de influencia extraordinaria

que podría dificultar, incluso impedir, la adopción de medidas tendentes a la racionalización del gasto farmacéutico. 122

En 2017 la SEFAC publicó conjuntamente con las tres sociedades profesionales de ámbito nacional de los médicos de Atención Primaria (semFYC, SEMERGEN y SEMG) un extraño documento titulado *Modelo de coordinación médico-farmacéutico para la atención al paciente con enfermedad crónica en atención primaria*. ¹²³

Decimos extraño, porque no se puede entender bien que cuatro sociedades científicas de dos profesiones independientes presenten de esta manera un Modelo que propugna una auténtica revolución en el híperconservador universo de las fronteras competenciales profesionales, mediante la incorporación de las oficinas de farmacia como agente activo en atención primaria: sin referencias bibliográficas, sin datos, sin evidencias, sin benchmarking, repleto de simplificaciones, sin objetivación siquiera aproximada del beneficio o costes –en resultados asistenciales y económicos– esperable... y reconociendo que «pese a los beneficios obtenidos en estudios experimentales, apenas existen experiencias de implantación en un entorno reproducible y de manera sostenida.»

Según consta en el documento, el modelo se basa en una «experiencia de colaboración que, desde hace más de una década, desarrollan un grupo de médicos de atención primaria y farmacéuticos comunitarios en Lorca (Murcia)». Efectivamente, el farmacéutico que ha liderado el proyecto es el coordinador del grupo de trabajo que ha redactado el documento. Y que lo define en su tesis doctoral¹²⁴, en la que

¹²² Löffler C, Koudmani C, Böhmer F et al, *Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists - a qualitative study*. BMC Health Services Research, 2017; 17:224 (DOI: 10.1186/s12913-017-2157-8).

¹²³ SEFAC-SEMERGEN-semFYC-SEMG: Modelo de coordinación médico-farmacéutico para la atención al paciente con enfermedad crónica en atención Primaria, 2017 (https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Coordinacion_Medico_farmaceutico_cronicos.pdf).

¹²⁴ Ruiz Maldonado, JM, Coordinación entre el farmacéutico comunitario y el médico de atención primaria en la atención al paciente con patologías crónicas. Departamento de Salud Pública y Ginecología, Universidad Miguel Hernández, 2015 (http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3437/1/TD%20Ruiz%20Maldonado%2C%20Jos%C3%A9% 20Miguel.pdf).

narra la «experiencia», como «un estudio cuasiexperimental controlado con una cohorte histórica», de lo que se derivan graves limitaciones a la hora de extrapolar, no solo los resultados, sino también el propio proceso.

Todo indica que el valor político no es de las propuestas que se realizan, sino de la existencia del propio documento. Es decir, que no se trata de un proyecto estratégico, sino de un instrumento táctico, con un valor que comienza y acaba en sí mismo. Y esto habrá que explicarlo, siquiera de manera resumida.

Es cierto que son frecuentes los acuerdos entre asociaciones de diferentes profesiones, pero lo cierto es que suelen tratar sobre programas de actuación concretos¹²⁵, incluso referidos a grupos de población como los pacientes pluricrónicos^{126,127}. Por eso, resulta extraño que representantes de dos profesiones que compiten en un juego de suma cero por ampliar sus recursos y rentas, sin sinergias demostrables, se pongan de acuerdo en un marco general estratégico que a priori solo beneficia a uno de ellos (la FC), dado que supone ampliar su campo competencial y funcional –y su captación de recursos económicos– de manera importante.

Para poder entender el porqué de esta situación hay que desechar, en primer lugar, la idea preconcebida de que los acuerdos colaborativos interprofesionales responden siempre a motivaciones y objetivos acordados y visibles. Existen dinámicas e interacciones sociológicas que evolucionan con el tiempo, además de motivaciones y objetivos ocultos. Las fronteras profesionales son al tiempo terrenos de juego *colaborativos* y *competitivos*. Por eso, a veces fingir que se debilitan fronteras significa en realidad que se están reforzando; basta con ceder elásticamente un poco

¹²⁵ SEOM, Nota de Prensa, 21 de Noviembre de 2018: *SEOM, SEFH y SEEO publican un artículo conjunto con 68 recomendaciones para el manejo seguro de los fármacos oncológicos* (https://seom.org/notas-prensa/207292-seom-sefh-y-seeo-publican-un-articulo-conjunto-con-68-recomendaciones-para-el-manejo-seguro-de-los-farmacos-oncologicos).

¹²⁶ semFYC, SEMI, FAECAP, *Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología*, 2013 (https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/05/DesarrolloGuiasPluripatologia.pdf).

¹²⁷ semFYC, SEMI, FAECAP, *Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos*, 2013 (https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/05/ProcesoAsistenciaPluripatologicas.pdf).

(no esencial) para haberlas fortalecido de hecho, puesto que «las fronteras profesionales son flexibles y maleables.» 128

Los programas de mejora de la atención farmacéutica funcionan con una doble estrategia: controlar al paciente y controlar al prescriptor¹²⁹. En esta segunda estrategia, a la que siempre se muestran reacios los médicos, el papel cualitativamente más importante lo realiza el farmacéutico clínico, que actúa sobre perfiles prescriptores y tiene acceso directo al prescriptor; pero desde la farmacia comunitaria es posible asumir el papel cuantitativamente más relevante, por dos motivos: primero, porque el farmacéutico comunitario puede actuar como centinela de perfiles prescriptores problemáticos; y segundo, por el contacto directo con los usuarios de las prescripciones, una ventaja de la que carecen los farmacéuticos clínicos.

De ahí que apoyar una ampliación competencial de la FC en la primera de las estrategias (controlar al usuario del medicamento, mediante el SFT) signifique, en realidad, apartarla de la segunda, es decir, el control directo del prescriptor: mover un poco la frontera para levantar una barrera aún más sólida ante la principal amenaza a la autonomía profesional del médico de atención primaria.

Pero aún existe una segunda dimensión: además de las fronteras interprofesionales existen fronteras intraprofesionales y las dinámicas que se producen alrededor de estas son tan intensas como la otras¹³⁰. Hay que tener en cuenta varios factores: especialmente que puede utilizarse el carácter colaborativo de las fronteras externas para reforzar el carácter competitivo de las internas; ¿por ejemplo, de la FC frente a los farmacéuticos de atención primaria? Sin duda alguna.

¹²⁸ Apesoa-Varano EC, *Interprofessional conflict and repair: A study of boundary work in the hospital*. Sociological Perspectives, 2013; 56(3): 327-349 (DOI: 10.1525%2Fsop.2013.56.3.327).

¹²⁹ Sacarny A, Barnett ML y Agrawal S, *New Evidence on Stemming Low-Value Prescribing*. NEJM Catalyist, 10 de abril de 2019 (https://catalyst.nejm.org/new-evidence-stemming-overprescribing/).

¹³⁰ Comeau-Vallée M y Langley A, *The Interplay of Inter- and Intraprofessional Boundary Work in Multidisciplinary Teams*. Organization Studies, 2019; publicado online, 16 de mayo (DOI: 10.1177%2F0170840619848020).

Sin embargo, el documento que estamos analizando se mueve únicamente en la superestructura y a pesar del marchamo de profesionalidad que quiere suponer el reconocimiento de las tres sociedades de médicos de familia, este reconocimiento solo empezará a ser efectivo si se producen avances en la base de la profesión; es decir, mediante programas de colaboración multiprofesional en equipos de salud integrados. Y es muy dificil que se produzcan, más allá de experiencias piloto con más vocación investigadora que asistencial.

Por eso, no se entienden muy bien, como hemos dicho más arriba, las motivaciones de las tres sociedades profesionales de los médicos de atención primaria a la hora de prestar sus marchamos para lo que es básicamente una pretensión o reivindicación de parte.

La posición de estas tres asociaciones médicas de AP es más llamativa, además, teniendo en cuenta la oposición de la Organización Médica Colegial (OMC). Decía Serafín Romero, su presidente, reivindicando al farmacéutico de Atención Primaria y a la enfermera frente al farmacéutico comunitario (énfasis añadido): 131

Tenemos que aclarar las nuevas competencias que está planteando el ámbito de la farmacia y que a veces nos producen dudas y espanto (...) Cuando hablamos de farmacia solo estamos visualizando al farmacéutico que ejerce en la oficina de farmacia, pero existen farmacéuticos que trabajan en los equipos de Atención primaria. Estos farmacéuticos trabajan muy cerca de nosotros y además contribuyen a la formación continuada de nosotros los médicos (...) El gran ámbito es la educación para la salud y lógicamente en el mantenimiento de los cuidados que pueda tener cualquier usuario del sistema. Por cierto, no se debe entender esta colaboración como la entrada en el ámbito competencial de uno a otro y que en algunos momentos ha generado alguna distorsión con Enfermería, porque la Farmacia quiere hacer cosas que yo creo no les corresponden, como poner las vacunas. Esto no es labor de la farmacia. Entre otras cosas porque si no hay dinero para pagar enfermeros no tiene sentido que le paquemos a un farmacéutico.

¹³¹ Entrevista en El Global, 24 de marzo de 2017: *Hay que aclarar los nuevos roles que plantea la botica; algunos nos producen dudas o espanto* (http://www.elglobal.net/farmacia/hay-que-aclarar-los-nuevos-roles-que-plantea-la-botica-algunos-nos-producen-dudas-o-espanto-GN816686).

Más recientemente, la Comisión Permanente de la OMC efectuó la siguiente reclamación al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: ¹³²

Que ponga orden en la regulación farmacéutica auspiciada por algunas comunidades, porque esto no puede depender de determinadas comunidades que decidan elaborar un decreto muy amplio y dar cabida a situaciones que no les compete regular (...) Lo de la atención farmacéutica domiciliaria no es nuevo. Llevamos oyendo hablar de ello desde principios de este siglo y nuestra opinión ha sido siempre muy clara. No se trata de ir en contra de las competencias del farmacéutico, que están muy claras, pero es evidente que nosotros nos vamos a oponer siempre a decretos que no definan claramente el escenario. La clave consiste en establecer un plan creíble basado en la lógica y, en ningún caso, nos valen decretos donde el médico no conozca todo lo que se prescribe en una farmacia.

Y unas nuevas declaraciones del presidente de la OMC, aún más recientes, dejan claro que no va a ser fácil encontrar puntos de acuerdo ¹³³:

Todos los agentes sanitarios son necesarios, y claro que hay espacio para la farmacia en tareas asistenciales, aunque hay que ponerse de acuerdo sobre, cuando hablamos de atención farmacéutica (AF), a qué nos estamos refiriendo (...) Tenemos una relación fluida con todos especialmente con las más cercanas, Enfermería y Farmacia, y tenemos espacios comunes en los que estamos trabajando, en tareas asistenciales donde todos tenemos espacio (...) Antes hay muchos problemas que resolver, porque si entendemos que hacer AF es vacunar en las farmacias, pues no, porque eso no les corresponde. En esto va a ser complejo encontrar un punto de acuerdo (...) Cuando se habla de AF domiciliaria se generan tensiones, porque falta la idea básica de un acuerdo sobre en qué consiste (...) No se trata de hacer seguimiento únicamente sobre la prescripción, sobre el tratamiento que fija el médico; a mí me gustaría hacerla también con la dispensación de venta libre que hace el farmacéutico.

Resulta, por tanto, lícito cuestionar si este modelo de coordinación médico-farmacéutico está basado principalmente en tratar de dar

¹³² Correo Farmacéutico, 14 de noviembre de 2018: *La OMC exige a Carcedo que "ponga orden" en las leyes autonómicas de Farmacia* (https://www.correofarmaceutico.com/politica-sanitaria/laomc-exige-a-carcedo-que-ponga-orden-en-las-leyes-autonomicas-de-farmacia.html).

¹³³ Correo Farmacéutico, 25 de febrero de 2019: *Serafín Romero: "La farmacia puede ser asistencial, pero hay que matizar qué es la AF"* (https://www.correofarmaceutico.com/profesion/serafin-romero-la-farmacia-puede-ser-asistencial-pero-hay-que-matizar-que-es-la-af.html).

soluciones a problemas sanitarios de carácter público o a aspiraciones de orden particular.

Como ya he tenido ocasión de escribir en otras ocasiones ^{134, 135}, y no es nada que no se sepa –y preocupe cada vez más–, las sociedades científicas, «además de su importante labor de desarrollo profesional, ejercen al tiempo como 'redistribuidores de rentas' procedentes de la industria, mediante ensayos clínicos, artículos en la prensa médica, patrocinios o presencia en congresos y eventos, actividades formativas, publicidad en las web, patronazgo en fundaciones, etc.»

Y, aunque parezca mentira, todo parece indicar que los efectos del documento, en el mejor de los casos se aproximen a cero; en el mejor de los casos, decimos, porque aparte de los anticuerpos generados entre el colectivo de enfermeras es posible que este intento de fractura en los (incipientes, de acuerdo) equipos integrados por médicos y enfermeras también los haya despertado entre los propios médicos, cuya participación en programas conjuntos es fundamental para legitimar a la FC como agente de salud.

Y, por cierto, tampoco se ha tenido en cuenta que el rol prescriptor de las enfermeras –sea cual sea la denominación oficial de esta competencia legal– empieza a desarrollarse y deberán contar asimismo con estos profesionales, que juegan un papel esencial en la indicación, por ejemplo, de productos sanitarios de uso humano y buena parte de los productos de parafarmacia. Deberían haber sido considerados como un socio estratégico también, pero probablemente el daño ya esté hecho.

¹³⁴ Hernández-Yáñez JF, *Sistema Nacional de Salud y vinculación de los agentes profesionales*. En Repullo Labrador, J. R., y Oteo Ochoa, L. A. (eds.), Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible, 199-214, Barcelona, Ariel (2005).

¹³⁵ Hernández-Yáñez JF, *Propuesta de organización corporativa de la profesión médica*. Fundación Alternativas, Madrid, 2010

⁽http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/xmlimport-DT4Zsw.pdf).

4.5. El marco profesional: (3) un actor emergente a escala global

2020 ha sido declarado por la Organización Mundial de la Salud como Año de la Enfermería¹³⁶. La campaña *Nursing Now*¹³⁷, una iniciativa interpartidista del Parlamento británico, acogida por la OMS y el Consejo Internacional de Enfermeras, así como por muchos gobiernos de todo el mundo, incluido el español y muchas comunidades autónomas, plantea cinco objetivos:

- Mayor inversión en la mejora de la educación, el desarrollo profesional, los estándares, la regulación y las condiciones de empleo para las enfermeras.
- Mayor y mejor difusión de prácticas efectivas e innovadoras en enfermería.
- Mayor influencia de las enfermeras y matronas en la política de salud mundial y nacional, como parte de los esfuerzos más amplios para garantizar que las fuerzas de trabajo de salud estén más involucradas en la toma de decisiones.
- Más enfermeras en posiciones de liderazgo y más oportunidades de desarrollo en todos los niveles.
- Más evidencia para los responsables de políticas y decisiones sobre: donde la enfermería puede tener el mayor impacto, lo que impide que las enfermeras alcancen todo su potencial y cómo abordar estos obstáculos.

La profesión enfermera es un actor emergente a escala global. Incluso en los países donde su rol autónomo está más reconocido e implantado, existe la convicción de que permitir a las enfermeras desarrollar hasta el límite todas las competencias para las que están preparadas será imprescindible para poder enfrentar los retos que se derivan de la imparable extensión en todo el mundo de las enfermedades no transmisibles, la pluricronicidad, la dependencia y la fragilidad. Y que cuanto más tiempo se tarde en reconocer esta necesidad, peor será para

World Health Organization, nota de prensa, 30 de enero de 2019: Executive Board designates 2020 as the "Year of the Nurse and Midwife" (https://www.who.int/hrh/news/2019/2020year-of-nurses/en/)

¹³⁷ https://www.nursingnow.org/our-aims/.

la salud y bienestar de la población y la sostenibilidad de los servicios de salud.

Y sin embargo, la alianza médico-farmacéutico española sobre atención a la cronicidad parece vivir al margen de este marco de análisis. En lugar de haberse planteado una triple alianza, las organizaciones firmantes se limitan a considerar la implicación de las enfermeras –y otros profesionales–como uno de los requisitos que debe cumplir su modelo:

- 1. Ser compatible con el trabajo diario de los profesionales.
- 2. Ser atemporal.
- 3. Ser aplicable independientemente de la patología que sufra el paciente.
- 4. Ser capaz de promover la comunicación y la confianza entre profesionales.
- 5. Ser capaz de medir resultados en salud y económicos.
- 6. Ser capaz de integrar a enfermería y a otros profesionales sin los que no puede concebirse la atención adecuada al paciente crónico.

Este ninguneo, incluida la malévola –o torpe– alusión a las «otras profesiones» como igual de relevantes, supuso para las organizaciones enfermeras, como se puede comprobar en las hemerotecas, una verdadera provocación (respondida, como casi siempre sucede con el lobby oficial enfermero, con expresiones gruesas y titulares agresivos en los medios afines que poco o nada ayudan a un debate constructivo).

Pero también encontramos tomas de posición desde la Enfermería, contrarias a la FC, más mesuradas y que tratan de argumentar esta oposición a partir de las necesidades y posibilidades percibidas del SNS, preguntándose si la atención primaria necesita una farmacia asistencial.

La profesión de Enfermería ha sido asumida desde hace años – incluso desde las asociaciones médicas más importantes del mundo desarrollado– como una pieza angular en las estrategias de atención

- 102 -

¹³⁸ Castro-Sánchez E, Pastor FJ y Martínez-Riera JR, ¿Necesita nuestra comunidad la Farmacia Comunitaria? Gaceta Sanitaria (Blog), 23 de julio de 2018 (http://sespas.elsevier.es/necesitanuestra-comunidad-la-farmacia-comunitaria/).

sociosanitaria a la cronicidad, como lo expresó, y hace ya 15 años, el prestigioso investigador, ensayista y profesor de medicina familiar y comunitaria en la Universidad de California en San Francisco, Thomas Bodenheimer: ¹³⁹

La literatura sobre asistencia sanitaria y la experiencia de los intentos de mejorar la atención a los pacientes crónicos indican que las enfermeras, y no los médicos, son la clave para implementar el modelo de atención crónica en un equipo de atención centrado en el paciente. Por la naturaleza de su educación y sus roles, las enfermeras están en condiciones de impulsar la transformación de la atención al paciente crónico.

Con el documento que estamos comentando, la FC española pretende otorgar a las enfermeras de los servicios sanitarios públicos un papel subordinado o colateral en la atención al paciente crónico, en la que los protagonistas serían el médico de familia y el farmacéutico comunitario. Algo que no tiene nada que ver con la realidad: si es cierto que el documento trataba de presentar una estrategia colaborativa probablemente consiguió lo contrario.

Por ejemplo, en la tesis de Ruiz Maldonado se habla repetidas veces de resultados efectivos en determinados programas o patologías «mediante la introducción en el equipo médico de un farmacéutico o un enfermero» (pp. 16 –control de la diabetes– y 17 –control de la hipertensión–); también se evidencia que la aportación del farmacéutico comunitario no lo es al médico de AP, sino al equipo de salud «formado por el médico y el enfermero» (pp. 20-21).

En las experiencias que narran, y programas que propugnan, la incorporación de los farmacéuticos comunitarios a los servicios de atención primaria siempre se refiere a una incorporación al equipo, no de colaboración o coordinación con el médico. Por tanto, la aplicación de este modelo, tal como está concebido («coordinación médico-farmacéutico»), probablemente no sea disruptiva, sino irruptora para el triángulo médico

¹³⁹ Bodenheimer T, *Nurses as leaders in chronic care*. British Medical Journal, 2005; 330: 612 (DOI: 10.1136/bmj.330.7492.612).

de familia-enfermera comunitaria-paciente crónico, ya de por sí complicado de gestionar.

Pero resulta definitivo a la hora de censurar esta especie de *pinza* antienfermera, un largo párrafo incluido en el documento *Plan de* adherencia a la terapia. Uso responsable del medicamento¹⁴⁰, liderado y financiado por Farmaindustria, pero que está respaldado por administraciones, colegios y asociaciones profesionales, asociaciones de pacientes y expertos en el tema; entre ellos, las cuatro sociedades farmacéuticas y médicas firmante del documento que analizamos:

La enfermera desarrolla hoy una importante labor en diferentes ámbitos, entre los que se incluye el seguimiento, especialmente de los pacientes crónicos, lo que le permite contribuir no sólo a la detección de pacientes con bajos niveles de adherencia, sino también para actuar sobre ellos a través de medidas de refuerzo, generalmente educativas. En el nivel de la atención primaria, el conocimiento que este profesional adquiere del paciente, integrando aspectos clínicos y socioculturales, le puede permitir detectar barreras en la adherencia al tratamiento y proponer soluciones de mejora adaptadas a sus necesidades. La consulta de enfermería, así como la visita domiciliaria son dos escenarios óptimos para informar y educar a los usuarios en la correcta administración, utilización y efectos de los tratamientos farmacológicos pautados, con el fin [de] resolver las posibles dudas e inquietudes del paciente y así asegurar una buena adherencia.

También la fase cualitativa de la *Encuesta sobre adherencia* terapéutica en *España* de Farmaindustria¹⁴¹ resalta este papel esencial de las enfermeras:

El personal de enfermería desempeña un doble papel para lograr una mejor adherencia. Por una parte, se sitúa en una posición más cercana al paciente que el médico, lo que implica en muchas ocasiones que el paciente tiene mayor facilidad para establecer una relación de confianza con su enfermero/a que con su médico, al que percibe como más lejano y que en muchas ocasiones dispone de muy poco tiempo para su atención (...) Otro punto a destacar sobre el papel que desempeña la enfermería, se refiere al incremento de la educación sanitaria de la población, aspecto que

¹⁴⁰ *Plan de adherencia a la terapia. Uso responsable del medicamento*. Madrid: Farmaindustria, 2016

⁽https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/far maindustria-plan-de-adherencia.pdf).

¹⁴¹ Fundación Farmaindustria, *Encuesta sobre adherencia terapéutica en España*. Madrid, 2016: http://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/Informe-Estudio-deadherencia-anx.pdf.

resulta importante para hacer que el paciente tome conciencia de la enfermedad y de la forma de afrontarla.

Todos los documentos revisados sobre estrategias de crónicos en España se centran en los médicos y las enfermeras, afirmando la necesidad de integrar al resto de profesionales (fisioterapeutas, trabajadores sociales, farmacéuticos, etc.).

La siguiente tabla presenta las menciones o referencias a cada una de las tres profesiones –en el caso de los farmacéuticos se incluyen también referencias a las oficinas de farmacia– en los planes o estrategias de crónicos de las 13 CC.AA. para las que hemos podido encontrar documentos oficiales. 142

¹⁴² ANDALUCÍA: «Estrategia de Implantación de la Atención a Pacientes Crónicos con Necesidades Complejas» (2016).

ASTURIAS: «Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias» (2014).

BALEARES: «Atención al paciente crónico complejo y al paciente crónico avanzado» (2017).

CANARIAS: «Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias» (2015).

CANTABRIA: «Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria» (2015).

CATALUÑA: «Programa de prevenció i atenció a la cronicitat» (2012).

C. VALENCIANA: «Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana» (2014).

CASTILLA Y LEÓN: «Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Casilla y León» (sin fecha, pero probablemente de 2017-2018).

MADRID: «Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid» (2013).

MURCIA: «Estrategia de atención a la cronicidad» (2013).

NAVARRA: «Estrategia navarra de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos» (2013).

PAÍS VASCO: «Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi» (2010).

LA RIOJA: «Estrategia de Atención al Paciente Crónico en La Rioja» (2014).

Citaciones de profesiones en los documentos sobre planes o estrategias de atención a la cronicidad de las CCAA							
Comunidad Autónoma	Año	Enfermeras	Médicos	Farmacia			
Andalucía	2016	19	22	0			
Asturias	2014	7	9	1			
Baleares	2017	26	23	0			
Canarias	2015	58	12	7			
Cantabria	2015	44	17	4			
Castilla y León	2017-18	30	13	14			
Cataluña	2012	4	2	0			
C. Valenciana	2014	74	20	1			
Madrid	2013	136	151	1			
Murcia	2013	18	14	13			
Navarra	2013	122	91	16			
País Vasco	2010	16	9	1			
La Rioja	2014	10	14	5			
TOTAL	1.087	600	421	66			
(Porcentaje)	100%	55%	39%	6%			

Como puede verse, en las estrategias de crónicos, al lado de los médicos (39%), el peso de las enfermeras (55%) es decisivo, mientras que el de los farmacéuticos (6%) es más bien residual.

En el plano internacional sucede lo mismo; en el documento redactado por un comité de expertos de 10 países para The Commonwealth Found – The London School of Economics (2017), se menciona 41 veces a las enfermeras, 37 a los médicos y 2 a los farmacéuticos. ¹⁴³

Otro documento relevante, este de Nuffield Trust (Reino Unido, 2016)¹⁴⁴ se menciona 16 veces a las enfermeras, 8 a los médicos y 2 a los farmacéuticos.

¹⁴³ The Commonwealth Found y The London School of Economics: *Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs. Ten Recommendations for Policymakers*, 2017 (http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/fund-report/2017/aug/roland_10_recommendations_for_complex_patients_revisedexpanded.pdf).

Nuffield Trust: Developing care for a changing population: supporting patients with complex, costly needs, 2016 (https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/supporting-patients-with-costly-complex-needs-web-final.pdf).

En otro documento posterior (2017)¹⁴⁵ del mismo *think-tank*, hay 26 referencias a enfermeras, 16 a médicos y 5 a farmacéuticos/oficinas de farmacia.

En los últimos tres documentos publicados por la National Academy of Medicine (EEUU) sobre atención a crónicos entre 2016¹⁴⁶ y 2017^{147,148}, encontramos (agrupando los tres documentos) 137 referencias a los médicos; 101, a las enfermeras; y 21 a farmacéuticos u oficinas de farmacia.

En el conjunto de las 412 referencias recogidas en estos cinco documentos, 198 (48%) son al médico; 184 (45%), a la enfermera; y 30 (7%), al farmacéutico/oficinas de farmacia.

Para acabar esta pequeña revisión, en la Guía [*Guideline*] del prestigioso *NICE* británico sobre uso efectivo y seguro de los medicamentos, publicada en 2015¹⁴⁹, el cómputo de referencias sobre liderazgo preferible –o todo lo contrario– en las actuaciones es el siguiente:

¹⁴⁵ Nuffield Trust: *Shifting the balance of care. Great expectations*, 2017 (https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-02/shifting-the-balance-of-care-report-webfinal.pdf).

¹⁴⁶ National Academy of Medicine: *Families Caring for an Aging America*, 2016 (https://www.johnahartford.org/images/uploads/reports/Family_Caregiving_Report_National_Academy of Medicine IOM.pdf).

¹⁴⁷ National Academy of Medicine: *Effective Care for High-Need Patients: Opportunities for Improving Outcomes*, Value, and Health, 2017 (https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/06/Effective-Care-for-High-Need-Patients.pdf).

¹⁴⁸ National Academy of Medicine: *Strengthening the workforce to support community living and participation for older adults and individuals with disabilities*, 2017 (https://www.nap.edu/read/23656/chapter/1).

¹⁴⁹ National Institute of Health and Care Excellence: *Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes*, 2015 (https://www.nice.org.uk/guidance/ng5).

NICE (ver cita): Recomendaciones sobre liderazgo en las actuaciones							
Agente de salud	Total citaciones	Preferible	Compartido	Excluir			
Farmacias Comunitarias	4	2	2	-			
Farmacéuticos	11	3	5	3			
Médicos	3	-	2	1			
Enfermeras	5	1	4	-			

No queremos, con esta presentación de cifras, relativizar la importante aportación de farmacéuticos y farmacias; simplemente queremos resaltar que cualquier programa o proyecto enfocado a la asistencia al paciente crónico deberá contar indefectiblemente con las enfermeras, no solo con los médicos, en un rol de liderazgo.

En unos momentos –la denominada era *post-enfermedad*¹⁵⁰ en que es imprescindible un enfoque más global sobre salud y enfermedad; una visión integral de la persona y su ambiente; y una cultura más orientada a los cuidados y autocuidados en la comunidad, la Enfermería está llamada a ser, sin ningún tipo de dudas –aunque sí de peleas– el eje en torno al cual girará la atención al paciente crónico complejo y frágil. ¹⁵¹

Lo cual pone más en evidencia aún la existencia de otros intereses, además de los estrictamente sanitarios o profesionales, en la publicación del documento sobre colaboración médico-farmacéutico en la atención a la cronicidad, al menos con los contenidos concretos que tiene. Es tan evidente que el equipo de atención primaria está compuesto básicamente por enfermeras y médicos, y que no se puede entender la práctica de los unos sin la de los otros, que un enfoque como el del documento es directamente erróneo e incluso contraproducente para los propios firmantes.

¹⁵⁰ Cesari M. *The geriatric management of frailty as paradigm of "The end of the disease era"*. EJIM 2016; 31: 11-14: https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.03.005.

¹⁵¹ Hernández Yáñez JF, ¿Están alineados los planetas para que las enfermeras crucen el espejo? Enfermería Clínica, 2019; 29(2): 131-135 (DOI: 10.1016/j.enfcli.2018.08.003).

4.6. El marco organizacional

El farmacéutico es el profesional experto en medicamentos; todo lo que sea extender el rol de la farmacia comunitaria en el ámbito del seguimiento farmacoterapéutico, a partir de evidencias en cuanto a sus potenciales resultados, sería sin duda útil para los servicios de salud y los ciudadanos; también lo podría ser su interrelación en la oficina de farmacia con personas sanas para fomentar estilos de vida productivos y autocuidados, así como detectar situaciones de riesgo o hábitos poco saludables (derivando a los usuarios, en su caso, a los servicios de atención primaria). Pero, en unos servicios de salud de las características de los nuestros, pretender introducir la FC en los domicilios y centros sociosanitarios se traduciría en fragmentación en cuanto a los equipos profesionales, complicaciones en cuanto a la continuidad asistencial y dificultades añadidas en cuanto a los pacientes más vulnerables y sus familias para recibir informaciones claras y no contradictorias que les ayuden a mejorar su nivel de autocuidados.

Es cierto que un cambio de cultura, una transición cultural de la profesión farmacéutica, desde su actual rol como experto en medicamentos centrado en el producto a un nuevo rol como experto en medicamentos centrado en la persona¹⁵², sería una condición necesaria para una mayor integración con los equipos asistenciales; sin embargo, estos procesos llevan años, por no decir décadas y exigen liderazgos comprometidos con esta visión estratégica. Algo que casa mal con la estructura burocrática de nuestro Sistema Nacional de Salud y con su falta de estrategia en materia de recursos humanos y financieros.

En aquellos países donde el papel de la farmacia comunitaria ha ido ampliándose y donde este desarrollo es más estratégico, no meramente puntual, se trata por lo general de programas desarrollados dentro de la 'dimensión clínica' de lo que se conoce como 'atención integrada' (integrated care), un concepto que va mucho más allá de nuestra

¹⁵² Dawodu P y Rutter P, *How Do Pharmacists Construct, Facilitate and Consolidate Their Professional Identity?* Pharmacy, 2016; 4: 23 (DOI: 10.3390%2Fpharmacy4030023).

concepción de los equipos de atención primaria, en los cuales se trabaja más bien en paralelo que colaborativamente¹⁵³. Es un modelo que sigue evolucionando y que hoy en día se denomina, un paso más allá y siguiendo los pasos del consorcio *Kaiser Permanente* en EE. UU, como *population health systems*.

La atención integrada exige una ampliación de la autonomía de los profesionales, los cuales se convierten –con el apoyo técnico de gestores altamente especializados— en responsables de los presupuestos, incluyendo las propias plantillas de clínicos y personal de apoyo, así como en contratadores de proveedores externos, que van desde personal de atención domiciliaria o suministradores de oxigenoterapia hasta las farmacias locales. Siempre con una clara definición del alcance y contenido de estas colaboraciones y con una evaluación permanente de costes y resultados. Los sistemas de retribución de proveedores se ajustan en función de la complejidad de los pacientes y tareas, lo cual exige unos desarrollos asimismo complejos de los modelos retributivos, que descansan en unos sistemas de información extensivos. 154

Uno de los ejemplos más conocidos es *Gesundes Kinzigtal* en el suroeste de Alemania¹⁵⁵, gestionado por una *joint venture* entre una caja de seguros y una cooperativa en la que participan consultas médicas y de enfermería, hospitales, farmacias, fisioterapeutas, residencias de ancianos, farmacias comunitarias, agencias de atención domiciliaria e incluso gimnasios. Otros ejemplos serían *Jönköping County Council*

¹⁵³ WHO-Europe, *Integrated care models: an overview*, 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf).

¹⁵⁴ Struckman V, Quentin W, Busse R y van Ginnecken E, *How to strengthen financing mechanisms to promote care for people with multimorbidity in Europe?* (2016). ICARE4EU consortium – NIVEL and TU (Berlin) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/337587/PB_24.pdf).

¹⁵⁵ Pimperl A, Schulte T, Mühlbacher A et al, Evaluating the Impact of an Accountable Care Organization on Population Health: The Quasi-Experimental Design of the German Gesundes Kinzigtal. Popul Health Manag, 2017; 20 (3), 239-248 (DOI: 10.1089/pop.2016.0036).

(Suecia), *Nuka System of Care* (Alaska, EE. UU.), *Counties Manukau* (Nueva Zelanda)¹⁵⁶ o *Bundled Care-IFM* (Ontario, Canadá) ¹⁵⁷.

En EE. UU. y desde la reforma del presidente Obama, se utiliza más bien la denominación *accountable care organizations* (ACO)¹⁵⁸, pero el concepto es bastante similar, con las diferencias lógicas en sistemas de salud, asimismo, tan diferentes. También las redes de atención primaria inglesas (*primary care networks*) –a las que ya nos referimos al hablar del modelo inglés de FC– tratan de adaptar sus estrategias a este modelo.

Estos desarrollos suelen realizarse en base a programas concretos con una gran consistencia conceptual, de manera que al tiempo que el modelo refuerza los programas, estos refuerzan al propio modelo, que va adquiriendo consistencia y estabilidad con el paso del tiempo.

Solo en este tipo de sistemas-programas cobra sentido una integración estratégica de las farmacias locales; otra cosa es el establecimiento de convenios que encomienden a farmacias (u otros agentes privados, como sucede por ejemplo con la oxigenoterapia domiciliaria) tareas concretas relacionadas con los medicamentos y productos sanitarios. Pero, eso sí, siempre como respuestas concretas a problemas concretos detectados que recomienden contar con *expertise* o mano de obra externas; en el caso de los farmacéuticos, al menos en nuestro país, problemas relacionados con la seguridad y calidad de la prestación farmacéutica, especialmente en el caso de la polimedicación.

Para poder avanzar en una mayor integración de los servicios de salud, la prioridad en estos momentos es convertir ese trabajo *en paralelo* de médicos y enfermeras, con la colaboración hasta donde sea posible y razonable de la FC, en un trabajo coordinado y verdaderamente integrado

¹⁵⁶ The King's Fund, *Population health systems. Going beyond integrated care* (2015): https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/population-health-systems-kingsfund-feb15.pdf.

¹⁵⁷ Acceso directo a los casos recogidos en la publicación en: https://www.kingsfund.org.uk/publications/population-health-systems.

¹⁵⁸ Kaiser Health News, *Accountable Care Organizations, Explained*. 14 de septiembre de 2015 (https://khn.org/news/aco-accountable-care-organization-faq/).

-en serie- a partir de programas bien definidos y estructurados. Especialmente en lo que se refiere a la atención a la cronicidad y fragilidad, que debe dejar de poner el foco en las consultas para ponerlo en la comunidad (domicilios y residencias) si quiere obtener resultados relevantes.

Existe un amplio consenso acerca de que la atención a los pacientes pluricrónicos, frágiles y dependientes supone ya en torno al 30% del gasto sanitario¹⁵⁹; buena parte de este gasto no se produce en los servicios de proximidad, sino en los episodios de hospitalización (y rehospitalizaciones) cuando, en muchos casos por un inadecuado seguimiento profesional y la falta de criterio sanitario de los cuidadores no profesionales (familiares o asalariados), se descompensan y acaban ingresando por los servicios de urgencias hospitalarios. Tratar de mantenerlos, por tanto, fuera de los hospitales es una necesidad acuciante y una estrategia dominante en los servicios de salud avanzados. Por racionalidad asistencial y económica.

Pero este objetivo no se realiza principalmente aguardando las demandas en los centros de salud; menos aún en las oficinas de farmacia. Solo es posible conseguir una atención adecuada actuando de manera proactiva y sistemática en la comunidad (domicilios y centros sociosanitarios); con una adecuada estratificación de la población protegida, con métodos científicos de modificación de hábitos sociales y de salud; y teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud y la enfermedad; integrando en lo posible los servicios sanitarios y sociales. Tareas absolutamente pendientes en nuestros servicios de salud. La racionalidad política consiste principalmente en atajar aquellos problemas y causas que mayor incidencia tienen en el gasto sanitario, cada vez más relacionados con la población mayor pluricrónica, poco adaptada a programas reactivos basados en la demanda del paciente.

En esta tarea, la aportación de los farmacéuticos puede ser muy útil dentro de su campo competencial específico, la prestación farmacéutica y

¹⁵⁹ Redacción Médica, 4 de mayo de 2018: *Los pacientes pluripatológicos consumen el 30% de los recursos sanitarios* (https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina-interna/lospacientes-pluripatologicos-consumen-el-30-de-los-recursos-sanitarios-6230).

el tratamiento farmacológico, sin tratar de sustituir a médicos y enfermeras que, por formación y experiencia, poseen las capacidades esenciales para realizar su trabajo. Dentro de este campo, los retos son importantes y su ayuda será muy importante. Sin embargo, queda por determinar en qué casos esta aportación puede ser realizada por la farmacia comunitaria, en vez de los farmacéuticos clínicos y gestores; y esa es una determinación basada en evidencias que corresponde liderar a la propia profesión farmacéutica. Pensamos que en esta fase de desarrollo de la FC tiene más carácter estratégico la coordinación intraprofesional que la interprofesional. Y los propios liderazgos, dentro de una profesión farmacéutica más integrada.

Atención	Farmacéutica	en	Fenaña	Agentes	estrategias	v política	
Atencion	raimaceunca	en	Espana.	Agentes,	estrategras	y pontica	LS

5. Desarrollos en España

En política, lo que no es posible es falso.

M. Weber.

5.1. Comunidades autónomas

Un nuevo modelo de colaboración de los servicios públicos sanitarios con la farmacia comunitaria, con mayor o menor alcance –muy (de)limitado, por lo general–, se está empezando a desarrollar, o se pretende hacer, en varios servicios autonómicos de salud.

5.1.1. Andalucía

Dentro de su modelo de certificación de calidad, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía aprobó en 2006 el Manual de Estándares—Oficina de Farmacia, un enfoque convencional que sería renovado en 2015. El Programa de Certificación de Oficinas de Farmacia surgió del convenio de colaboración firmado en 2005 entre la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla y la Agencia de Calidad Sanitaria, en el marco del Modelo Andaluz de Calidad, al que posteriormente se adherirían otros colegios andaluces.

En la actualización de 2015¹⁶⁰, destaca desde el propio título el intento de modernización del lenguaje, ya que pasa a denominarse *Manual de Estándares–Farmacia Comunitaria*. Asimismo, se incluyen las etiquetas *Atención Farmacéutica* (definida como en la propia ley de garantías y uso racional del medicamento) y *Servicios Farmacéuticos Profesionales*, adoptando la terminología del Foro AF-FC, si bien los contenidos no van

¹⁶⁰ Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía: *Farmacia Comunitaria. Manual de Estándares,* febrero de 2015

⁽https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Manual_Estandares_Farmacia_Comunitaria_10_1_03.pdf).

tan lejos: los SFP son definidos como «el desarrollo de actividades por el farmacéutico hacia la satisfacción de las necesidades del paciente en relación con los medicamentos que utiliza, con el fin de que se cumpla el plan terapéutico establecido y que se detecte lo antes posible cualquier problema o desviación de lo esperado.»

El éxito del programa ha sido muy modesto; aunque en alguna ocasión se ha afirmado que hay varias decenas de farmacias comunitarias certificadas¹⁶¹, en la web de la ACSA solo se recogen ocho: cinco en Málaga, dos en Sevilla y una última en Jaén¹⁶². Representan un magro 0,3% sobre las 3.878 farmacias radicadas en la comunidad autónoma.

En otro orden de cosas, el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacia presentó en 2015 el programa MAPAfarma® (monitorización ambulatoria de la presión arterial en la farmacia). En abril de 2019 se proporcionó el dato de 268 farmacéuticos acreditados (el 3% de los 9.104 farmacéuticos comunitarios andaluces). 163

5.1.2. Aragón

Existe un proyecto de Decreto (2017) para regular la AF en los centros sociosanitarios, que en su artículo 5 rebajaba a 50 el umbral de 100 camas previsto en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones para que los centros sociosanitarios deban contratar sus depósitos de medicamentos con las oficinas de farmacia, en vez de con un servicio de farmacia

¹⁶¹ IM Farmacias, 28 de marzo de 2014: *Una treintena de farmacias andaluzas tiene la certificación de calidad de ACSA* (https://www.imfarmacias.es/noticia/3730/una-treintena-de-farmacias-andaluzas-tiene-la-certificacion-de-calidad-de-acsa-).

¹⁶² https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/resultados-en-calidad/entidades-certificadas/.

¹⁶³ CACOF, 25 de abril de 2019: *Más de 260 farmacéuticos andaluces ya se han acreditado en MAPAfarma®* (https://www.cacof.es/mas-de-260-farmaceuticos-andaluces-ya-se-han-acreditado-en-mapafarma/).

hospitalaria. Este borrador, que fue sometido a trámite de información pública, no ha sido finalmente aprobado en la legislatura recién finalizada.

5.1.3. Baleares

Aunque en un principio la Consejería de Salud adoptó una posición un tanto diletante, la posición oficial es la manifestada por la consejera en septiembre de 2018, donde dijo que la farmacia comunitaria no es su modelo de atención a los pacientes crónicos ni de visitas domiciliarias y que «si queremos más comunitaria hay que impulsar a enfermería, no a farmacia.» 164

5.1.4. Canarias

Es, junto con Cataluña, la comunidad autónoma precursora del reconocimiento de un rol más amplio de las oficinas de farmacia. A partir de la publicación de la Ley 4/2005 de Ordenación Farmacéutica de Canarias, ese mismo año (30 de diciembre) se firma el Concierto entre el Servicio Canario de la Salud y los colegios oficiales de farmacéuticos de la comunidad autónoma de canarias, por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia. En este Convenio se regula el papel de las oficinas de farmacia en materia de promoción de la salud sobre tres áreas concretas (educación nutricional y prevención de la obesidad, enfermedades de transmisión sexual y lucha antitabáquica). Asimismo, se incluye la «elaboración de protocolos o esquemas terapéuticos para el tratamiento de síndromes menores» y otros «de interés que coincidan con los objetivos e intervenciones en el ámbito de la salud contenidos en el Plan de Salud de Canarias».

El Convenio se actualizó el 29 de diciembre de 2015¹⁶⁵, ratificándose por ambas partes la «voluntad de promover el desarrollo progresivo de Programas de Atención Farmacéutica». En 2018, el documento Compromiso

¹⁶⁴ Redacción Médica, 7 de septiembre de 2018: *Si queremos más comunitaria hay que impulsar a enfermería, no a farmacia* (https://www.redaccionmedica.com/autonomias/baleares/-si-queremos-mas-comunitaria-hay-que-impulsar-a-enfermeria-no-a-farmacia--1657).

¹⁶⁵ BOC del 9 de febrero de 2016: http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2016/026/006.html.

con la mejora de la sanidad pública de Canarias¹⁶⁶, firmado por 36 entidades representativas de pacientes y profesionales, así como agentes sociales, recoge «potenciar los aspectos asistenciales de la farmacia comunitaria, con la puesta en marcha de programas conjuntos en problemas de salud de Canarias (diabetes, deshabituación tabáquica, obesidad, etc.).»

Hace escasas semanas, la directora de programas asistenciales del Servicio Canario de Salud anunció un proyecto para establecer una relación médico-paciente-farmacéutico: supuestamente, el paciente podrá acceder a su historia clínica a través de una aplicación ('Mi SCS') y, a través de esta, autorizar el acceso al farmacéutico comunitario¹⁶⁷.

5.1.5. Castilla-La Mancha

La Consejería de Sanidad mantiene un convenio con los colegios de farmacéuticos en materia de drogodependencias, con dos programas: dispensación de metadona (67 € por paciente y mes y 86 usuarios en 32 farmacias en 2017) y distribución de material de venopunción (una sola farmacia, 227 kits de venopunción y recogida de 82 jeringuillas). 168

5.1.6. Castilla y León

Se ha publicado el documento *Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León* (no está fechado, pero probablemente sea de 2017-2018)¹⁶⁹. En él se incluye la participación de los farmacéuticos comunitarios en diversas líneas estratégicas, particularmente las número

¹⁶⁶ Compromiso para la mejora de la Sanidad Pública de Canarias, 15 de diciembre de 2017 (https://www.compromisosanidadcanaria.com/).

¹⁶⁷ Diariofarma, 24 de abril de 2019: *Los canarios podrán compartir su historia clínica con sus farmacéuticos* (https://www.diariofarma.com/2019/04/24/los-canarios-podran-compartir-su-historia-clinica-con-los-farmaceuticos).

¹⁶⁸ Diariofarma, 16 de julio de 2018: *Castilla-La Mancha: Sanidad y los COF renuevan el convenio en materia de drogodependencias* (https://www.diariofarma.com/2018/07/16/castilla-la-mancha-sanidad-y-los-cof-renuevan-el-convenio-en-materia-de-drogodependencias).

¹⁶⁹ Junta de Castilla y León—Sacyl: *Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León* (https://gobiernoabierto.jcyl.es/web/jcyl/binarios/461/832/Estrategia%20de%20Atenci%C3%B3n%20al%20Paciente%20Cr%C3%B3nico%20en%20Castilla_y_Le%C3%B3n,0.pdf).

cuatro («Autocuidado, corresponsabilidad y participación») y cinco («Promoción de la salud y prevención de la enfermedad»).

Tras la modificación de la Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León, que se incluyó en la Ley de Acompañamiento a los presupuestos autonómicos para 2016, el Consejo de Gobierno del 16 de mayo de 2019 aprobó el Decreto 14/2019, de 16 de mayo, por el que se regula la atención farmacéutica en centros sociosanitarios y centros residenciales de carácter social para la atención a personas mayores ubicados en la Comunidad Autónoma de Castilla y León¹⁷⁰. Dentro del marco del Real Decreto Ley 16/2012, incluye entre las funciones de los depósitos de medicamentos – bajo la responsabilidad de una persona licenciada o graduada en farmacia- «Establecer, en colaboración con los servicios de atención primaria y hospitalaria, los sistemas que permitan hacer un seguimiento farmacoterapéutico de los usuarios polimedicados o con problemas de adherencia a su tratamiento» y «Colaborar en los programas de farmacovigilancia y notificación de errores de medicación, registrando incidencias y problemas relacionados con el medicamento.»

Además, establece unas ratios mínimas de personal farmacéutico en función de número de camas residenciales atendidas por el depósito, a partir de 120, con una persona licenciada o graduada por cada 60 camas adicionales dedicada en exclusiva a desempeñar las funciones propias del depósito.

5.1.7. Cataluña

Existe un convenio de colaboración entre CatSalut y el Consejo Catalán de Farmacéuticos, que data de 1995 y ha venido sufriendo actualizaciones periódicamente, la última en 2015.

Probablemente sea la comunidad autónoma donde las farmacias comunitarias muestran mayor *activismo* y capacidad emprendedora, por

¹⁷⁰ BOCYL de 21 de mayo de 2019: http://bocyl.jcyl.es/boletines/2019/05/21/pdf/BOCYL-D-21052019-2.pdf.

lo que se refiere a servicios retribuidos. Según el COF de Barcelona¹⁷¹, en 2017 participaban en la provincia, de las 2.300 farmacias existentes, 1.374 en el programa de cribado de cáncer de colon; 1.257 están acreditadas para ofrecer el Sistema Personalizado de Dosificación; con cifras mucho menores, tenemos el programa *Atenció Pell* (323 farmacias); atención en diabetes (322); intercambio de jeringuillas (288); AF para pacientes crónicos complejos (163) y mantenimiento con metadona (89).

Por otro lado, existe un programa de farmacias centinela en el que participan 60 oficinas, que monitorizan a 146.000 usuarios. Otros programas, como el de intercambio de jeringuillas o el de atención farmacéutica al paciente crónico complejo permanecen en un cierto limbo administrativo, con un escaso desarrollo, más bien de carácter voluntarista.¹⁷²

5.1.8. Comunidad Valenciana

El de la Comunidad Valenciana es, junto con el de Madrid, uno de los ejemplos más claros de cómo la voluntad política termina topando con los marcos normativos. Por eso merece la pena detenerse un poco en los detalles igual que haremos en el otro caso.

El 29 de septiembre de 2017, la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana realiza el trámite de consulta, previo al de audiencia pública, del *Proyecto de decreto del Consell, por el que se regula la concertación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales y la acreditación de las oficinas de farmacia para la prestación de dichos servicios concertados.* Se trata del proyecto más avanzado en cuanto a las competencias de las oficinas de farmacia, depositando además en los colegios oficiales de farmacéuticos la capacidad de

¹⁷¹ Diariofarma, 16 de julio de 2018: *La farmacia catalana demuestra con datos su valor asistencial* (https://www.diariofarma.com/2018/07/16/la-farmacia-catalana-demuestra-con-datos-su-valor-asistencial).

¹⁷² Correo Farmacéutico, 27 de noviembre de 2018: *Cataluña avanza en la integración de la farmacia comunitaria en el sistema sanitario*

⁽https://www.correofarmaceutico.com/profesion/farmacia-comunitaria/cataluna-avanza-en-la-integracion-de-la-farmacia-comunitaria-en-el-sistema-sanitario.html).

acreditación de oficinas y titulares. Sirve como marco para la concertación de SPFA, entendidos como «el conjunto de aquellas actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria por la persona farmacéutica que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como la de las personas destinatarias de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos».

En cuanto a la historia clínica, propone algo realmente avanzado: «permitir que los SPFA concertados puedan mecanizarse e integrarse, a través de los Sistemas de información de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de la Comunitat Valenciana correspondientes, en el sistema informático sanitario de la Conselleria con competencias en materia de sanidad, de manera bidireccional, con el fin de permitir la comunicación entre los miembros del equipo asistencial y el acceso a la información farmacoterapéutica necesaria para la correcta atención al paciente.»

El 19 de octubre de 2018, el decreto es aprobado por el Consell y el día 31 de octubre es publicado en el Diario Oficial de la Generalitat Valenciana. El proyecto sometido a trámite de audiencia y el finalmente aprobado son muy similares, con un pequeño detalle (resaltado): en la definición de los SPFA se incluye una breve subordinada. Servicio profesional farmacéutico asistencial (SPFA): «conjunto de aquellas actividades sanitarias que, dentro de las definidas en el artículo 86 del Real decreto legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, y demás normativa aplicable, sean prestadas desde la farmacia comunitaria (...)».

Se trata de un reconocimiento explícito de la falta de competencia de la Comunidad Autónoma para legislar fuera de la normativa estatal. A pesar de esta importante marcha atrás, el Consejo General de Enfermería ha presentado recurso contencioso en los tribunales de justicia contra el decreto, con el respaldo del Consejo Valenciano de Enfermería-CECOVA, y de los tres colegios provinciales¹⁷³.

Además, mientras que el proyecto concedía a los colegios oficiales de farmacéuticos, las sociedades científicas u otras entidades formativas, la capacidad para impartir los programas formativos de capacitación ("Dicha formación podrá ser impartida por la Conselleria con competencias en materia de sanidad, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, las Sociedades Científicas profesionales o por otras entidades formativas"), el Decreto, finalmente, asigna dicha competencia exclusivamente a la Consellería de Sanitat, "contando para ello con los recursos y programas establecidos por la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES), los colegios oficiales de farmacéuticos, las sociedades científicas profesionales o por otras entidades formativas."

En otro orden de cosas, el 18 de diciembre de 2017 la Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública presenta el programa Domi-EQIFar, dirigido a personas dependientes con cuidador no profesional y no institucionalizadas en centros residenciales. Se limita a la revisión de la prescripción farmacológica por parte de los titulares de las oficinas de farmacia. Actualmente en fase de pilotaje en tres departamentos de salud (Alcoy, Arnau de Vilanova-Llíria y, más recientemente, Alcalá de Xivert), pilotaje que, según alguna prensa sectorial, «tumba la teoría del intrusismo de Enfermería.» ¹⁷⁴

A través de este programa, los farmacéuticos del Servicio de Atención Primaria contactan con las personas dependientes y sus cuidadores para proporcionarle toda la información sobre el programa y sus beneficios y, en caso de aceptar, el paciente es incluido en el programa. Después, un equipo multidisciplinar, compuesto por médicos, enfermeros,

¹⁷³ Correo farmacéutico, 3 de abril de 2019: *Enfermería de Valencia cierra filas en el recurso contra el decreto de servicios profesionales* (https://www.correofarmaceutico.com/profesion/farmacia-comunitaria/enfermeria-de-valencia-cierra-filas-en-el-recurso-contra-el-decreto-de-servicios-profesionales.html).

¹⁷⁴ El Global, 23 de noviembre de 2018: *Domi-EQIfar tumba la teoría del intrusismo de Enfermería. Médicos, enfermeros y boticarios participantes en este proyecto de AF Domiciliaria corroboran la buena sintonía* (https://www.elglobal.es/farmacia/domi-eqifar-tumba-la-teoria-del-instrusismo-de-enfermeria-KN1825972).

farmacéuticos de Atención Primaria, farmacéuticos comunitarios y otros profesionales, según las necesidades del paciente, realiza una revisión farmacoterapéutica y define un plan de mejora de la medicación del paciente, incluyendo en él medidas encaminadas a mejorar el conocimiento y utilización de los tratamientos. Por otro lado, se identifica el grado de adherencia de los pacientes a la medicación para valorar si toma la medicación tal y como se le ha prescrito y conoce para qué sirve cada una. Con el resultado obtenido, se valora la necesidad de disposición de sistemas personalizados de dispensación.

Finalmente, se valora, en función del grado de dependencia y de la situación del cuidador, la necesidad de dispensación de la medicación en el domicilio y, en caso de requerirlo, se dispensa a través de las oficinas de farmacia.

La evaluación del piloto de Alcoy ha obtenido «buenos resultados», si bien su alcance no puede decirse que haya sido precisamente esperanzador en el año transcurrido: «Este primer pilotaje permitió valorar a 35 pacientes adscritos al Centro de Salud Plaça de Dins de Alcoy y contó con la participación de dos farmacéuticos de Atención Primaria, 12 profesionales médicos, 12 profesionales de Enfermería, dos trabajadoras sociales y 11 oficinas de Farmacia» 175,176: 28 profesionales y 11 oficinas de farmacia para valorar a 35 pacientes...

El programa equivalente para personas institucionalizadas (centros sociosanitarios), denominado Resi-EQIfar, pretendía que la prestación farmacéutica la asumieran los especialistas en farmacia hospitalaria exclusivamente. El borrador de decreto fue recurrido por los colegios de farmacéuticos, alegando –con toda la razón, en nuestra modesta opiniónque invadía competencias exclusivas del Estado. Finalmente, aunque ya había sido sometido al trámite de audiencia pública y estaba listo para ser

¹⁷⁵ Acta Sanitaria, 7 de febrero de 2019: *Valencia destaca «los buenos resultados» del piloto de atención farmacéutica domiciliaria en Alcoy* (https://www.actasanitaria.com/valencia-destaca-los-buenos-resultados-del-programa-atencion-farmaceutica-domiciliaria-alcoy/).

¹⁷⁶ El Global, 8 de febrero de 2019: *Domi-EQifar: la AF Domiciliaria da resultados en Comunidad Valenciana* (https://www.elglobal.es/farmacia/domi-eqifar-la-af-domiciliaria-da-resultados-encomunidad-valenciana-ML1915394).

elevado al Consell de la Generalitat, el decreto fue retirado, tramitándose en su lugar como reforma exprés de la ley valenciana de ordenación farmacéutica (adecuación del rango normativo), fielmente basada en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, para no invadir competencias estatales.

Finalmente, esta reforma se ha producido mediante el artículo 68 de la Ley 27/2018, de 27 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera y de organización de la Generalitat. ¹⁷⁷

5.1.9. Galicia

El anteproyecto de ley de ordenación farmacéutica, presentado en el Parlamento de Galicia el pasado 21 de marzo de 2019¹⁷⁸, ha superado la enmienda a la totalidad presentada por el grupo En Marea y actualmente (junio 2019) ha sido aprobado el dictamen en la Comisión de Sanidad, quedando así visto para sentencia¹⁷⁹. El texto dedica su artículo segundo a la AF, definida como «un servicio de interés público que garantiza el acceso de la ciudadanía a los medicamentos y productos sanitarios y que contribuye a hacer un uso racional y eficiente de ellos, tanto en los distintos niveles de asistencia sanitaria como en el campo de la salud pública». También regula la AF Domiciliaria (art. 6). Entre las funciones de las oficinas de farmacia (art. 12) se recogen «Colaborar en el seguimiento farmacoterapéutico individualizado con el fin de evaluar su efectividad y detectar los fracasos por incumplimiento terapéutico, así como de detectar las reacciones adversas y notificárselas a los organismos farmacovigilancia», «Colaborar en el uso racional de los medicamentos y

http://www.dogv.gva.es/datos/2018/12/28/pdf/2018 12241.pdf.

http://www.parlamentodegalicia.es/sitios/web/BibliotecaBoletinsOficiais/B100446_1.pdf.

¹⁷⁷ DOGV del 28 de diciembre de 2018:

¹⁷⁸ BOPG del 21 de marzo de 2019:

¹⁷⁹ El Global, 14 de junio de 2019: *Galicia concreta los criterios de su Atención Farmacéutica Domiciliaria* (https://www.elglobal.es/farmacia/galicia-concreta-los-criterios-de-su-atencion-farmaceutica-domiciliaria-FJ2128968).

productos sanitarios, así como en la protección y promoción de la salud» o «Colaborar en programas de salud pública y drogodependencias».

Por lo que respecta a la estrategia de crónicos, existe un programa de revisión de medicamentos, pero no participa la FC, ya que corre a cargo de las enfermeras comunitarias y de los farmacéuticos de atención primaria. Al parecer, con buenos resultados ¹⁸⁰.

5.1.10. Madrid

El proyecto de ley de farmacia, aprobado el pasado 4 de septiembre de 2018 por el Consejo de Gobierno, sometido a trámite de audiencia pública entre enero y febrero y actualmente en fase de tramitación en la Asamblea de Madrid¹⁸¹, define la AF como «la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando con el médico y con otros profesionales sanitarios, a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. La atención farmacéutica incluye actividades como: Indicación de medicamentos que no requieren prescripción médica, prevención de la enfermedad, educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico personalizado y todas aquellas otras que se relacionan con el uso racional del medicamento.»

En su artículo 10 abre la puerta de manera muy genérica a la participación de la oficina de farmacia (denominación que se utiliza en el texto) «con los distintos niveles del Servicio Madrileño de Salud, en el desarrollo de actividades y servicios asistenciales de naturaleza informativa, preventiva y de seguimiento a grupos específicos de pacientes y medicamentos, de acuerdo a los protocolos y requisitos de actuación que en cada caso se determinen». También prevé que las oficinas de farmacia «podrán realizar actividades de atención farmacéutica domiciliaria

¹⁸⁰ Reboredo-García S, González-Criado Mateo C y Casal-Llorente C, *Implantación de un programa de polimedicados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad*. Atención Primaria, 2014; 46(supl. 3): 33-40 (DOI: 10.1016/S0212-6567(14)70063-0).

¹⁸¹ BOAM del 13 de septiembre de 2018: https://www.asambleamadrid.es/BOAM/BOAM_10_00194.pdf.

relacionadas con el seguimiento farmacoterapéutico de los mismos, adherencia a los tratamientos, reacciones adversas u otras, del modo que determine la Consejería con competencias en materia de Sanidad». Esta puerta abierta a los domicilios de los usuarios/pacientes fue lo que ocasionó el duro encontronazo con la Mesa de la Profesión Enfermera, ya comentado anteriormente, y que promete ser intenso, incluso con potenciales consecuencias judiciales, de no ser reconducido¹⁸².

Como, efectivamente, ha sucedido. El COF de Madrid llegó a un acuerdo con la Mesa de la Profesión Enfermera, compuesta por el Colegio de Enfermería y el Sindicato Satse, haciendo llegar a los grupos de la Asamblea un acuerdo de mínimos. ¹⁸³

De hecho, este acuerdo ha ocasionado también una fractura interna dentro del colectivo farmacéutico, ya que el CGCOF¹⁸⁴ y otros agentes del sector¹⁸⁵ han criticado duramente al presidente del COF de Madrid, por haber cedido a las presiones de los enfermeros.

Los grupos de izquierdas de la Asamblea madrileña, PSM y Podemos, presentaron enmiendas a la totalidad, mientras que Ciudadanos, que había anunciado una abstención en estas enmiendas a la totalidad, que habría sentenciado el proyecto de ley, finalmente votó a favor de continuar el debate de las enmiendas parciales. A la hora de redactar estas líneas (junio 2019), la Asamblea se ha disuelto con motivo

¹⁸² Correo Farmacéutico, 14 de diciembre de 2018: *Ley de Farmacia de Madrid: el COF demandará al Consejo de Enfermería y a Satse por vulnerar el derecho al honor* (https://www.correofarmaceutico.com/profesion/farmacia-comunitaria/ley-de-farmacia-demadrid-el-cof-demandara-al-consejo-de-enfermeria-y-a-satse-por-vulnerar-el-derecho-al-honor.html).

¹⁸³ Redacción Médica, 18 de febrero de 2019: *Enfermeros y farmacéuticos pactan una nueva Ley de Farmacia para Madrid* (https://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/enfermeros-y-farmaceuticos-pactan-una-nueva-ley-de-farmacia-para-madrid-2743).

¹⁸⁴ ¹⁸⁴ Diariofarma, 21 de febrero de 2019: *Ley de Farmacia de Madrid: el Pleno del Consejo General pide al COFM que reconsidere el acuerdo con enfermería* (https://www.diariofarma.com/2019/02/21/ley-de-farmacia-de-madrid-el-pleno-del-consejo-general-pide-al-cofm-que-reconsidere-el-acuerdo-con-enfermeria).

¹⁸⁵ Diariofarma, 19 de febrero de 2019: *D.E.P. a la Farmacia Asistencial en Madrid* (https://www.diariofarma.com/2019/02/19/dep-a-la-farmacia-asistencial-en-madrid).

de las próximas elecciones autonómicas, por lo que el futuro del proyecto es bastante incierto.

5.1.11. Murcia

El Decreto 2/2014, de 24 de enero, por el que se desarrolla la regulación de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos y productos sanitarios de los centros sociosanitarios de la Región de Murcia contempla, en el ámbito de estos centros, la colaboración de las oficinas de farmacia en «todas las actividades que se promuevan en relación con el uso racional del medicamento, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la educación sanitaria».

El Concierto entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia, por el que se determinan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica que se realiza a través de las oficinas de farmacia de la Región de Murcia¹⁸⁶, firmado el 17 de abril de 2015, presenta una declaración de intenciones con respecto al desarrollo de un modelo más avanzado de AF.

Se reconoce expresamente al farmacéutico como agente de salud, prestador de una atención farmacéutica eficaz, moderna y adecuada, que favorezca el uso racional del medicamento, detecte y notifique posibles reacciones adversas, forme e informe al paciente, con capacidad para realizar funciones sanitarias en varias materias tales como deshabituación tabáquica, prevención de embarazos no deseados, sistemas personalizados de dosificación (SPD), prevención y detección precoz de enfermedades, atención a drogodependientes o atención domiciliaria, y todo ello al menor coste posible para el paciente y la comunidad.

Y el Convenio marco de colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Sanidad, y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia, por el que se establecen las líneas generales de actuación en materia de Atención y prestación farmacéutica, firmado el 22 de marzo de 2016¹⁸⁷, se compromete a promover el desarrollo y potenciación de la oficina de farmacia como

¹⁸⁶ https://nuevaweb.cofrm.com/wp-content/uploads/2017/07/Concierto-SMS-COF-2015.pdf.

¹⁸⁷ BORM del 18 de abril de 2016: http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=744891.

establecimiento sanitario para garantizar a la población la continuidad de la asistencia farmacéutica en la Atención Primaria; incluyendo en la cartera de servicios de las farmacias las prestaciones colaborativas y complementarias; también incluye el fomento y promoción de las actividades de formación en grado, postgrado, formación continuada e investigación de los profesionales que actúan en las oficinas de farmacia, que «serán consideradas, respecto al ejercicio de las prácticas tuteladas que en ellas se realicen, centros docentes colaboradores de las Universidades públicas y privadas».

Con ocasión del último congreso de la SEFAC (9 de noviembre de 2017), el Consejero de Salud anunció la creación de plazas de farmacéuticos de AP, una figura que se empezó a implantar en España en 1985, que se formalizó legalmente en 2010 y que no había sido regulada aún en la Comunidad Autónoma¹⁸⁸. Existe un Proyecto de Decreto que modificará tanto la norma anteriormente citada como el Decreto 435/2009, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla la regulación de los servicios de farmacia y los depósitos de medicamentos y productos sanitarios de las estructuras sanitarias de atención primaria de la Comunidad Autónoma. Este borrador crea los servicios de farmacia de atención primaria como los vórganos a través de los cuales se desarrolla la atención farmacéutica en las estructuras de atención primaria públicas proveedoras de servicios sanitarios» y prevé que «se establecerá, al menos, un servicio de farmacia de atención primaria en las estructuras de gestión de atención primaria de cada Área de Salud». El papel de las oficinas de farmacia se limita a los depósitos de medicamentos en centros sociosanitarios privados muy pequeños y consultas de atención primaria privadas.

El 6 de abril de 2018 se anunció en los medios de comunicación que la Comunidad autónoma «será la primera en implantar el modelo en su territorio», en referencia al recogido en el documento de la SEFAC y las tres sociedades de médicos de AP que analizamos en el apartado anterior. No

¹⁸⁸ La Opinión de Murcia, 9 de noviembre de 2017: *Murcia contará el próximo año con farmacéuticos en Atención Primaria*

⁽https://www.laopiniondemurcia.es/comunidad/2017/11/10/murcia-contara-proximo-anofarmaceuticos/874051.html).

hay muchas precisiones, pero según la presidenta autonómica de SEFAC «la consejería de Sanidad ha dado luz verde para crear una herramienta informática que permita una comunicación bidireccional entre médicos de AP y farmacéuticos comunitarios para que podamos intercomunicarnos fácilmente para llevar mejor el control de los pacientes.» 189

5.1.12. Navarra

Lo más obvio a destacar en el caso de la Comunidad Foral es que es la única administración autonómica que se atrevió a desafiar el statu quo en cuanto a la autorización de apertura de oficinas de farmacia. En el artículo 27 de la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica¹⁹⁰, se establece un sistema de planificación basado en el número mínimo de farmacias por población en cada zonas de salud; y establece el número máximo en cada localidad (reforma de la ley en 2008) de una oficina por cada 700 habitantes. Ello provocó que en menos de 10 años casi se duplicara el número de farmacias –307 en 2000 y 593 en 2010¹⁹¹; actualmente (2018) hay solo 10 más (603) según las cifras oficiales del Consejo General—.

Por lo demás, el Programa Observa¹⁹² realiza el seguimiento farmacoterapéutico del paciente polimedicado, así como la conciliación al alta hospitalaria; el objetivo es «impulsar un Observatorio de la Seguridad de la Medicación que, en combinación con la base de datos poblacional, hace posible realizar revisiones de la medicación a grandes grupos con el

¹⁸⁹ El Global, 6 de abril de 2018: *Murcia dará ejemplo de coordinación entre médicos y farmacéuticos* (http://www.elglobal.net/suplementos-y-especiales/gestion-farmaceutica/murciadara-ejemplo-de-coordinacion-entre-medicos-y-farmaceuticos-CD1489127).

¹⁹⁰ Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica. BOE de 20 de febrero de 2001 (https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-3425).

¹⁹¹ El Global, 9 de septiembre de 2011: *El 'modelo navarro' alcanza su límite y la apertura de farmacias se acerca a la del resto de España* (https://www.elglobal.es/hemeroteca/el-modelo-navarro-alcanza-su-limite-y-la-apertura-de-farmacias-se-acerca-a-la-del-resto-de-espana-LAEG 549604).

¹⁹² Gobierno de Navarra, Nota de Prensa 2 de enero de 2018: *Premiada una herramienta informática del SNS-O que mejora la seguridad de la farmacoterapia* (https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/94D84C3E-9071-41E4-B0DA-EC5EB4AD31D4/401245/PremiadaherramientainformaticadelSNSOquemejorasegu.pdf).

fin de minimizar problemas relacionados con los medicamentos y fomentar el uso racional de los mismos» creando «un entorno de trabajo colaborativo entre los y las profesionales de Medicina y Farmacia del SNS-O tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada.»

En el Programa no participa la FC, sino los farmacéuticos de Hospital y Atención Primaria.

5.1.13. País Vasco

Se trata de la comunidad autónoma en la que mayor desarrollo ha obtenido la FC.

En el marco del Plan de Salud 2013-2020, se desarrolla un «proceso de prescripción compartida hospital-primaria-farmacia que fomente la adherencia al tratamiento»; la principal aportación de las oficinas de farmacia son los Sistemas Personalizados de Dosificación-SPD. De las 238 oficinas participantes en 2013, con 29.158 SPD preparados, se ha pasado en 2017 a 372 oficinas (+31%), con 40.915 SPD (+40%). Perciben de Osakidetza 31 euros por paciente y mes.

También participan las oficinas de farmacia en la realización de pruebas de VIH (el 56% del total de indicaciones fue derivado a las farmacias), intercambio de jeringuillas, tratamiento sustitutivo de opioides y otras actuaciones de salud pública.

Otra experiencia, que comienza ahora a ser evaluada en cuanto a su desarrollo y resultados, es el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), dirigido a pacientes con DM2 polimedicados (ocho o más principios activos) y en el que han participado tres centros salud, 18 farmacias y 126 pacientes. 193

Finalmente, algunas organizaciones sanitarias integradas (gerencias únicas primaria-especializada, por simplificar) han conveniado

reo Farmacéutico. 16 de julio de 2018: Los primeros resultados d

¹⁹³ Correo Farmacéutico, 16 de julio de 2018: *Los primeros resultados del SFT vasco resaltan el papel de la botica* (https://www.correofarmaceutico.com/profesion/los-primeros-resultados-del-sft-vasco-resaltan-el-papel-de-la-botica.html).

programas locales, principalmente en conciliación de medicamentos, resistencia a antibióticos y el programa *Farmacia Amigable/Farmazia Lagunkoia*, dirigido a los más mayores.

Sin embargo, para desagrado de los agentes del sector, que han recurrido la norma ante los tribunales 194,195, el 5 de marzo de 2019 se publicó en el DOPV el Decreto 29/2019, de 26 de febrero, sobre servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en las residencias para personas mayores ubicadas en la Comunidad Autónoma de Euskadi 196. Esta norma impide a todas las residencias públicas y a las privadas con más de 100 plazas residenciales conveniar la prestación farmacéutica de los residentes con una oficina de farmacia. El decreto incluye también la compra centralizada de medicamentos; aun así, plantea la posibilidad de que las oficinas de farmacia realicen el servicio de AF en aquellas residencias a las que no van a suministrar medicación, reforzando así el papel asistencial de las oficinas de farmacia, más allá del suministro de la medicación.

5.2. Proyectos locales y 'experimentales'

Una *puerta trasera* de los colegios de farmacéuticos para ir generado experiencias retribuidas de AF con una cierta trascendencia mediática son las administraciones locales. En general, se trata de experiencias muy delimitadas, de unos pocos usuarios, como en el caso de El Boalo (Madrid), con seis pacientes a cargo de la farmacia local, pero que ha sido amplificada incluso por el presidente de SEFAC como un hito¹⁹⁷. El final ya lo hemos contado en el primer capítulo del libro.

¹⁹⁴ Diariofarma, 12 de marzo de 2019: *Los COF vascos critican el decreto de residencias y dudan de los ahorros* (https://www.diariofarma.com/2019/03/12/los-cof-vascos-critican-el-decreto-de-residencias-y-dudan-de-los-ahorros).

¹⁹⁵ Correo Farmacéutico, 14 de mayo de 2019: *La SEFH también recurre el nuevo modelo de AF a residencias del País Vasco* (https://www.correofarmaceutico.com/normativa/la-sefh-tambien-recurre-el-nuevo-modelo-de-af-a-residencias-del-pais-vasco.html).

 $^{^{196}}$ BOPV del 5 de marzo de 2019: http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/eli/es-pv/d/2019/02/26/29/dof/spa/html/.

¹⁹⁷ Al igual que el de Alconchel (Badajoz), con 16 usuarios, entre otras micro experiencias locales. Correo Farmacéutico, 25 de mayo de 2018: *La farmacia, más cerca del domicilio del paciente*

Los convenios más habituales son para el Servicio de Dispensación Personalizada – SPD; ya vimos que han alcanzado un cierto desarrollo en el País Vasco a nivel autonómico, pero también hay convenios en localidades como Soria, Utrera (Sevilla), Bedmar, Pozo Alarcón y Larva (Jaén), Astillero (Cantabria), Cáceres, Quer y Trillo (Guadalajara), Anaga (Santa Cruz de Tenerife) y probablemente algunos más. 198

Además, hay algunos otros convenios o acuerdos que no tienen que ver propiamente con la AF, sino con la colaboración de las farmacias locales en programas de ayuda a desfavorecidos o excluidos, entrega de alimentación infantil y otros productos. Es decir, logística y cooperación.

Entre los programas "experimentales" que se desarrollan por iniciativa de la organización colegial (Consejo General y colegios oficiales) y las entidades asociativas, con la colaboración del entorno industrial y de la distribución, destacan los que a continuación describimos brevemente.

5.2.1 conSIGUE

El Programa conSIGUE¹⁹⁹ fue desarrollado por el CGCOF con la Universidad de Granada con el objetivo de «evaluar y desarrollar un modelo de implantación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes mayores, crónicos y polimedicados en las farmacias comunitarias». Se ha desarrollado en tres fases; en la última participaron 133 farmacéuticos de 86 farmacias comunitarias de seis comunidades autónomas distintas. En los doce meses de duración de esta tercera fase se atendió a 551 usuarios, lo cual da un promedio de 6,4 usuarios por farmacia. El coste por usuario y año se ha calculado (datos de 2014) en 174 euros.

(http://www.correofarmaceutico.com/2018/05/25/al-dia/profesion/la-farmacia-mas-cerca-del-domicilio-del-paciente).

¹⁹⁸ Correo Farmacéutico, 21 de mayo de 2018: *Tímido avance en el desarrollo de servicios vía acuerdos municipales* (http://www.correofarmaceutico.com/2018/05/21/al-dia/profesion/timido-avance-en-el-desarrollo-de-servicios-via-acuerdos-municipales).

¹⁹⁹ CGCOF. *conSIGUE, informe de resultados*. Resumen, 2019 (https://www.portalfarma.com/Profesionales/InvestigacionFarmacia/Documents/2019-infografiaconsigue-generalizacion.pdf).

El análisis agregado de las tres fases (2.816 usuarios de 399 farmacias) indica, siempre según el CGCOF, una reducción del 54,1% de problemas de salud no controlados; 53,1% de pacientes que acudieron a urgencias; 59,8% de pacientes hospitalizados y 0,39 medicamentos por paciente; y los ahorros potenciales que podría generar una extensión del servicio a toda la población diana serían de 2.272 millones de euros: 303 en medicamentos, 340 en visitas a urgencias y 1.629 en ingresos hospitalarios, «además de un beneficio asociado de 2.108 millones en calidad de vida del paciente (AVAC)»: más de 4.000 millones de euros, algo más de un 5% del presupuesto global del Sistema Nacional de Salud. Los resultados, además, han ido mejorando en cada una de las fases con respecto a las anteriores.

Aunque no es fácil encontrar documentos técnicos, hemos podido revisar los resultados y análisis de las tres fases, primera²⁰⁰, segunda²⁰¹ y tercera²⁰². Pero no de la metodología y datos que han permitido al CGCOF presentar una cifras tan impactantes sobre los ahorros potenciales para el sistema de salud. Por otro lado, sería fundamental poder calcular el beneficio neto, no solo bruto. El informe de la segunda fase, ya que en el informe final no se detalla el cálculo de esta variable, calcula unos costes por paciente de entre 218 y 388 euros anuales. Y los datos que aporta el CGCOF son de un ahorro promedio por usuario de 274 €/año. ²⁰³

²⁰⁰ CGCOF: Resultados de la primera fase del programa conSIGUE: Estudio piloto: medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedicados, diciembre de 2010 (https://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/Documents/consigue.pdf).

²⁰¹ CGCOF–GIAFUG: Informe 2011-2014. *Medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedicados, en la farmacia comunitaria española*, febrero de 2014 (https://www.pharmaceutical-care.org/archivos/992/V2-Resultados-Definitivos-Programa-Consigue-Impacto-2011-2014.pdf).

²⁰² CGCOF–UGR: Informe nacional 2014-2016. Programa para la implantación y futura sostenibilidad del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria española, junio de 2016 (https://www.micof.es/bd/archivos/archivo5217.pdf).

²⁰³ Otro estudio, que solo considera los costes directos (tiempo de dedicación del profesional), los cifra en 174 €/usuario/año: Cobián Rodríguez MB, *El coste del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria (II): costes de funcionamiento del servicio*. Farmacéuticos Comunitarios, 2014; 6(3): 25-30 (http://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/coste-del-seguimiento-farmacoterapeutico-una-farmacia-comunitaria-ii-costes).

De todos modos, como bien se advierte en el informe nacional 2014-2016 (pág.13), se trata de un programa que «integra una estrategia de investigación con una estrategia política y de comunicación desde un punto de vista eminentemente práctico. Además, aborda el problema de la investigación de una manera holística, con el fin de obtener unos resultados sostenibles en el desarrollo de una farmacia más profesional y orientada a la provisión de SPF en el ámbito de la farmacia comunitaria.»

5.2.2. AdherenciaMED

El Programa AdherenciaMED²⁰⁴, también liderado por el CGCOF, es un «proyecto de investigación en fases en el que se desarrolla y evalúa un Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial enfocado a la mejora, mantenimiento y refuerzo de la adherencia terapéutica en pacientes en tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial, asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica». Más modesto, aunque probablemente más publicitado, que conSIGUE, se ha desarrollado en dos fases de menor duración (octubre 2017–abril 2018 y mayo–octubre 2018). En conjunto, participaron 98+90 (188) oficinas de farmacia y 1.186+850 (2.036) usuarios, es decir, una ratio de 10,8 usuarios por farmacia.

Según la ficha oficial, en el grupo de intervención se obtuvo un 50% de incremento de pacientes adherentes (si bien en el grupo de control se produjo un incremento *espontáneo* del 20%) y por cada euro invertido se obtiene un beneficio de 38 €. Dado que los costes son de 25,5 euros por usuario y semestre, el beneficio en ese mismo período sería de 25,5*38 = 969 euros por usuario.

AdherenciaMED ha tenido algunas variantes locales, como el Proyecto Dioscórides en Castilla y León, con una fase de observación sobre incumplimientos terapéuticos –relacionados con hipertensión y diabetes—y otra de intervención basada en los SPD (ver a continuación). El Consejo

²⁰⁴ AdherenciaMED, Servicio de Adherencia Terapéutica. Informe de resultados. Resumen, enero de 2019

⁽https://www.portalfarma.com/Profesionales/InvestigacionFarmacia/AdherenciaMED/Documents /2019-infografia-resultados-adherenciamed.pdf).

de Castilla y León asegura haber obtenido unos ahorros de 182 euros anuales, equivalentes al 15% en el coste medio de la medicación de los pacientes mayores, crónicos y polimedicados.

5.2.3 Sistema Personalizado de Dosificación - SPD

Autorizado a partir de la reforma de la ley de garantías producida en 2011: «Una vez dispensado el medicamento podrán facilitar sistemas personalizados de dosificación a los pacientes que lo soliciten, en orden a mejorar el cumplimiento terapéutico, en los tratamientos y con las condiciones y requisitos que establezcan las administraciones sanitarias competentes»²⁰⁵. Ha tenido unos desarrollos más periféricos o, por decirlo de otra manera, con mucha menor coordinación colegial o asociativa central. Por tanto, un desarrollo más local; comenzado en Cataluña (incluso antes de su autorización por ley), también en el País Vasco se ha avanzado mucho, con 145 municipios adheridos al Convenio para la mejora del uso de la medicación en personas atendidas por los servicios de ayuda domiciliaria. En Vizcaya, en 2016, se habían acreditado para prestar el SPD 338 de las 432 farmacias (78%).

El Servicio de elaboración y provisión de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) ha sido incorporado recientemente al programa de *Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España*²⁰⁶. Sin embargo, hace ya algunos años (2012) que el *National Institute for Health and care Excellence* (NICE) inglés y la *Royal Pharmaceutical Society*²⁰⁷han advertido contra posibles efectos adversos del sistema SPD–MDS, especialmente una polimedicación excesiva y el olvido de medicamentos no susceptibles de SPD, como inhaladores, cremas, etc. Han recomendado que, al menos en residencias de ancianos donde existe personal sanitario, se abandone el

²⁰⁵ BOE del 20 de agosto de 2011: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-14021&p=20131030&tn=2.

²⁰⁶ CGCOM, Servicio de elaboración y provisión de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD). Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2018 (https://www.portalfarma.com/Profesionales/Buenas-practicas-profesionales/Documents/BBPP-01-Servicio-Dispensacion-Medicamentos-Productos-Sanitarios.pdf).

²⁰⁷ NICE–RPS, *Improving Pharmaceutical Care in Care Homes*. Marzo de 2012 (https://www.rpharms.com/Portals/0/RPS%20document%20library/Open%20access/Policy%20sta tements/pharmacists-improving-care-in-care-homes-scot.pdf?ver=2016-10-12-142628-923).

sistema MDS y se vuelva al sistema tradicional de dispensación en los envases originales (patient pack dispensing, PPD).

Finalmente, en cuanto a la retribución del servicio, un estudio del consejo catalán cifró en torno a 20 euros los costes del servicio, por lo cual debería facturarse a entre 30 y 35 euros mensuales para ser rentable. En ese entorno está el precio abonado por al Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (31,16 € por paciente y mes en 2016). ²⁰⁸

5.2.4. Concilia

Este programa, promovido por el CGCOF-CINFA y dirigido a la revisión y conciliación de la medicación prescrita tras un alta hospitalaria, se distingue del resto en que implica a los tres niveles asistenciales: farmacéuticos de hospitales, de atención primaria y comunitarios. Tuvo una pequeña primera fase, de pilotaje en 2016²⁰⁹, en el que participaron 30 farmacias y 3 servicios de farmacia hospitalaria, conciliando la medicación de 120 pacientes (34 en farmacia comunitaria y 86 en hospital); detectó un 87,5% de discrepancias sobre la medicación, pero estos se convirtieron únicamente en 6,5% de errores de conciliación. ²¹⁰

La segunda fase –Concilia2– tenía previsto su comienzo en mayo de 2019 y los trabajos de campo está previsto que se prolonguen durante ocho y doce meses. Participarán farmacias comunitarias y servicios de farmacia hospitalaria de ocho provincias. ²¹¹

²⁰⁹ Foro AF-FC: *Servicio de conciliación de la medicación en la farma*

²⁰⁸ Diariofarma, 14 de septiembre de 2016: *SPD: ¿A qué precio?* (https://www.diariofarma.com/2016/09/14/spd-a-que-precio).

²⁰⁹ Foro AF-FC: *Servicio de conciliación de la medicación en la farmacia comunitaria*, s/f (https://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/forofarmaciacomunitaria/comisionconciliacion/Documents/FOLLETO-CONCILIACION.pdf).

²¹⁰ CGCOF, nota de prensa, 26 de mayo de 2017: *El 87,5% de los pacientes al alta tienen alguna discrepancia en su medicación*.

⁽https://www.portalfarma.com/Profesionales/consejoinforma/Paginas/El-87-5-de-pacientes-alta-discrepancia-en-medicacion.aspx).

²¹¹ CGCOF, nota de prensa, 4 de abril de 2019: *Arranca Concilia2, con el objetivo de coordinar la medicación de los pacientes tras el alta hospitalaria entre niveles asistenciales* (https://www.portalfarma.com/Profesionales/consejoinforma/Paginas/2019-arranca-concilia2-medicacion-alta-hospitalaria.aspx.

5.2.5. Revisa

Es una adaptación del *Medicines Use Review* (MUR) inglés. Iniciado por SEFAC, con la colaboración de Ratiopharm/TEVA, en 2012, se ha comenzado el proceso de extensión de la acreditación y en 2019 se realizará el estudio de seguimiento. El servicio «consiste en la realización por el farmacéutico junto con el paciente (o cuidador) de una revisión estructurada del grado de conocimiento que éste tiene de sus medicamentos y del uso que hace de los mismos, ofreciendo asesoramiento sobre su utilización correcta y asegurándose de que el paciente entiende por qué los tiene que tomar y sabe cómo utilizarlos y/o administrarlos». ²¹²

Aunque en 2016 se supone que se realizó un primer pilotaje – 'estudio de impacto' – en 74 farmacias comunitarias y se refiere (ver documento citado inmediatamente arriba) la «publicación de datos inéditos del servicio RUM en España como los tiempos y costes del servicio y de su impacto sanitario», hemos sido incapaces de encontrar datos de ningún tipo; es posible que estén accesibles en la web solo para asociados. Por el momento, se asemeja más a una actividad formativa de SEFAC –con problemas reconocidos, además, en el desarrollo de su tercera y última fase, la de formación clínica²¹³—, que a un programa asistencial experimental.

5.2.6. HazFarma

Bajo el paraguas del paquete HazFarma²¹⁴ se han desarrollado experiencias como los de evaluación de la rigidez arterial (el valenciano

²¹² Baixauli Fernández VJ1, Bellver Beltrán S, Jiménez Moreno P et al, *Proyecto 'REVISA®': estado de situación del proyecto REVISA® en 2018*. Farmacéuticos Comunitarios, 2018: 10(Suplemento 1): 369 (https://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/proyecto-revisa-r-estado-situacion-del-proyecto-revisa-r-2018).

²¹³ García-Espona Pancorbo JL, Bellver Beltrásn S, Baixauli Fernández VJ et al, *Proyecto 'REVISA®':* estado de situación del programa de capacitación del servicio RUM. Farmacéuticos Comunitarios, 2018; Supl.1: 371 (http://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/proyecto-revisar-estado-situacion-del-programa-capacitacion-del-servicio-rum).

²¹⁴ CGCOF, nota de prensa, 10 de abril de 2014: *El Consejo General pone en marcha HazFarma, claves para el desarrollo de Servicios Profesionales Farmacéuticos en Farmacia Comunitaria* (https://www.portalfarma.com/Profesionales/consejoinforma/Paginas/Hazfarma.aspx).

Rivalfar²¹⁵ –con su segunda parte, Prifarcom²¹⁶– o Cofartén²¹⁷, de SEFAC y la Universidad Cardenal Herrera), seguimiento del asma (Aspira²¹⁸) o vigilancia del Alzheimer (enMente²¹⁹), aunque probablemente el más destacado sea MAPAfarma²²⁰ (Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial), liderado por el Consejo Andaluz de COF y el laboratorio Sandoz, en el que participa ya, o se está acreditando para participar, el 30% de las farmacias comunitarias andaluzas. Ha sido recientemente exportado a Canarias²²¹ y se está pilotando en Galicia bajo la denominación Proyecto KAIRÓS²²². Hay, además, numerosos programas, generalmente locales y con menor repercusión global, como los de cribado de cáncer de colon, detección de síntomas del tracto urinario inferior, detección y abordaje de rinitis alérgica, etc.

²¹⁵ Rodilla E, Climent MT, Jordá A et al, *Proyecto RIVALFAR: determinación de la rigidez arterial en farmacias comunitarias de la Comunidad Valenciana*. Farmacéuticos Comunitarios, 2016, 26 de mayo, Supl.1 (http://farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/proyecto-rivalfardeterminacion-rigidez-arterial-farmacias-comunitarias-comunidad).

²¹⁶ Correo Farmacéutico, 28 de febrero de 2017: *Arranca 'Prifarcom', un plan para afinar más en la detección de HTA* (https://www.correofarmaceutico.com/profesion/arranca-rprifarcomr-un-plan-para-afinar-mas-en-la-deteccion-de-hta.html).

²¹⁷ SEFAC, nota informativa, 17 de julio de 2018: *Estudio pionero de SEFAC sobre rigidez arterial* (https://www.sefac.org/sefac-al-dia/estudio-pionero-de-sefac-sobre-rigidez-arterial).

²¹⁸ CGCOF, nota de prensa, 16 de octubre de 2014: *Estudio ASPIRA: la intervención del farmacéutico incrementa en 8,6 puntos la calidad de vida de los pacientes* (https://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/Hazfarma/Aspira/Paginas/Aspira.aspx).

²¹⁹ CGCOF, nota de prensa, 5 de septiembre de 2016: *El abordaje del Alzheimer en Farmacia Comunitaria centrará la próxima acción de HazFarma* (https://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/Hazfarma/enmente/Paginas/enMent e.aspx).

²²⁰ CACOF, nota de prensa, 13 de enero de 2015: *MAPAfarma®*, *Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial* (https://www.cacof.es/mapafarma-monitorizacion-ambulatoria-de-la-presion-arterial/).

²²¹ Farmanatur, 20 de diciembre de 2017: *El Consejo Andaluz de Farmacéuticos 'exporta' el servicio MAPAfarma a las farmacias canarias* (http://revistafarmanatur.com/gestion-farmaceutica/consejo-andaluz-farmaceuticos-exporta-programa-monitorizacion-la-presion-arterial-las-farmacias-canarias/).

²²² Penín Álvarez O, Villasuso Cores B, Rojo Fernández JC et al, *Proyecto 'KAIRÓS': monitorización ambulatoria de la presión arterial en farmacia comunitaria. Control y seguimiento de la presión arterial en pacientes hipertensos ancianos tratados*. Farmacéuticos Comunitarios, 2018; 10(2):21-26 (DOI: 10.5672/FC.2173-9218.(2018/Vol10).002.04).

Un último desarrollo anunciado bajo este paraguas es Exxito – Niños, jóvenes y farmacia comunitaria²²³, también del CGCOF, con la colaboración de CINFA, que «nace con la idea de actualizar los conocimientos y las habilidades del farmacéutico en el abordaje de los principales problemas de salud más actuales en niños y jóvenes como son el incremento de la prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad, la adicción a las nuevas tecnologías, las alergias alimentarias más comunes y los trastornos en la conducta alimentaria de mayor incidencia (anorexia y bulimia)».

Orientado también a este mismo público objetivo, y también de la mano de CINFA, ha comenzado hace algo menos de un año el proyecto ConóceMe, cuyo objetivo es evaluar el impacto de intervenciones educativas grupales realizadas por farmacéuticos comunitarios sobre el uso racional del medicamento entre estudiantes de bachiller. ²²⁴

5.2.7. El farmacéutico que necesitas

Dentro de las actividades de marketing de la AF, y de la mano del laboratorio Ratiofarm, SEFAC ha impulsado *El farmacéutico que necesitas*, una carpa volante que ha visitado una treintena de ciudades españolas desde 2015 para divulgar las conclusiones del Proyecto REFCOM²²⁵; es un elemento de marketing para familiarizar a los ciudadanos sobre los SPFA. En la carpa, farmacéuticos voluntarios ofrecen servicios como medida de la presión arterial y cálculo del riesgo cardiovascular; cribado de diabetes y educación en insulinización e hipoglucemiantes; consejo nutricional;

²²³ CGCOF, nota de prensa, 28 de noviembre de 2018: *Los problemas de salud en niños y adolescentes centrará la próxima Acción de HazFarma – EXXITO* (https://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/Hazfarma/exxito/Paginas/default.asp x).

²²⁴ SEFAC, nota de prensa, 22 de mayo de 2018: *El proyecto 'ConóceMe' instruirá a los adolescentes españoles en el uso adecuado de medicamentos* (https://www.sefac.org/notas-de-prensa/conoceme-adherencia-desde-la-adolescencia).

²²⁵ SEFAC-Ratiofarm, *Cómo debe ser la farmacia que necesita la sociedad*. SEFAC, Madrid, 2015 (https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/C% C3%B3mo%20deber%20ser%20la%20farmacia%20que%20necesita%20la%20sociedad_Conclusion es%20proyecto%20Refcom.pdf).

salud pulmonar: cesación tabáquica y educación en el uso de inhaladores; educación sobre el uso adecuado de medicamentos y otros.

¿Cuál es la utilidad real de estos programas? Por un lado, algunos de ellos contribuyen a mejorar la base de conocimiento que desde la FC se tiene de los retos sanitarios de los SPFA; y eso es muy útil. Pero es dificil conocer si están teniendo realmente efectos positivos en el reconocimiento de los ciudadanos y las otras profesiones sanitarias²²⁶ con respecto al modelo de farmacia asistencial que se propone desde el Foro AF-FC.

A falta de mejores herramientas de evaluación, que no existen –o no hemos sabido encontrar–, la impresión que produce en el investigador es de una excesiva dispersión, una concepción más de marketing político que de generación de conocimiento y la carencia de un marco conceptual y metodológico que permita sortear las barreras que existen entre estas innovaciones a pequeña escala y su implementación en un marco más general de la FC, lo cual solo es factible si antes se ha creado un sustrato para promover cambios políticos a nivel global. ^{227,228}

²²⁶ Hossain LN, Fernandez-Llimos F, Luckett T et al, *Qualitative meta-synthesis of barriers and facilitators that influence the implementation of community pharmacy services: perspectives of patients, nurses and general medical practitioners*. BMJ Open, 2017;7:e015471 (DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015471).

²²⁷ Damschroder LJ, Aeon DC, Keith R et al, *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. Implementation Science, 2009; 4:50 (DOI: 10.1186/1748-5908-4-50).

²²⁸ Weir NM, Newham R, Dunlop E y Bennie M, *Factors influencing national implementation of innovations within community pharmacy: a systematic review applying the Consolidated Framework for Implementation Research*. Implementation Science, 2019; 14:21 (DOI: 10.1186/s13012-019-0867-5).

Atención	Farmacéutica	en España	Agentes	estrategias	v nolíticas
Atendion	raimaceunca	ch Espana.	Agenies,	cstrategias	v pomucas

6. ¿Qué evidencias existen sobre efectividad y eficiencia de la atención farmacéutica en atención a la cronicidad y en programas de salud pública?

Cuando todos piensan igual, ninguno está pensando.

W. Lippman.

Como hemos dicho anteriormente, el marco regulatorio y organizativo de los servicios sanitarios y de las oficinas de farmacia en los países desarrollados es tan heterogéneo que es altamente improbable que las revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados o metaanálisis aporten resultados concluyentes y extrapolables. Aun así, trataremos de sintetizar lo que se sabe, se desconoce o se duda sobre los programas de Farmacia Asistencial, especialmente los que *caen* dentro de la AF.

6.1. Actualización de la bibliografía científica

En general, los estudios más rigurosos concluyen que las evidencias son muy débiles, incluso contradictorias, que los estudios analizados (revisiones sistemáticas y metaanálisis de ensayos clínicos) poseen con frecuencia un bajo nivel de rigurosidad metodológica y que, por tanto, son precisos más y mejores estudios básicos. Aun así, los artículos y documentos (por no decir, notas de prensa) en apoyo de la intervención de la farmacia comunitaria parecen vivir un tanto al margen de la realidad; véase por ejemplo un documento muy reciente preparado por la Universidad de Sídney para la Federación Farmacéutica Internacional (FIP), en soporte de la función de la farmacia comunitaria para promover la adherencia al tratamiento:

Aunque las evidencias sólidas con respecto a la efectividad de las iniciativas específicas para promover la adherencia son escasas, las realmente disponibles apoyan las siguientes intervenciones (...). ²²⁹

²²⁹ «Although strong evidence for the effectiveness of specific initiatives to promote adherence is scarce, such evidence as is available supports the following interventions». International Pharmaceutical Federation (FIP), *Use of medicines by the elderly: The role of pharmacy in promoting adherence*. The Hague, International Pharmaceutical Federation, 2018, pp. 5; 41

Otro lastre conceptual es que habitualmente los estudios experimentales u observacionales se centran en comparar el efecto de la intervención de la farmacia comunitaria (grupo de estudio) frente a ninguna intervención profesional (grupo de control). No existen, o son poco relevantes, estudios metodológicamente solventes que comparen el efecto de la intervención del farmacéutico comunitario frente a la de otros profesionales, como médicos, enfermeras, terapeutas, trabajadores sociales... o *bots*.

Además, las muestras son por lo general muy pequeñas (unas pocas decenas de farmacias y unos pocos centenares de usuarios), por tanto, poco diversas y representativas. De ahí que los metaanálisis y revisiones sistemáticas concluyan, por lo general, la insuficiente base de evidencia, cuando no la escasa fiabilidad generalizada de los estudios.

Finalmente, a menudo no se tiene en cuenta que no nos referimos –deberíamos referirnos– al papel del farmacéutico como integrante de los equipos de atención primaria y hospitalarios (farmacéuticos clínicos), sino exclusivamente a estudios sobre la aportación de las farmacias comunitarias; y que muchos de los estudios y ensayos se refieren a la "intervención farmacéutica", sin distinguir entre farmacéuticos comunitarios y de atención primaria; incluso, a veces, hospitalarios (por ejemplo, en los denominados *cuidados transicionales*).

En todo caso, las evidencias y pruebas sobre la eficacia y costeefectividad de la aportación de la Farmacia Comunitaria son sensiblemente menores de las que se dan alegremente por supuestas, a veces con escasa rigurosidad.²³⁰

(https://www.fip.org/files/fip/publications/Use_of_medicines_by_the_elderly_The_role_of_phar macy_in_promoting_adherence.pdf).

macy_in_promoting_adherence.

²³⁰ Como *aviso para navegantes*, existe una variable independiente que sesga parte los resultados de las variables dependientes: el entorno profesional/académico en el que se realizan y publican muchos de los estudios; lo ideal es que no fueran de parte... pero muchas veces lo son. Precaución, pues, con tomarse acríticamente los resultados, especialmente cuando son divulgados fuera de los entornos puramente científicos y pasan a formar parte del marketing (tanto a favor como en contra de la Atención Farmacéutica).

Por otro lado, dado que tendemos a buscar evidencias fuertes, nuestro análisis descansa especialmente, cuando es factible, sobre revisiones sistemáticas y metaanálisis, preferentemente de ensayos aleatorizados. Eso significa que la mayoría de estas fuente de datos secundarias casi siempre limitan sus búsquedas a trabajos en idioma inglés, por lo cual quedan *fuera del radar* cientos de estudios o ensayos publicados en revistas en otros idiomas, como sucede con las españolas e iberoamericanas. Es una limitación tan fuerte como insalvable.

Con todas estas limitaciones, lo que parece que sabemos hoy en día es lo que a continuación exponemos. En esta revisión, partimos de un enfoque realista: «¿qué funciona, para quién, bajo qué circunstancias, cómo y por qué?» ²³¹

6.1.1. Mejora de la adherencia

La falta de adherencia por parte de los pacientes a las prescripciones –no solo de medicamentos– de los profesionales sanitarios es un grave problema de salud pública. Un problema, además, multicausal que no podemos entrar a describir en profundidad, por motivos obvios, en este documento. Sí es necesario apuntar que es un problema que se puede producir en tres fases o momentos: iniciación (obtener adecuadamente la medicación e iniciar su utilización), implementación (tomar la medicación en las dosis y programación previstas) y discontinuación (dejar de tomar la medicación). ²³²

Aunque los cálculos sobre su prevalencia y los costes derivados para las organizaciones sanitarias difieren tanto entre ellos, y además no suelen estar actualizados, que es imposible cuantificar ambas variables con un

²³¹ Maidment I, Booth A, Mullan J et al, *Developing a framework for a novel multi-disciplinary, multi-agency intervention(s), to improve medication management in community-dwelling older people on complex medication regimens (MEMORABLE)—a realist synthesis.* Systematics Reviews, 2017; 6:125 (DOI: 10.1186/s13643-017-0528-1).

²³² Vrijens B, Geest SD, Hughes D, Kardas P, et al. *A new taxonomy for describing and defining adherence to medications*. Br J Clin Pharmacol, 2012;73(5):691–705 (DOI: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x).

mínimo de fiabilidad²³³, lo cierto es que la adherencia subóptima a las prescripciones de medicinas es uno de los obstáculos más frecuentes al éxito de la farmacoterapia, básicamente en lo que se refiere a tratamientos en la comunidad, especialmente por el hecho de que se trata de un problema que tiende a pasar desapercibido para los clínicos. Sí existe consenso sobre su alta prevalencia –se suele aceptar internacionalmente en torno a un 30%-50%– y asociación con incrementos evitables en la morbi-mortalidad y, por tanto, en el gasto sanitario²³⁴; también en que se trata de un problema que empieza a preocupar a los contribuyentes²³⁵ y que es muy difícil de abordar con éxito, por lo que cualquier estrategia de reducción de daños exige esfuerzos complejos, diferentes aportaciones profesionales bien coordinadas y programas diseñados a partir de las evidencias más sólidas, antes que un *voluntarismo-de-sentido-común* tan frecuente de leer en entrevistas y declaraciones.

La Encuesta sobre Adherencia Terapéutica en España, encargada por Farmaindustria a finales de 2015 y sobre una muestra de 1.400 ciudadanos, estima en un 50% la tasa de no adherencia, si bien existe una clara correlación con la edad, ya que entre los mayores de 65 años se reduce al 36%.

Existen básicamente seis categorías de intervención para mejorar la adherencia: ²³⁶

Intervenciones educativas con el paciente.

²³³ Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V, *Economic impact of medication nonadherence by disease groups: a systematic review*. BMJ Open, 2018; 8 (DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016982).

²³⁴ Un análisis retrospectivo sobre 14,7 millones de asegurados de Medicare, el seguro público para las personas retiradas de EE. UU., determinó que si solo el 25% de los asegurados hipertensos no adherentes pasaran a ser adherentes Medicare ahorraría al año 13.700 millones de dólares y se evitarían 100.000 visitas a urgencias y siete millones de estancias hospitalarias: Lloyd JT, Maresh S, Powers CA, Shrank WH y Alley D, *How Much Does Medication Nonadherence Cost the Medicare Fee-for-Service Program?* Medical Care, 2019; 57(3): 218-224 (DOI: 10.1097/MLR.000000000001067).

²³⁵ Por ejemplo, *The Cost of Not Taking Your Medicine*, The New York Times online, 17 de abril de 2017 (https://www.nytimes.com/2017/04/17/well/the-cost-of-not-taking-your-medicine.html).

²³⁶ Kini V y Ho PM, *Interventions to Improve Medication Adherence. A Review*. JAMA, 2018; 320(23): 2461-2473(DOI: 10.1001/jama.2018.19271).

- Revisión de medicación, reduciendo el número diario de pastillas o tomas, generalmente utilizando medicamentos de combinación; también mediante sistemas personalizados de dosificación–SPD.
- Atención colaborativa (collaborative care) y coordinación intra e interprofesional, incluyendo al farmacéutico clínico para comonitorizar la evolución de las dolencias crónicas y la gestión de casos (case management) por parte de enfermeras.
- Intervenciones cognitivas conductuales, como entrevistas motivacionales (o métodos más recientes, como *nudges* o *insights*), y sociopsicoafectivas.
- Dispositivos de recuerdo de las tomas, bien electrónicos, bien telefónicos.
- Incentivos para promover la adherencia, tanto sobre el propio paciente como sobre los profesionales que le atienden, en base a objetivos. En el caso de los pacientes, se incluye la información sobre riesgos y daños.

Uno de los estudios más importantes (revisión sistemática y metaanálisis)²³⁷ seleccionó 59 artículos de los cinco continentes (incluido uno español y otros seis europeos; 27 asiáticos; 17 de Norteamérica y 4 de Latinoamérica; 2 africanos y 2 australianos) que cumplían los requerimientos y cuantificó la frecuencia de uso de las estrategias de intervención seguidas en las farmacias para mejorar la adherencia de los pacientes con diabetes, encontrando que, en general, se utilizaban simultáneamente varias (media = 2,9) y que su frecuencia de uso era la siguiente:

²³⁷ Presley B, Groot W y Pavlova M, *Pharmacy-led interventions to improve medication adherence among adults with diabetes: A systematic review and meta-analysis*. Research in Social and Administrative Pharmacy, artículo en prensa, 2018 (DOI: 10.1016/j.sapharm.2018.09.021).



Estos estudios tan bien delimitados (población, agente y objetivo) son por lo general los que mejor nivel de calidad y evidencia aportan, si bien, como es lógico, no son generalizables. En este caso concreto, aunque no se midieron resultados en salud, la adherencia y algunos indicadores intermedios mostraron resultados positivos, siendo la educación, la utilización de material impreso/digital y el adiestramiento en grupo los que mejor funcionaron.

Por su parte, una revisión de 23 guías de práctica clínica internacionales (publicadas en inglés) reveló que recomendaban utilizar prácticamente todos los métodos o estrategias existentes, sin claras recomendaciones de unas sobre otras. ²³⁸

En términos generales, la revisión de la literatura internacional que hemos revisado es bastante concluyente: no existe base de evidencia suficiente para afirmar que existan estrategias de intervención exitosas para mejorar la adherencia. Ni en general, ni en particular. Y, en todo caso, aunque pueden mejorarse en ciertas ocasiones/condiciones la adherencia,

²³⁸ Ruppar TM, Dobbels F, Lewek P et al, *Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for the Improvement of Medication Adherence*. Int J Behav Med, 2015; 22(6): 699-708 (DOI: 10.1007/s12529-015-9479-x).

en sí, incluso mejorar algunos indicadores intermedios, el impacto sobre los resultados en salud es prácticamente inexistente. Y se trata

Es justo señalar que en esta conclusión influyen más dos aspectos: problemas metodológicos y de estandarización (de hecho no existe una definición estandarizada de la adherencia, ni siquiera un marco conceptual claro²³⁹) y baja calidad de la mayoría de los estudios, bien por los citados defectos metodológicos, bien por la baja representatividad de las muestras, bien por defectos en la publicación de los resultados. Todo ello hace que las revisiones deban eliminar de las bases de datos la gran mayoría de los estudios y ensayos, por no superar criterios aceptados de calidad y fiabilidad.

Aunque solo se trate de un estudio, el hecho de haber sido utilizada una metodología rigurosa y una base de pacientes medianamente representativa, de haber sido llevado a cabo por investigadores españoles y de haberse publicado los resultados en un revista internacional de alto impacto (*rara avis*, pues, en este campo) hacen que merezca la pena utilizar como ejemplo de los resultados generalmente frustrantes en este tipo de intervenciones un estudio de adherencia en el uso de estatinas llevado a cabo en 46 farmacias y 50 centros de salud de 10 provincias españolas, sobre un total (final) de 525 pacientes. ²⁴⁰

El porcentaje de no adherentes se redujo significativamente en el grupo de intervención, si bien únicamente en el grupo de las farmacias (farmacéutico comunitario), no en el de los centros de salud (médico de familia). También mejoró el porcentaje de pacientes que mejoraron su dieta y su nivel de ejercicio físico, esta vez tanto en el grupo de FC como en el de MF. Sin embargo, no se obtuvo una reducción estadísticamente significativa en los niveles medidos de colesterol del grupo de intervención, con respecto al de control. Es decir, mejora la adherencia, incluso mejoran

²³⁹ Repullo Labrador JR y Catalá López F, ¿Adherencia a recomendaciones clínicas o adhesión inquebrantable a las pastillas prescritas? Gestión Clínica y Sanitaria, 2019; 21(1): 5-7 (http://iiss.es/gcs/gestion70.pdf).

²⁴⁰ Oñatibia-Astibia A, Malet-Larrea A, Larrañaga B et al, *Tailored interventions by community pharmacists and general practitioners improve adherence to statins in a Spanish randomized controlled trial*. Health Serv Res, 2019; 00:1-11 (DOI: 10.1111/1475-6773.13152).

los estilos de vida, pero no los resultados clínicos, al menos de manera estadísticamente significativa (y en el plazo de seis meses de duración del estudio.)

Se trata, pues, de un ámbito de estudio y análisis complejo y complicado. Los 12 investigadores del estudio más ambicioso para elaborar el perfil de evidencia de las diferentes intervenciones para mejorar la adherencia a los medicamentos, encargado por la Agencia de Investigación y Calidad en la Asistencia Sanitaria del *Ministerio* de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.²⁴¹, fueron incapaces de proporcionar, no ya una guía, ni siquiera un marco conceptual medianamente operativo. Según el análisis, la complejidad que supone analizar conjuntamente los tres niveles de intervención existentes (paciente, proveedor, organización), las decenas de intervenciones diferentes utilizadas que se aplican a las 10 condiciones crónicas estudiadas y los diferentes indicadores utilizados hacen que no pudieran encontrar las lógicas que pudieran subyacer a ese modelo conceptual perseguido.

Y no será por falta de estudios. La actualización de 2014 de una revisión sistemática de 2007 encontró 109 ECA con resultados publicados en esos siete años. La conclusión de esta revisión es que «los métodos actuales para mejorar la adherencia a los medicamentos para los problemas de salud crónicos son en su mayoría complejos y no muy efectivos, de manera que no es posible obtener todos los beneficios del tratamiento.» ²⁴²

Existen aproximaciones desde las ciencias conductuales o la economía del comportamiento verdaderamente interesantes. Por ejemplo, un ensayo controlado aleatorio sobre 16.191 usuarios de 278 farmacias

interventions_research.pdf).

²⁴¹ RTI International—University of North Carolina Evidence-based Practice Center, *Medication Adherence Interventions: Comparative Effectiveness.* Agency for Healthcare Research and Quality, 2012 (https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/medication-adherence-

²⁴² Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T et al, *Interventions for enhancing medication adherence*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 11. Art. No.: CD000011 (DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub4).

comunitarias británicas²⁴³ aporta resultados interesantes, si bien no es posible sacar conclusiones sobre un tema crítico, su consolidación en el tiempo, ya que su plazo de realización fue de solo nueve meses. En este ECA se comprobó que los pacientes que recibieron un refuerzo que resaltaba los costos de salud personales del incumplimiento tenían una probabilidad significativamente mayor (más del 80%) de mostrar adherencia a su medicación que los de tres grupos de comparación.

Las intervenciones inspiradas desde la *economía del comportamiernto* (*insights* o *nudges*), tanto sobre el usuario²⁴⁴, como sobre el prescriptor²⁴⁵, parece que suponen a día de hoy la estrategia considerada más prometedora. Y el papel de la farmacia comunitaria puede ser importante como interfaz entre la atención primaria y el usuario.

Por lo que respecta a los programas educativos, la mayor parte de ellos dirigidos desde la FC, un metaanálisis de 18 ECA encontró «evidencia de calidad baja a moderada» en adherencia en diabetes, pero ninguna en hipertensión o hiperlipidemia. ²⁴⁶

Por resumir la conclusión más generalizada sobre la mejora de la adherencia, citaremos dos estudios españoles y otro paneuropeo. El primero, de Martín Conde y López García, de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria: ²⁴⁷

²⁴³ Jachimowicz J, Gladstone J, Berry D, Kirkdale C, Thornley T y Galinsky A, *Making medications stick: Improving medication adherence by highlighting the personal health costs of non-compliance*. Behavioural Public Policy, 2019; 1-21 (DOI:10.1017/bpp.2019.1).

²⁴⁴ IQVIA, *Improving therapy adherence cost-effectively with measurables impact. A UK case study in diabetes*, 2018 (https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/uk-and-ireland/library/white-paper/iqvia-therapyadherence-wp-orb2377-screen.pdf).

²⁴⁵ Sacarny A, Barnett ML y Agrawal S, *New Evidence on Stemming Low-Value Prescribing*. NEJM Catalyist, 10 de abril de 2019 (https://catalyst.nejm.org/new-evidence-stemming-overprescribing/).

²⁴⁶ Tan JP, Cheng KKF y Siah RC-J, A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of education on medication adherence for patients with hypertension, hyperlipidaemia and diabetes. J Adv Nurs. 2019; 00: 1–17 (DOI: 10.1111/jan.14025).

²⁴⁷ Ibarra Barrueta O y Morillo Verdugo R (coord.), *Lo que debes sobre la adherencia al tratamiento* (p. 55). Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Ed. Euromedice, Badalona, 2017 (pp. 45-59) (https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf).

Los resultados de los estudios publicados muestran que la adherencia al tratamiento se puede mejorar mediante diferentes intervenciones, aunque los resultados son modestos y más difícilmente se traducen en resultados clínicos. Observando los estudios realizados, no se puede recomendar una única estrategia, pero parece ser que las intervenciones que utilizan una combinación de estrategias muestran una mayor repercusión en la mejora de la adherencia.

Y el segundo, de Pagès Puigdemont (Hospital Clínico de Barcelona) y Valverde Merino (Cátedra MJFD de Atención Farmacéutica, Universidad de Granada): ²⁴⁸

La adherencia al tratamiento es un comportamiento complejo influenciado por múltiples factores (...) Ninguna de las intervenciones estudiadas hasta la fecha ha demostrado ser efectiva de forma universal y permanente, en todos los pacientes y en todos los contextos, por lo que su elección deberá individualizarse.

En cuanto al estudio europeo multicéntrico –con participación española–, es también muy escéptico: ²⁴⁹

La literatura describe un montón de intervenciones para mejorar la adherencia y, a pesar de algún éxito aislado, la mayoría de las intervenciones fracasaron en sus objetivos (...) Lo cierto es que las mejoras en las tasas de adherencia son menores de lo esperado (...) La mayor parte de las intervenciones son complejas, intensivas en trabajo y de efectividad no previsible. La mayoría de los estudios están enfocados a la adherencia a corto plazo, no hubo evidencias consistentes en cuanto a la adherencia a largo plazo y los métodos actuales para mejorar la adherencia en las enfermedades crónicas son en general complejos y poco efectivos.

6.1.2. Polimedicación en cronicidad

Muy relacionado con el apartado anterior, ya que buena parte de las estrategias de mejora de la adherencia se dirigen a este grupo de población y la reducción de la excesiva polimedicación es una de las estrategias más utilizadas o recomendadas para mejorar la adherencia.

²⁴⁸ Pagès-Puigdemont N y Valverde-Merino MI, *Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora*. Ars Pharm, 2018; 59(4): 251-258. (DOI: 10.30827/ars.v59i4.7357).

²⁴⁹ Costa E, Giardini A, Savin M, Menditto E et al, *Interventional tools to improve medication adherence: review of literature*. Patient Prefer Adherence, 2015; 9: 1303-1314 (DOI: 10.2147%2FPPA.S87551).

Con carácter general, la mejora del control y mejora en la prescripción y utilización farmacéutica a los pacientes crónicos polimedicados, que a menudo se presenta como un asunto de mero *sentido común*, es decir, una intervención sencilla y puntual, simplemente no lo es: se trata de intervenciones complejas, extensivas en el tiempo e intensivas en esfuerzos y recursos. Y cuyo nivel de efectividad es desproporcionadamente bajo con respecto a la inversión en recursos, especialmente si se trata de recursos adicionales (oficinas de farmacia con servicios o prestaciones remunerados). ²⁵⁰

La revisión Cochrane más reciente²⁵¹ -actualización de la original de 2014²⁵²— cuestiona claramente los pretendidos efectos positivos de la AF en cuanto al uso apropiado de medicamentos y los resultados asistenciales en pacientes crónicos polimedicados; no los niega pero insiste en que no existe base suficiente de evidencia para constatarlos: no está claro (it's uncertain) que la atención farmacéutica mejore la adecuación de la medicación ni reduzca el número de medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) o la proporción de pacientes con uno o más MPI. Por el contrario, pudiera reducir ligeramente el número de posibles omisiones de prescripción (POP), aunque no el número de pacientes con una o más POP. Tampoco aparece en los estudios ningún efecto consistente sobre la reducción de problemas relacionados con la medicación (PRM): reacciones adversas e interacciones medicamentosas. En cuanto a resultados asistenciales, podría existir poca o ninguna diferencia para los pacientes con AF en cuanto a admisiones hospitalarias y calidad de vida.

²⁵⁰ Chapman S, *Looking at medication adherence: An evidence review*. British Journal of Community Nursing, 2017; 22 (10), 485-491 (DOI: 10.12968/bjcn.2017.22.10.485).

²⁵¹ Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, et al, *Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018 (9) (DOI: 10.1002/14651858.CD008165.pub4).

²⁵² Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, et al, *Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014 (10) (DOI: 10.1002/14651858.CD008165.pub3).

También existe otra revisión sistemática de 2015, encargada por la Administración de Veteranos de EE. UU. ²⁵³. Su conclusión es que no existen diferencias en la atención farmacéutica a los pacientes crónicos, en comparación con la atención estándar, ni en inmediatez de acceso a los cuidados, ni en resultados en salud, ni en costes ni en utilización de otros recursos asistenciales cuando la atención es dirigida por farmacéuticos, con respecto a la atención convencional. Las dos únicas diferencias (con nivel de evidencia moderado) se refieren a la utilización de medicamentos, que es mayor en el grupo de estudio que en el de control, si bien no es posible saber si ello es bueno –mejor adherencia– o malo – sobremedicación– y a mejores resultados en el control glicémico, de HTA y de lípidos en el grupo de atención farmacéutica.

Finalmente, constatamos que, dentro de las estrategias para controlar y mejorar la polimedicación en la cronicidad, la de la desprescripción es probablemente la que mejores perspectivas ofrece, ya que se trata de una estrategia que sirve como apoyo para que los ancianos policrónicos/polimedicados pueden mejorar su calidad de vida y alcanzar sus objetivos relacionados con el envejecimiento. ²⁵⁴

Sin embargo, no es precisamente la estrategia más implementada. Muy probablemente ello se debe a la complejidad que presentan unas intervenciones que necesariamente tendrán que producirse en diferentes ámbitos (comunidad, centros sociosanitarios y hospitales), ser multidisciplinares (involucrando a diferentes perfiles clínicos, no siempre disponibles) y sostenidos en el tiempo, especialmente en las transiciones asistenciales; finalmente, pese a los beneficios potenciales que presenta, también presenta dificultades añadidas por la posibilidad de que se produzcan efectos adversos relacionados con la retirada de

²⁵³ Greer N, Bolduc J, Geurkink E, Koeller E et al, *Pharmacist-led Chronic Disease Management: A Systematic Review of Effectiveness and Harms Compared to Usual Care*. 2015, VA ESP Project #09-009 (https://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/PharmacistCare.pdf).

²⁵⁴ Hilmer SN y Gnjidic D, *Deprescribing: the emerging evidence for and the practice of the 'geriatrician's salute'*. Age and Ageing, 2018; 47: 638-640 (DOI: 10.1093/ageing/afy014).

medicamentos²⁵⁵. Sin embargo, las evidencias sobre los efectos en salud no son muy sólidas, probablemente porque los resultados están muy intermediados por factores bio-psico-sociales, como la alfabetización en salud o el carácter multidisciplinar de las intervenciones. ²⁵⁶

Aunque no existen muchas experiencias lideradas por farmacias comunitarias, o no hemos sabido encontrarlas, un ensayo aleatorizado de cierta magnitud llevado a cabo en Quebec arrojó resultados muy satisfactorios cuando la actuación del farmacéutico se realizó tanto sobre el paciente, como sobre su médico de cabecera. ²⁵⁷

Aunque con evidencia débil, también pudieran ser beneficiosos los programas de revisión de prescripciones en ancianos no institucionalizados, especialmente en las comunidades más pequeñas o aisladas. ²⁵⁸

Existen en España estudios en los que se documenta un efecto positivo en cuanto al control de la sobreutilización en pacientes crónicos/ancianos polimedicados, especialmente cuando se utilizan herramientas de evaluación explícitas²⁵⁹, como START (*Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*) y STOPP (*Screening Tool of Older Persons' Prescriptions*)²⁶⁰. Por ejemplo, el programa de mejora de la calidad de la

²⁵⁵ Gnjidic D, Le Coteur DG, Kouladjian L, Hilmer SN, *Deprescribing Trials: Methods to Reduce Polypharmacy and the Impact on Prescribing and Clinical Outcomes*. Clin Geriatr Med, 2012; 28: 237–253 (DOI: 10.1016/j.cger.2012.01.006).

²⁵⁶ Ulley J, Harrop D, Ali A, Alton S, Davis SF, *Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: a systematic review*. BMC Geriatrics, 2019: 19; 15-27 (DOI: 10.1186/s12877-019-1031-4).

²⁵⁷ Martin P, Tamblyn R, Benedetti A et al, *Effects of a Pharmacist-Led Educational Intervention on Inappropiate Medication Prescriptionsin Older Adults. The D-PRESCRIBE Randomized Clinical Trial.* JAMA, 2018; 320(18): 1889-1898 (DOI: 10.1001/jama.2018.16131).

²⁵⁸ Riordan DO et al, *The effect of pharmacist-led interventions in optimising prescribing in older adults in primary care: A systematic review*. SAGE Open Medicine, 2016; published online 2016 Jun 14 (DOI: 10.1177/2050312116652568).

²⁵⁹ Pazan F, Kather J y Wehling M, *A systematic review and novel classification of listing tools to improve medication in older people*. Eur J Clin Pharmacol, 2019; 75(5): 619-625 (DOI: 10.1007/s00228-019-02634-z).

²⁶⁰ Castillo-Páramo A, Pardo-Lopo R, Gómez Serranillos et al, *Valoración de la idoneidad de los criterios STOPP/START en el ámbito de atención primaria en España por el método RAND*. Medicina de Familia SEMERGEN, 2013; 39 (8): 413-420(DOI: 10.1016/j.semerg.2013.01.017).

calidad en la atención al paciente crónico y polimedicado, con un enfoque multiprofesional (médicos, enfermeras y farmacéuticos de AP)²⁶¹, en Galicia, o el de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya²⁶², donde la evaluación corre a cargo de los farmacéuticos de los centros sociosanitarios; o, también en Cataluña, el estudio STARTREC en atención primaria²⁶³ o un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico sobre 450 pacientes mayores polimedicados que, a pesar de un nivel de significación realmente bajo (p=0,041), cifró en 2,38 el retorno por cada euro invertido en la revisión de medicamentos. ²⁶⁴

Una aportación más reciente es la del programa desarrollado por la aseguradora española Sanitas, conjuntamente con la Universidad de Dartmouth, sobre reducción del uso de psicotrópicos en 1.653 pacientes con demencia ingresados en los 45 centros sociosanitarios de la aseguradora²⁶⁵. El análisis observacional concluyó que las tres estrategias de intervención estudiadas (revisiones de medicamentos interdisciplinares, criterios STOPP/START y herramientas de ayuda a la toma de decisiones del paciente) fueron eficaces en la reducción de medicamentos psicotrópicos sin efectos adversos significativos.

Además de para controlar la sobreprescripción y/o sobreutilización de medicamentos, parece también existir un efecto positivo en cuanto al

²⁶¹ Reboredo-García S, González-Criado Mateo C y Casal-Llorente C, *Implantación de un programa de polimedicados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad*. Atención Primaria, 2014; 46 (S3): 33-40 (DOI: 10.1016/S0212-6567(14)70063-0).

²⁶² Inzitari M, Merino Méndez R, Santaeugenia S et al, *Prescripción potencialmente inadecuada en dos centros sociosanitarios según los criterios START-STOPP*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017 (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)

⁽http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/prescripcion_sociosanit arios START-STOPP Red aquas2017.pdf).

²⁶³ Cruz-Esteve I, Marsal-Mora JR, Galindo-Ortego G et al, *Análisis poblacional de la prescripción potencialmente inadecuada en ancianos según criterios STOPP/START (estudio STARTREC)*. Atención Primaria, 2017; 49(3): 166-176 (DOI: 10.1016/j.aprim.2016.02.013).

²⁶⁴ Campins L, Serra-Prat M, Palomera E et al, *Reduction of pharmaceutical expenditure by a drug appropriateness intervention in polymedicated elderly subjects in Catalonia (Spain)*. Gac Sanit, 2019; 33(2): 106-11 (DOI: 10.1016/j.gaceta.2017.09.002).

²⁶⁵ Weeks WB, Mishra MK, Curto D et al, *Comparing three methods for reducing psychotropic use in older demented spanish care home residents*. J Am Geriatr Soc, 2019, vista previa: 1.10 (DOI: https://doi.org/10.1111/jgs.15855).

problema de subutilización de medicamentos en personas mayores, especialmente mediante los programas de revisión de medicamentos, que resumimos a continuación. ^{266,267}

6.1.3. Revisión de medicamentos

Bajo este epígrafe único incluimos tanto la actividad conocida como *medicines use review* (MUR), como *new medicine service* (NMS), ya que esta última no deja de ser una revisión cuando se incorpora(n) un(os) nuevo(s) medicamento(s).

En cuanto al efecto de actividades como la revisión del uso adecuado de los medicamentos, no existen pruebas sólidas de su eficacia en mejorar los resultados clínicos, aunque no es descartable un "cierto efecto", como pone de relieve un metaanálisis (Cochrane) sobre revisiones sistemáticas: ²⁶⁸

Existen ciertas evidencias de que la revisión de medicinas dirigida por el farmacéutico es generalmente efectiva para reducir problemas con los medicamentos y el exceso de consumo. Hay alguna evidencia de que otras intervenciones que implican directamente al farmacéutico (como roles expandidos respecto a la educación sobre enfermedades y gestión de medicamentos) son eficaces para mejorar la adherencia, el número de medicinas prescritas y los resultados clínicos, si bien los resultados son contradictorios.

La única intervención con pruebas suficientes de mejora en procesos y resultados son los programas dirigidos al autocontrol y autogestión por el propio paciente y entorno²⁶⁹, especialmente con la

²⁶⁶ Meid AD, Lampert A, Burnett A, Seidling HM y Haefeli WE, *The impact of pharmaceutical care interventions for medication underuse in older people: a systematic review and meta-analysis*. Br J Clin Pharmacol, 2015; 80 (4): 768-776 (DOI: 10.1111/bcp.12657).

²⁶⁷ O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S et al, *STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2*. Age and Ageing, 2015; 44 (2): 213-218 (DOI: 10.1093/ageing/afu145).

²⁶⁸ Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S et al, *Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014; Issue 4 (DOI: 10.1002/14651858.CD007768.pub3).

²⁶⁹ Ryan R y Hill S, *Making rational choices about how best to support consumers' use of medicines: a perspective review*. Ther Adv Drug Saf, 2016; 7(4): 159-164 (DOI: 10.1177/2042098616651198).

introducción de intervenciones de $eHealth^{270}$ y nuevas estrategias, como el ajuste continuo de dosis (titration) por los propios pacientes en hipertensión 271 o diabetes. 272

Aunque algún metaanálisis encuentra una débil relación –ningún test de significación alcanza el estándar de p<0,001– con mejoras en indicadores clínicos²⁷³, otros niegan directamente cualquier utilidad de la revisión de medicamentos (mortalidad, admisiones hospitalarias, utilización de servicios, caídas, función cognitiva y física, mejora en la calidad de vida...) y no encontraron siquiera relación con su eficiencia económica. ²⁷⁴

Las razones podemos encontrarlas en los muy diferentes marcos culturales de proveedores (farmacias) y usuarios, que depositan diferentes expectativas en el servicio y se sustentan en intereses bien distintos. Para la farmacia, prestar el servicio de *MUR* –y otros similares– supone una oportunidad para ampliar sus funciones de apoyo y asesoramiento a los pacientes, con lo que extienden los roles del farmacéutico y el marco de competencias de las farmacias, dado que se mueve desde el simple rol de suministro y asesoramiento hacia otro más activo, monitorización del uso de las medicinas, educación de los pacientes e intervención directa para trata de modificar sus conductas. ²⁷⁵

²⁷⁰ Lancaster K, Abuzour A, Khaira M et al, *The Use and Effects of Electronic Health Tools for Patient Self-Monitoring and Reporting of Outcomes Following Medication Use: Systematic Review.* J Med Internet Res, 2018; 20(12): e294 (DOI: 10.2196/jmir.9284).

²⁷¹ Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB y Bove A, *Self-monitoring of blood pressure in hypertension: A systematic review and individual patient data meta-analysis.* PLoS Med, 2017; 14(9):e1002389 (DOI: 10.1371/journal.pmed.1002389).

²⁷² Clar C, Barnard K, Cummins E, Royle P y Waugh N, *Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: systematic review*. Health Technol Assess, 2010;14(12):1-140 (DOI: 10.3310/hta14120).

²⁷³ Hatah E, Braund R, Tordoff J y Duffull S, *A systematic review and meta-analysis of pharmacist-led fee-for services medication review*. Br J Clin Pharmacol, 2013; 77(1): 102–115 (DOI: 10.1111/bcp.12140).

²⁷⁴ Hulskes VJB, Burger DM, van den Ende CHM y van den Bernt BJF, *Effectiveness of medication review: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. BMC Family Practice, 2017; 18 (5) (DOI: 10.1186/s12875-016-0577-x).

²⁷⁵ Latif A, *Community pharmacy Medicines Use Review: current challenges*. Integrated Pharmacy Research and Practice, 2018; 7:83-92 (DOI: 10.2147/IPRP.S148765).

Por su parte, los pacientes aprecian el tiempo en consulta privada que les dedican en su farmacia y dicen sentirse cómodos y en manos de expertos en medicamentos. Además, acudiendo al servicio creen estar "haciendo lo correcto". Pero, a pesar de estas opiniones positivas, «cuando se les pidió que describieran el propósito de su *MUR*, los pacientes proporcionaron informes ambivalentes e informaron que la consulta hizo poco para mejorar su conocimiento de los medicamentos o de cómo los usaron»²⁷⁶. Muchas veces la asistencia a estas consultas tiene más que ver con un deseo de agradar al farmacéutico o de "hacer lo socialmente correcto" que con los propios interés o necesidades percibidas. ²⁷⁷

Sobre el programa de asesoramiento sobre nuevos medicamentos (NMS) un reciente estudio retrospectivo inglés²⁷⁸, sobre más de 130.000 personas (hipertensas, pero sin condiciones crónicas adicionales), mostró que solo en un 4,5% de los casos fue necesaria la remisión al médico, por lo que el impacto sobre la carga de trabajo de los médicos parece muy modesto; pero, dado que el estudio se limitaba a analizar este aspecto, los autores concluyen, en primer lugar, que dado que se desconoce el porcentaje de pacientes que hubieran acudido espontáneamente al médico, sin remisión por parte de la farmacia, no es posible saber si ese 4,5% añade o quita carga asistencial al médico. Y, en segundo lugar, que «ahora son necesarias evaluaciones sistemáticas que cuantifiquen los beneficios clínicos del programa con respecto a la atención ordinaria, antes de desarrollar nuevos o ampliados servicios de hipertensión que impliquen el seguimiento clínico de los pacientes en las farmacias». Es decir, que no existen evidencias, ni con respecto a las cargas de trabajo médicas

²⁷⁶ Latif A, Boardman HF, Pollock K, *Understanding the patient perspective of the English community pharmacy Medicines Use Review (MUR)*. Research in Social and Administrative Pharmacy, 2013; 9 (6): 949-957 (DOI: 10.1016/j.sapharm.2013.01.005).

²⁷⁷ Latif A, Waring J, Watmough D, Boyd ML y Elliot RA, 'I expected just to walk in, get my tablets and then walk out': on framing new community pharmacy services in the English healthcare system. Sociology of Health & Illness, 2018; 40 (6): 1019-1036 (DOI: 10.1111/1467-9566.12739).

²⁷⁸ Albasri A, Prinjha S, McManus RJ y Sheppard JP, *Hypertension referrals from community pharmacy to general practice: multivariate logistic regression analysis of 131 419 patients*. Br J Gen Pract, agosto 2018 (DOI: 10.3399/bjgp18X697925).

ocasionadas/evitadas, y menos aún con respecto a los resultados en salud del servicio.

6.1.4. Conciliación de medicamentos

La eficacia de la asistencia farmacéutica en cuidados transicionales (conciliación de medicamentos tras ingresos y/o altas hospitalarias) es controvertida. Por un lado, una revisión sistemática, referida en concreto a farmacéuticos comunitarios²⁷⁹, muestra una visión favorable desde el punto de vista de la detección de errores o discrepancias (aunque sin reflejo en los resultados en salud). Otra revisión más reciente, reforzada con un metaanálisis, afirma que, aunque los farmacéuticos pueden identificar y resolver discrepancias medicamentosas al alta, esta actividad no es coste-efectiva, ya que «no demostró una reducción significativa en las tasas de readmisión hospitalaria. Tampoco se encontraron pruebas consistentes de reducción en la atención en urgencias ni en las cargas de trabajo en atención primaria»²⁸⁰ (en este trabajo se analizaron estudios referidos a farmacéuticos, tanto comunitarios como integrados en los equipos de atención primaria). Resultados similares a los que encontró otro metaanálisis, también de 2018: «Las intervenciones dirigidas por farmacéuticos fueron efectivas para reducir las discrepancias de medicación. Sin embargo, estas intervenciones no llevaron a una reducción significativa de los efectos adversos medicamentosos potenciales y prevenibles ni de las admisiones hospitalarias.» 281

Una revisión de carácter general –si bien el 90% de las intervenciones fueron realizadas por farmacéuticos– encontró 25 ECA,

²⁷⁹ Nazar H, Nazar Z, Portlock J, Todd A y Slight SP, *A systematic review of the role of community pharmacies in improving the transition from secondary to primary care*, Br J Clin Pharmacol, 2015; 80 (5), 936-948 (DOI: 10.1111/bcp.12718).

²⁸⁰ McNab D, Bowie P, Ross A, MacWalter G, Ryan M y Morrison J, *Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of pharmacist led medication reconciliation in the community after hospital discharge*. BMJ Qual Saf, 2018; 27: 308-320 (DOI: 10.1136/bmjqs-2017-007087).

²⁸¹ Cheema E, Alhomoud FK, Kinsara ASAL- D et al, *The impact of pharmacists-led medicines reconciliation on healthcare outcomes in secondary care: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.* PLoS ONE, 2018; 13(3): e0193510 (DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193510).

incluido uno español llevado a cabo por farmacéuticos de hospital²⁸², no encontró evidencias sólidas acerca de los efectos de la conciliación de medicamentos en la transición asistencial, debido a que «la fiabilidad y certidumbre de las evidencias es muy baja.» ²⁸³

Por otro lado, un estudio experimental mostró que la intervención del farmacéutico hospitalario al ingreso y al alta redujo muy sustancialmente la necesidad/utilidad de la intervención de la farmacia comunitaria al alta²⁸⁴. También parece que el papel del farmacéutico hospitalario puede tener una gran utilidad al ingreso en el hospital. ²⁸⁵

Es probable que la calidad en los resultados esté relacionada con la calidad en su desarrollo, ya que no es una intervención sencilla. En EE. UU., la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations estableció en 2005 como una de las diez prioridades relacionadas con la seguridad de los pacientes la universalización de los programa de reconciliación de medicamentos, pero su extensión no aportó los resultados esperados («distó mucho de tener una implementación simple, fácil y universal»), debido fundamentalmente a tres causas: la ausencia de un sistema o estándar para la identificación precisa de medicamentos que permitiera crear una lista definitiva de medicación de los pacientes (un 'estándar de oro'); no haberse identificado bien a los implicados (stakeholders) dentro de las organizaciones para poder desplegar los recursos institucionales precisos para mejorar el interés y la implicación

²⁸² Vega TG, Sierra-Sanchez JF, Martinez-Bautista MJ, Garcia-Martin F, Suarez-Carrascosa F y Baena-Canada JM, *Medication reconciliation in oncological patients: a randomized clinical trial.* J Manag Care Spec Pharm, 2016;22(6):734–40 (DOI: 10.18553/jmcp.2016.15248).

²⁸³ Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, Boland F, Hughes C y Fahey T, *Impact of medication reconciliation for improving transitions of care*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018, Issue 8. Art. No.: CD010791. DOI: 10.1002/14651858.CD010791.pub2).

²⁸⁴ Neeman M, Dobrinas M, Maurer S et al, *Transition of care: A set of pharmaceutical interventions improves hospital discharge prescriptions from an internal medicine ward*. EJIM 2017; 38: 30-37 (DOI: 10.1016/j.ejim.2016.11.004).

²⁸⁵ Mekonnen AB. McLachlan AJ y Brien JA, *Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis*. J Clin Pharm Ther, 2016; 41, 128-144 (DOI: doi.org/10.1111/jcpt.12364).

del staff; y la ausencia de una integración de las herramientas informáticas de conciliación de medicamentos en la historia clínica electrónica. ²⁸⁶

6.1.5. Intervenciones en salud pública

El rol de la FC con respecto a la salud pública se ha orientado más bien a su participación en programas y servicios, en tareas concretas dentro de ellos, que en postularse como un agente decisivo en las nuevas políticas salubristas comunitarias. Este rol es consecuencia, como se ha argumentado, del rol dual del farmacéutico comunitario como empresario y como profesional de la salud, lo que le ha empujado a «no sacar la cabeza detrás del parapeto del mostrador» cuando se le ha exigido un mayor nivel de exposición intelectual, en palabras de un artículo clásico sobre el tema.

Antes de entrar a resumir lo que la literatura científica pudiera ilustrarnos, conviene advertir que existen importantísimos problemas de incongruencia y heterogeneidad en los estudios sobre la aportación de la farmacia a los programas, actuaciones y resultados en salud pública, sobre todo en los más rigurosos desde el punto de vista metodológico, los ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Una exhaustiva revisión de estos estudios realizados en los últimos 40 años muestra un cambio de orientación a partir de los inicios de este siglo: un mayor interés en estudios sobre dolencias o condiciones específicas –con un marcado protagonismo de diabetes e hipertensión– y una gran diferencia entre los estudios de EE. UU., que son mayoría y están más interesados en comparar las aportaciones de diferentes grupos profesionales –médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros–, y los europeos, más centrados en la propia aportación de la farmacia frente al *usual care*. ²⁸⁸

²⁸⁶ Porcelli PJ, Waitman LR y Brown SH, *A review of medication reconciliation issues and experiences with clinical staff and information systems*. Appl Clin Inf, 2010; 1: 442– 461 (DOI: 10.4338/ACI-2010-02-R-0010).

²⁸⁷ Jesson J y Bissell P, *Public health and pharmacy: A critical review*. Critical Public Health, 2006; 16(2): 159-169 (DOI: 10.1080/09581590600825812).

²⁸⁸ Rotta I, Souza TT, Salgado TM, Corre CJ y Fernandez-Llimos F, *Characterization of published randomized controlled trials assessing clinical pharmacy services around the world*. Res Social Adm Pharm, 2017; 13(1): 201-208 (DOI: 10.1016/j.sapharm.2016.01.003).

De ahí que se nos advierta cautela a la hora de extraer conclusiones, dado que «la organización y las políticas de diferentes sistemas de atención médica pueden influir en la investigación de los servicios de farmacia clínica en los distintos países.»

Y de ahí también que la revisión de de Barra et al (2018), ponga el foco en la carestía de estudios que comparen los resultados de las intervenciones de farmacéuticos con las de otros profesionales, ya que el grupo de control siempre es *usual care*, es decir, ninguna intervención. Además, esta revisión no encuentra evidencia consistente en ninguno de los resultados de los 111 estudios analizados sobre intervenciones de los farmacéuticos: diabetes, hipertensión, admisiones hospitalarias, efectos medicamentosos adversos, funcionalidad física y mortalidad. ²⁸⁹

La más reciente revisión de revisiones sobre los resultados de la participación de la FC en programas de prevención y desigualdades en salud²⁹⁰ confirma las evidencias claramente positivas en prevención primaria: tabaquismo, obesidad (resultados similares intervenciones en atención primaria), vacunación o intercambio de jeringuillas; pero no en alcoholismo o enfermedades transmisibles (clamidia). No encontró evidencias tan claras en el caso de la prevención secundaria (screening) y mejora de las desigualdades en salud, a causa sobre todo de las deficiencias metodológicas de la gran mayoría de los estudios; tampoco, por cierto, las encontró en sentido contrario, sobre la atribución de 'desigualdades generadas por la intervención', por favorecer más a los grupos de población menos necesitados, que se habían adjudicado en alguna revisión sistemática anterior. 291

²⁸⁹ de Barra M, Scott CL, Scott NW et al, *Pharmacist services for non-hospitalised patients (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 9. Art. No.: CD013102 (DOI: 10.1002/14651858.CD013102).

²⁹⁰ Thomson K, Hillier-Brown F, Walton N et al, *The effects of community pharmacy-delivered public health interventions on population health and health inequalities: A review of reviews*. Preventive Medicine, 2019; vol. 124: 98-109 (DOI: 10.1016/j.ypmed.2019.04.003).

²⁹¹ Lorenc T, Petticrew M, Welch V y Tugwell P, *What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews*. J Epidemiol Community Health, 2012 DOI: 10.1136/jech-2012-201257).

Más optimista resultó otra revisión sistemática que sí encuentra en su metaanálisis alguna sensibilidad (sensitivity) hacia la intervenciones de los farmacéuticos sobre pacientes con problemas cardiovasculares en el control de a hipertensión, dislipidemia, diabetes o tabaquismo y en insuficiencia cardíaca, si bien en caso de que la participación de los farmacéuticos sea a través de equipos multidisciplinares. ²⁹²

Resumiendo algunas evidencias concretas menos pesimistas (o exigentes)²⁹³: más eficaz en tabaquismo que sin apoyo, si bien los resultados están tan influidos por factores culturales, organizativos, formativos y de identidad profesional que aportan pocas conclusiones relevantes para el establecimiento de políticas²⁹⁴. Igual resultado que los equipos de atención primaria en control de obesidad²⁹⁵, con resultados en ambos casos bajos o nulos²⁹⁶. También en screening de factores de riesgo, como hipertensión²⁹⁷ –mejor trabajando en equipo con las enfermeras de AP²⁹⁸–, diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular²⁹⁹, y en

²⁹² Omboni S y Caserini M, *Effectiveness of pharmacist's intervention in the management of cardiovascular diseases*. Open Heart 2018;5: e000687 (DOI: 10.1136/openhrt-2017-000687).

²⁹³ Una buena documentación puede encontrarse en la publicación de la Asociación de Farmacéuticos de Canadá, *A Review of Pharmacy Services in Canada and the Health and Economic Evidence* (febrero 2016) (https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/cpha-on-the-lssues/Pharmacy%20Services%20Report%201.pdf).

²⁹⁴ Greenhalgh T, Macfarlane F, Steed L y Walton R, *What works for whom in pharmacist-led smoking cessation support: realist review.* BMC Medicine, 2016; 14: 209 (DOI: 10.1186/s12916-016-0749-5).

²⁹⁵ Gordon J, Watson M y Avenell A, *Lightening the load? A systematic review of community pharmacy-based weight management interventions*. Obesity Reviews, 2011; 12 (11), 897-9811 (DOI: 10.1111/j.1467-789X.2011.00913.x).

²⁹⁶ Sniehotta FF, Evans EH, Sainsbury K, Adamson A, Batterham A et al, *Behavioural intervention for weight loss maintenance versus standard weight advice in adults with obesity: A randomised controlled trial in the UK* (NULevel Trial). PLoS Med, 2019; 16(5): e1002793 (DOI: 10.1371/journal.pmed.1002793).

²⁹⁷ Cheema E, Sutcliffe P y Singer, DR, *The impact of interventions by pharmacists in community pharmacies on control of hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. British Journal of Clinical Pharmacology, 2014; 78(6): 1238-1247 (DOI: 10.1111/bcp.12452)

²⁹⁸ Carter BL, Bosworth HB y Green BB, *The Hypertension Team: The role of the pharmacist, nurse and teamwork in hypertension therapy*. The Journal of Clinical Hypertension, 2012; 14(1): 51-65 (DOI: 10.1111/j.1751-7176.2011.00542.x).

²⁹⁹ Tsuyuki RT, Al Hamarneh YN, Jones CA y Hemmelgarn BR, *The Effectiveness of Pharmacist Interventions on Cardiovascular Risk: The Multicenter Randomized Controlled RxEACH Trial*. Journal of the American College of Cardiology, 2016; 67(24): 2846-2854 (DOI: 10.1016/j.jacc.2016.03.528).

dispensación de contracepción hormonal de emergencia³⁰⁰. Efectivas para mejorar las tasas de vacunación y la identificación de personas con alto riesgo de padecer determinadas patologías³⁰¹. Sin evidencia en alcoholismo. No existe evidencia de que la proximidad de las farmacias ayude a reducir las desigualdades en el acceso. ³⁰²

A través de la receta electrónica, y mediante aplicaciones ad hoc, ayuda a detectar gestiones subóptimas en el tratamiento farmacológico de algunas condiciones o dolencias crónicas. Por ejemplo, el asma³⁰³, donde parece funcionar tan bien como la intervención educativa, al menos para mejorar la adherencia a los inhaladores³⁰⁴ y, con evidencia más baja, para un control mejor de la enfermedad, como se concluía en un ensayo aleatorizado sobre FC en Italia³⁰⁵ y en otro, de muestra mucho más pequeña, español. ³⁰⁶

En cuanto a la reducción de riesgos cardiovasculares, aunque existen algunos estudios alentadores, «el verdadero efecto de las intervenciones es incierto debido a la mala calidad de los estudios,

³⁰⁰ Agomo C, Udoh A, Kpokiri E y Osuku-Opio J, *Community pharmacists' contribution to public health: assessing the global evidence base*. Clinical Pharmacist, 2018; 10(4), online (DOI: 10.1211/CP.2018.20204556).

³⁰¹ San-Juan-Rodriguez A, Newman TV, Hernandez I, Swart ECS et al, *Impact of community pharmacist-provided preventive services on clinical, utilization, and economic outcomes: An umbrella review*. Preventive Medicine, 2018; octubre: 145-155 (DOI: 10.1016/j.ypmed.2018.08.029.

³⁰² Brown TJ, Todd A, O'Malley et al, *Community pharmacy-delivered interventions for public health priorities: a systematic review of interventions for alcohol reduction, smoking cessation and weight management, including meta-analysis for smoking cessation.* BMJ Open, 2016 (2) (DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009828).

³⁰³ Bereznicki BJ, Peterson G, Jackson S et al, *Uptake and effectiveness of a community pharmacy intervention programme to improve asthma management*, Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 2013; 38 (3): 212-8 (DOI: 10.1111/jcpt.12017).

³⁰⁴ Normansell R, Kew KM y Stovold E, *Interventions to improve adherence to inhaled steroids for asthma*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017, Issue 4. Art. No.: CD012226 (DOI: 10.1002/14651858.CD012226.pub2).

³⁰⁵ Manfrin A, Tinelli M, Thomas T y Krska J, *Effect of a pharmacist intervention on asthma control. A cluster randomised trial.* BMC Health Services Research, 2017; 17:300 (DOI: 10.1186/s12913-017-2245-9).

³⁰⁶ García-Cárdenas V, Sabater-Hernández D, Kenny P et al, *Effect of a pharmacist intervention on asthma control. A cluster randomised trial*. Respir Med, 2013; 107(9): 1346-1355 (DOI: 10.1016/j.rmed.2013.05.014).

resultados inconsistentes y sesgos potenciales de las publicaciones. Se necesitan más estudios bien diseñados para determinar el verdadero impacto de las intervenciones de los farmacéuticos comunitarios en la reducción de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, 307. Aun así, se han reconocido evidencias sobre aspectos positivos de la intervención de la FC en la adherencia a los tratamientos farmacológicos, si bien para la reducción efectiva de los niveles de lípidos resulta necesario combinar estrategias e intervenciones profesionales. 308

6.2. Análisis de la evidencia revisada

En cuanto a la sustitución de funciones y tareas de médicos o enfermeras, incluso de farmacéuticos hospitalarios y de AP, por parte de los farmacéuticos comunitarios, es imposible determinar su idoneidad o conveniencia. Porque para demostrarlo, no tiene sentido que mientras el grupo de estudio en los ECA sea el de pacientes con AF, el de control sea de pacientes sin AF, pero también sin intervención médica, de enfermería u otras combinaciones. Como mucho, sería científicamente posible afirmar que en determinadas actuaciones tener AF es mejor que no tener ninguna atención, pero no que sea más apropiada o indicada que la atención por parte de otros grupos profesionales que ya la vienen asumiendo.

Por lo que respecta a las prometidas reducciones de costes, los análisis son contradictorios y dependen (conceptual y metodológicamente) de las características propias de los servicios de salud u organizaciones sanitarias donde se han realizado las evaluaciones: modelo de aseguramiento, gestión pública o privada, sistemas de pago, incentivos, autonomía de gestión clínica, administrativa y financiera, etc.

³⁰⁷ Chiazor I, Evans M, van Woerden H y Oparah AC, *A Systematic Review of Community Pharmacists' Interventions in Reducing Major Risk Factors for Cardiovascular Disease*, 2015; VHRI 7c: 9-21 (DOI: 10.1016/j.vhri.2015.03.002).

³⁰⁸ van Driel ML, Morledge MD, Ulep R et al, *Interventions to improve adherence to lipid-lowering medication*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016, Issue 12. Art. No.: CD004371 (DOI: 10.1002/14651858.CD004371.pub4).

En realidad, estas difusas evidencias no tienen que ver únicamente -ni especialmente- con el rendimiento de las intervenciones de la farmacia comunitaria: tampoco las intervenciones desde otras profesiones demuestran un buen nivel de efectividad en temas esenciales como adherencia, conciliación o modificación de conductas. Si acaso, mejoran algo los resultados intermedios (adherencia y resolución de problemas) pero su efectividad en el objetivo final, que son los resultados clínicos y el consumo de recursos, dista mucho de ser demostrable. De ahí que la aportación de la farmacia comunitaria deba introducir elementos cualitativamente diferentes que mejoren los resultados de las otras intervenciones -o de placebo-, cosa que hoy en día no sucede, para justificar un aumento de los recursos que se le asignan o la reasignación en su favor de los destinados a otras intervenciones. Dicho de otra manera, si no existen evidencias globales (que una intervención determinada es coste-efectiva) es imposible que existan evidencias particulares (que es coste-efectiva si la realiza un grupo profesional concreto) y menos aún si no se compara con el resto de grupos.

Actividades puntuales, como la revisión o conciliación selectiva de medicamentos, pueden ser útiles, pero requieren una adecuada selección de los pacientes que lo precisan, algo que solo pueden hacer los médicos y los farmacéuticos de AP (o, eventualmente, las enfermeras). Las únicas intervenciones que han mostrado una evidencia aceptablemente sólida acerca de sus resultados son, como ya dijimos antes, las dirigidas a promocionar los autocuidados, incluyendo el buen uso de los medicamentos prescritos, lo que exige una intervención profesional básicas de las enfermeras comunitarias, especialmente si la atención es domiciliaria, ya que es imprescindible una alta continuidad (y preferentemente longitudinalidad) en los cuidados.

No se trata solo de calidad asistencial. Un reciente estudio (metaanálisis)³⁰⁹ llega a la conclusión de que una adecuada continuidad en la atención médica está relacionada con menores tasas de mortalidad.

Luego, tenemos el problema del acceso (consulta y registro) a la historia clínica, que solo, como vimos previamente, 11 países en el mundo conceden: uno con acceso completo (Singapur) y otros once, solo a ciertos apartados o aplicaciones ad hoc.

Hoy en día existe el convencimiento científico de que la modificación de hábitos personales, sociales o sanitarios no puede descansar ni en la exhortación, ni en la sustitución por terceros, sino en desarrollos específicos a partir de conceptualizaciones como los *behavioural insigths*, *nudge theory*, etc. Y eso requiere una continuidad asistencial que desde las oficinas de farmacia no se puede ofrecer, por lo general.

Como ya hemos señalado anteriormente, las únicas intervenciones sobre pacientes con necesidades complejas con una mínima garantía de éxito son, asimismo, complejas; y dirigidas, además, a apoyar, no solo sustituir, las capacidades de autocuidado y autogestión de los pacientes y cuidadores informales. Sea para mejorar su adherencia terapéutica (no solo al medicamento) o para prevenir sus rehospitalizaciones evitables. ³¹⁰

De ahí que estas intervenciones complejas tengan que ser multiprofesionales, ya que se precisan diferentes competencias y conocimientos, intensivas en esfuerzo y sostenidas en el tiempo. Aunque la aportación de los profesionales de la farmacia es muy importante, no parece probable que la farmacia comunitaria en muchos países, incluido el nuestro, esté preparada de manera generalizada para tanta exigencia. Probablemente sean más efectivos otros perfiles, como los de los farmacéuticos de atención primaria.

³⁰⁹ Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E et al, *Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality*. BMJ Open 2018; 8 (DOI: 10.1136/bmjopen-2017-021161).

³¹⁰ Leppin, AL, Gionfriddo, MR, Kessler M et al, *Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials*. JAMA Intern Med, 2014; 174(7): 1095-1107 (DOI: 10.1001%2Fjamainternmed.2014.1608).

La propia Federación Internacional Farmacéutica³¹¹ reconoce que «dado el elevado número de puntos de intervención desde el diagnóstico hasta la dispensación y administración de un fármaco, probablemente no sea sorprendente que las intervenciones múltiples hayan demostrado una mayor efectividad relativa que intervenciones singulares». Y recoge tres intervenciones complejas («comunicación efectiva con pacientes y cuidadores por parte de todos los miembros del equipo asistencial», «hacer tan fácil como sea posible a los pacientes más mayores que tomen sus medicinas de la manera correcta» y «sostener el esfuerzo en el tiempo»), cada una de las cuales, a su vez, implica la coordinación de numerosas actividades.

Un problema relevante con respecto a las intervenciones complejas es que resulta mucho más difícil evaluar sus resultados, por tratarse de intervenciones multimodales y generalmente secuenciales y que deberían implicar, por lo general, diversas aproximaciones, más que una sola. ³¹²

Finalmente, por lo que respecta a la implementación efectiva de los SPFA, un estudio internacional³¹³ –con participación española, por cierto-ha sintetizado hasta 63 factores que pueden funcionar, tanto como facilitadores como barreras, según su orientación y nivel de desarrollo; no se trata, pues, de desarrollos fáciles, sino que precisan un alto nivel de conceptualización, operativización y parametrización.

Si existen problemas concretos en áreas, personas, procedimientos o necesidades sanitarias concretas, es preciso adoptar las decisiones más prácticas sin excluir, por supuesto, la intervención de los farmacéuticos

³¹¹ Use of medicines by the elderly: The role of pharmacy in promoting adherence. The Hague, International Pharmaceutical Federation, 2018, pág.41 (https://www.fip.org/files/fip/publications/Use_of_medicines_by_the_elderly_The_role_of_pharmacy_in_promoting_adherence.pdf).

Minary L, Trompette J, Kivits J et al, Which design to evaluate complex interventions? Toward a methodological framework through a systematic review. BMC Medical Research Methodology (2019) 19:92 (DOI: 10.1186/s12874-019-0736-6).

³¹³ Hosain LN, Fernández-Limos F, Luckett T et al, *Qualitative meta-synthesis of barriers and facilitators that influence the implementation of community pharmacy services: perspectives of patients, nurses and general medical practitioners*. BMJ Open, 2017; 7:e015471 (DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015471).

comunitarios; pero como hemos repetido en numerosas ocasiones, ello precisará reformar la legislación vigente sobre medicamentos y profesiones sanitarias. Y, antes de nada, como ya se está proponiendo desde el Foro AF-FC³¹⁴ y recoge la *Declaración de Nanjing* de la FIP³¹⁵, habrá que modificar los planes de estudio del Grado en Farmacia para que los nuevos graduados salgan con los conocimientos y competencias precisos para una práctica de carácter asistencial en el marco específico de la FC.

³¹⁴ CGCOF, nota de prensa, 27 de junio de 2017: *Representantes de la Profesión farmacéutica y la Universidad avanzan en el diseño de una disciplina de Farmacia Asistencial en la Universidad* (https://www.portalfarma.com/Profesionales/consejoinforma/Paginas/2017-Jornada-Atencion-Farmaceutica-Universidad.aspx)

³¹⁵ International Pharmaceutical Federation: *Nanjing Statements – Statements on pharmacy and pharmaceutical sciences education*, 2017 (https://www.fip.org/files/fip/PharmacyEducation/Global_Conference_docs/Nanjing_Statements.pdf).

Atención	Farmacéutica	en Fenoño	Agentes	estrategias	v politicas
Atencion	Farmaceunca	en Esbana.	Agenties.	estrategias	v bomucas

7. Política y políticas sanitarias

En política solo triunfa quien pone la vela donde sopla el aire; jamás quien pretende que sople el aire donde pone la vela.

A. Machado.

7.1 Más allá de las evidencias, es la hora de la política

A pesar de todo, parece que el momento de la AF en España ha llegado, si es que el lobby, con su sobreexcitación y su actuación tacticista y cortoplacista, no hace que descarrile el tren. Más allá de las evidencias, o de un interés lógico-científico, existe un interés lógico-político porque es posible establecer sinergias entre el SNS y la FC. Más allá de integrar a la FC en el sistema de salud para mejorar el sistema de salud –algo que tampoco debería entusiasmar si hacemos caso a las evidencias existentes-el objetivo debería ser integrar a la FC en el sistema de salud para mejorar la FC y poder utilizar todo el potencial existente, que permanece sepultado bajo las siete llaves de un modelo rígido, burocratizado y excesivamente mercantilizado.

Como resumió un análisis interesante de la London School of Economics and Political Science, igual no es necesario ser tan purista; a fin de cuentas, ¿quién está libre de pecado en cuanto a la falta de evidencia de tantos de sus procedimientos? ³¹⁶

Ciertos países están introduciendo políticas para expandir formalmente el rol de los farmacéuticos comunitarios en sus respectivos servicios de salud. La evidencia derivada de la revisión sistemática en apoyo de esta transformación es contradictoria e inconcluyente (...) A pesar de estas limitaciones en la base de evidencias, los futuros intentos de expandir los roles de la farmacia comunitaria deberían ser tomados en cuenta a la luz de las presiones demográficas, económicas y de salud pública. Aunque el entusiasmo político por dotar a los farmacéuticos comunitarios de roles asistenciales pudiera no sustentarse en la evidencia existente, hay

³¹⁶ Mossialos E, Naci H y Courtin E, *Expanding the role of community pharmacists: policymaking in the absence of policy-relevant evidence?* Health Policy, 2013; 111(2): 135-148 (DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.04.003).

consideraciones de carácter sistémico que pudieran justificar movimientos en esta dirección.

Un planteamiento ecléctico, pero exigente, que debería ser tomado en cuenta, tanto en un lado como en el otro. Y que debería ser un antídoto contra la demagogia y el corporativismo utilitario (en un lado, como en los otros).

Sin embargo, esta necesidad de ir integrando a la FC en las estructuras de salud, que ya había sido también expuesta por el Consejo de Europa³¹⁸ un año antes, debe cumplir ciertos requisitos, salvar ciertas resistencias y, sobre todo, ser ordenada. El que probablemente sea el más exhaustivo y extensivo –y reciente– análisis de la literatura científica sobre *pharmaceutical care* llega a la siguiente conclusión (énfasis añadido): ³¹⁹

Resulta interesante que la mayoría de los artículos revisados, aun siendo de diferentes países, llegaran a conclusiones similares con respecto a los elementos que actualmente faltan en los sistemas de salud para lograr una atención farmacéutica centrada en el producto y el paciente. Estos recursos que faltan y que a menudo se mencionan son el tiempo y la remuneración, así como un sistema centralizado de registro de pacientes o un acceso adecuado a él. Además, se menciona a menudo que se necesita un cambio de mentalidad de los profesionales de la salud y los pacientes. Los profesionales de la salud necesitarán trabajar cada vez más en equipos multidisciplinares; por lo tanto, la comunicación debe mejorar, los roles y las competencias deben ser aclarados, comprendidos y respetados, y se debe impartir la capacitación adecuada para cumplir con esos roles y competencias. El paciente, a su vez, necesita comprender el (nuevo) rol del farmacéutico y estar dispuesto a establecer una relación más cercana con este proveedor de atención médica.

Por eso, en este momento es preciso evitar la *mentalidad de lobby*; por ejemplo, las tentaciones de utilización de estudios relevantes que tratan de aportar luz al debate y que solo son apreciadas como fuente de titulares muy mediáticos en las notas de prensa de las organizaciones

Moltó-Puigmartí C, Vonk RAA, van Ommeren GL y Hegger I, *A logic model for pharmaceutical care*. Journal of Health Services Research & Policy, 2018; 23(3): 148–157 (DOI: 10.1177%2F1355819618768343).

³¹⁸ EDQM. *Pharmaceutical care – policies and practices for a safer, more responsible and cost-effective health system*. Strasbourg: 2012 (https://www.edqm.eu/medias/fichiers/policies_and_practices_for_a_safer_more_responsibl.pdf)

profesionales, que tienen reflejo lógicamente en los medios del sector; por ejemplo, el siguiente titular: 320

«HTA: la botica inglesa reduce la carga asistencial gracias a la AF. Un estudio de la Universidad de Oxford ha visto que sólo un 4,5% de 131.419 hipertensos en terapias de inicio atendidos en la farmacia se derivaron al médico, resolviendo los problemas de la gran mayoría.»

Este estudio de la Universidad de Oxford³²¹ no avala que el seguimiento de la farmacia comunitaria a pacientes hipertensos haya conseguido reducir la sobrecarga asistencial de sus médicos de familia; simplemente cuantifica la tasa de derivaciones, si bien, dado que ignora dicha tasa en lo que sería el "grupo de control" –la inmensa mayoría de usuarios no seguidos por la farmacia comunitaria—, no entra a calificar si la intervención de la FC la mejora, iguala o empeora:

Con una incidencia de casos nuevos de hipertensión del ocho por mil, una tasa de derivaciones del 4% significaría que, de los 52 nuevos casos de hipertensión por consulta de medicina de familia al año, solo dos hubieran necesitado ser vueltos a ver por su médico de familia durante las dos primeras semanas desde el inicio de la medicación. Sin conocer la tasa de revisita de los pacientes fuera del Servicio de Nuevos Medicamentos, resulta difícil determinar si una tasa de derivaciones del 4% podría representar una mejora o un empeoramiento de la situación actual; de todas manera, esas cifras parecen pequeñas.

De ahí que insistamos en enfatizar sobre el profundo error que supone, tanto por parte del grupo de presión de la AF, como de las administraciones públicas tentadas de escuchar esos cantos de sirena, como de las asociaciones médicas que pretendan colaborar interesadamente, pretender un desarrollo sin orden, lleno de trompicones y bandazos. De persistirse en esta estrategia, se pagará caro en el futuro: en descohesión de los servicios de salud; en judicialización de decisiones que deberían ser estrictamente técnicas; en inequidad en el acceso de los ciudadanos a la prestación y servicios farmacéuticos; y en frustración de

³²⁰ Correo Farmacéutico, 23 de julio de 2018: *HTA: la botica inglesa reduce la carga asistencial gracias a la AF* (https://www.correofarmaceutico.com/profesion/hta-la-botica-inglesa-reduce-la-carga-asistencial-gracias-a-la-af.html).

³²¹ Albasri A, Prinjha S, McManus RJ y Sheppard JP, *Hypertension referrals from community pharmacy to general practice: multivariate logistic regression analysis of 131 419 patients*. Br J Gen Pract, 2018; 68 (673): 541-550 (DOI: 10.3399/bjgp18X697925).

la propia farmacia comunitaria (al menos de su sector más activo y concienciado).

Así lo reconoció recientemente la directora de una de las principales publicaciones del sector, para quien las claves para generalizar la participación del farmacéutico comunitario en la atención domiciliaria son dos: por un lado, que las administraciones competentes «ordenen y formalicen» el marco de dicha participación; y, por otro, «romper con la desconfianza y miedo a perder competencias de las distintas profesiones sanitarias», algo que excluye actuaciones unilaterales como las que con frecuencia se producen por la puerta de atrás, a falta de ese marco ordenador y formalizador. 322

7.2. Problemas 'del lado de la oferta'

No es fácil encontrar razones reales para desarrollar un rol avanzado asistencial de la farmacia comunitaria en España en beneficio del SNS, más allá de tratar de obtener una posible mejora en la seguridad y calidad de la prestación farmacéutica y de la aportación de la FC a los servicios de salud, al menos en términos de política sanitaria general. Sin embargo, creemos que actualmente existe mucho margen de mejora en la prestación farmacéutica del SNS. Ello conlleva actuar en los dos ámbitos implicados: el de los prescriptores y el de los usuarios.

El principal problema en la cadena de la prestación farmacéutica no se encuentra ni en la distribución ni en la administración ni en el uso –sin que esta contundente afirmación intente negar la existencia de problemas serios en estos tres eslabones–, sino en la prescripción. Ello, desde cualquier punto de vista que se considere (salubrista, sanitario, económico, social...) y en lo relativo a cualquiera de las cuatro «columnas»

Fernández C, Enfocando al domicilio. Correo Farmacéutico, 30 de julio de 2018 (https://www.correofarmaceutico.com/opinion/carta-al-director/enfocando-al-domicilio.html).

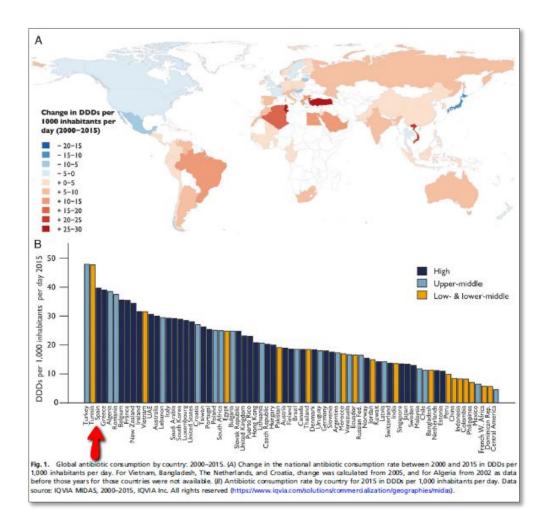
de los sistemas de salud basados en valores: personal, técnico, distributivo y social³²³. Algunos apuntes, a continuación.

Según los datos de Eurostat, mientras que España se sitúa en el 7º puesto dentro de la Unión Europea en la frecuencia de uso de medicamentos de prescripción, se despeña hasta el 24º en cuanto al uso de medicamentos sin receta (OTC). Dado que se ve acompañada en estos puestos tan bajos por los otros países con modelo *mediterráneo* de farmacia, parece bastante probable que este modelo tan regulado sea bastante eficaz a la hora de controlar la automedicación; más que el de la farmacia corporatizada, al menos.

Desde el lado de los prescriptores, básicamente los médicos, son bien conocidos algunos de los problemas existentes. España se situaba en 2000 en el tercer lugar (de 76 países analizados) en cuanto a mayor prescripción de antibióticos, tras Francia y Nueva Zelanda. 15 años después, en 2015, España reincidía en esa *medalla de bronce...* solo que ahora el oro y la plata la detentaban Turquía y Túnez³²⁴; otros países del *primer mundo*, por lo que se ve en el gráfico, están *haciendo sus deberes*, mientras que aquí no sucede lo mismo. Este es un problema real, en relación con la prestación farmacéutica desde el lado de los prescriptores, que debería centrar la atención de los decisores sanitarios antes de otros que pueden estar más de moda, pero probablemente tienen menos impacto sobre la efectividad y los costes de nuestro sistema sanitario.

³²³ Expert panel on effective ways of investing in health of the European Union: *Defining value in "value-based healthcare"*, 2019, draft (http://ec.europa.eu/health/expert_panel/index_en.htm).

³²⁴ Klein EY, Van Boeckel TP, Martinez EM et al, *Global increase and geographic convergence in antibiotic consumption between 2000 and 2015*. PNAS 2018; 115 (15): 3463-3470 (DOI: 10.1073/pnas.1717295115).



Otro problema importante es el consumo de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos; España, no solo muestra una tasa de utilización de las más altas de de la UE, sino que muestra claramente una tendencia creciente (datos del Informe EDADES del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones³²³), correspondiendo más del 85% del consumo a la adquisición por prescripción médica. Un problema especialmente complicado en el caso de los mayores y, muy especialmente, las mujeres mayores. ³²⁴

_Informe_EDADES.pdf).

³²³ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas: *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2015. Informe 2017* (http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2017

³²⁴ Matud Aznar MP, García Pérez L, Bethencourt Pérez JM y Rodríguez-Wangüemert C, *Género y uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España*. Journal of Feminist, Gender and Women Studies, marzo 2017; 5:23-31 (https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/8914).

También existen un alto grado de consenso con respecto a la necesidad de desprescribir medicamentos como los IBP³²⁵, cuya prescripción no deja de aumentar incluso –o sobre todo– para indicaciones inadecuadas, habiendo sido cifrada hasta en un 50% del total. ³²⁶

No son los únicos medicamentos sobre cuya prescripción indebida o sobreprescripción se alerta (antidepresivos, psicofármacos en ancianos...), pero sí los más frecuentemente citados.

Si añadimos los efectos adversos producidos como consecuencia de problemas en la prescripción, administración y uso de medicamentos, tanto en atención primaria como en hospitales, o las graves carencias en continuidad asistencial (conciliación de medicamentos tras el ingreso/alta hospitalaria), podemos apreciar que existe un enorme campo de mejora, en el cual, sin duda, los farmacéuticos como principales expertos en medicamentos deben tener un papel mucho más protagonista.

Existen CCAA en las que aún no se ha desarrollado la figura del farmacéutico de atención primaria, recogida en el artículo 81 de la ley de garantías, pero ya se está pensando en concertar servicios propios de aquellos con las farmacias comunitarias (Región de Murcia), un anuncio de dudoso cumplimiento que probablemente tenga motivaciones no estrictamente técnicas³²⁷. Por eso, probablemente haya que pensar en reforzar las dotaciones de farmacéuticos clínicos y gestores de los servicios de salud allí donde se considere insuficiente su desarrollo. Ellos podrían ejercer como interfaz entre los prescriptores y los farmacéuticos comunitarios en programas bien definidos, con competencias bien

³²⁵ Fernández-Oropesa C, (*Therapeutics letter*) *Deprescripción de IBP*. Blog El Rincón de Sísifo, 26 de junio de 2018 (https://elrincondesisifo.org/2018/06/26/therapeutics-letter-deprescripcion-de-ibp/).

³²⁶ Espinàs J, *El consumo de los IBP en España es 2-3 veces superior al de algunos países de la Unión Europea*. El Blog de la Guía Terapéutica, 13 de julio de 2016 (https://guiaterapeutica.wordpress.com/2016/07/13/el-consumo-de-los-ibp-en-espana-es-2-3-veces-superior-al-de-algunos-países-de-la-union-europea/).

³²⁷ El Gerente del Servicio de Salud en esos momentos formó parte del comité redactor del ya citado documento "Modelo de coordinación médico-farmacéutica para la atención al paciente con enfermedad crónica en atención primaria".

delimitadas³²⁸. Una interlocución directa médico de familia–farmacia comunitaria es una absoluta quimera en unos servicios de salud como los nuestros, excepto quizás en programas piloto muy delimitados y basados en problemas puntuales bien localizados, con una relación esfuerzo-resultados³²⁹ que sería imposible de aplicar a gran escala (más la financiación, generalmente de la industria, a veces de la organización colegial de farmacéuticos, en los pilotos que se suelen poner como ejemplo de viabilidad).

No menos importante es la situación en los hospitales, donde el creciente peso financiero de los medicamentos de uso hospitalario se ha ido comiendo los ahorros derivados de los recortes en otros puntos del SNS (especialmente en atención primaria y en retribuciones del personal), como ya hemos analizado anteriormente. La utilización de algunas nuevas terapias que sin aportar en términos agregados valor al sistema y en términos humanos, valor significativo en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes, pero suponen un coste cinco, diez o cincuenta veces superior al de los tratamientos de referencia, debería ser objeto de revisión; y ahí, los farmacéuticos hospitalarios juegan un papel fundamental a la hora de evaluar el coste-efectividad de los nuevos tratamientos.

7.3. Problemas 'del lado de la demanda'

Por lo que respecta al *lado del usuario*, la Encuesta sobre adherencia terapéutica en España de Farmaindustria³³⁰, sobre 1.400 individuos con enfermedades crónicas, nos dice dos cosas fundamentales: a) que la no

³²⁸ En esa línea va el posicionamiento de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria: *Posicionamiento SEFAP en la gestión farmacoterapéutica integrada*, 2016 (https://www.sefap.org/media/upload/arxius/SEFAP-POSICIONAMIENTO-4.pdf).

³²⁹ Por ejemplo, la formación requerida por cada farmacéutico comunitario para implantar el seguimiento farmacoterapéutico se ha calculado en unas 100 horas (9,2 créditos), con unos costes cercanos a los 2.000 euros en 2014: Cobián Rodríguez MB, *El coste del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria (I): puesta en marcha del servicio*. Farmacéuticos Comunitarios, 2014; 6(2): 27-32 (DOI: 10.5672/FC.2173-9218.(2014/Vol6).002.05).

³³⁰ Fundación Farmaindustria, *Encuesta sobre adherencia terapéutica en España*. Madrid, *circa* 2016, trabajo de campo en noviembre-diciembre de 2015 (http://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/Informe-Estudio-de-adherencia-anx.pdf).

adherencia afectaría al 50% de los pacientes crónicos encuestados; b) que no se trata de un problema que afecte especialmente a los sectores más vulnerables de la sociedad, ni tampoco a los pacientes polimedicados (solo un 10% de la muestra caería en la etiqueta vulnerable-polimedicado-no adherente), sino más bien a lo que podríamos denominar clases medias urbanas no muy polimedicadas. Por el contrario, el 42% de los pacientes polimedicados con menor nivel educativo son encuadrados sociológicamente en el grupo de adherentes. De ahí que poner el énfasis en revisar a domicilio los botiquines de los pacientes más frágiles, complejos y dependientes no parezca una política prioritaria, al menos en términos macro. Otra cosa sería un análisis de áreas pequeñas que detectara bolsas de no adherencia entre la población más vulnerable.

En el contexto de este documento, los factores donde se puede/debe incidir prioritariamente son en relación con el personal y el sistema sanitario (que de alguna manera inciden sobre lo relacionado con el paciente, la terapia y el curso de la enfermedad). Más del 80% de los encuestados considera suficiente la información recibida en las consultas médicas.

Por otro lado, la no adherencia no es un problema cuya detección requiera intervenciones de carácter personal: desde la implantación universal de la receta electrónica, utilizar aplicaciones de detección de incongruencias entre medicamentos recetados y medicamentos retirados de la farmacia no parece algo excesivamente complicado, especialmente si se ha determinado que nos encontramos ante un problema de la suficiente envergadura. Porque es más difícil que no se utilice correctamente un medicamento que se retira de la farmacia de la manera pautada, que simplemente no retirarlo.

7.4. Una lectura en clave política

Las verdaderas razones políticas del Foro AF-FC en su promoción de la farmacia comunitaria asistencial son variadas y todas ellas contienen aspiraciones legítimas de parte, pero muchos de los agentes implicados piensan que no aportan demasiado valor al SNS e, incluso, que podrían

comportar riesgos importantes. De manera resumida, este programa de máximos recogería los siguientes objetivos:

Consolidar políticamente el modelo actual de farmacia, frente a la creciente tendencia a la corporatización del sector (multipropiedad, cadenas de farmacias, apotecas OTC en centros comerciales...).
 Máxime cuando la amenaza de Amazon y otros operadores de la distribución online de medicamentos comienza a ser una realidad en ciertos países. 331

2. Cerrar el círculo de la cadena de valor de la industria farmacéutica:

- a. Primero, influyendo directamente –no solo, como ahora, mediante marketing e incentivos– sobre las inercias prescriptoras de los médicos.
- b. Y segundo, dando capacidad prescriptora/dispensadora autónoma al punto de venta de los medicamentos. Como podría ser la dispensación autónoma de vacunas fuera de los calendarios oficiales.
- 3. Mejorar la imagen profesional de los farmacéuticos de las oficinas de farmacia, superando la imagen desprofesionalizada y mercantilista del boticario, acercándola a la de médicos o farmacéuticos clínicos, y la de la farmacia como tienda multiproducto macdonaldizada, acercándola a la de los centros sanitarios.
- 4. Obtener el acceso a la historia clínica de los clientes para poder ser considerados como parte interdependiente de los servicios sanitarios públicos e ir segmentando a la población para una mayor penetración de los servicios farmacéuticos asistenciales.
- 5. Compensar el deterioro en el volumen de negocio de las farmacias que ya hemos abordado antes en este informe– y ampliar la empleabilidad del colectivo profesional, mediante una captación de

³³¹ Correo Farmacéutico, 2 de julio de 2018: *Amazon compra una farmacia online para vender medicamentos* (https://www.correofarmaceutico.com/farmacia-internacional/amazon-compra-una-farmacia-on-line.html).

recursos públicos vía convenios o conciertos de prestación de servicios sanitarios.

A este respecto, en la web del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, podemos leer: ³³²

Cada año las farmacias ofrecen 182 millones de consejos sanitarios ajenos a la dispensación. Así, uno de cada 3 españoles que entra en una farmacia no adquirió un medicamento y recibió a cambio un consejo sanitario. El valor de los actos equivalentes, medida del ahorro producido al Sistema Sanitario, alcanza un nivel anual que supera los 1.700 millones de euros.»

1.700 millones de euros... Para que podamos hacernos una idea de la magnitud de este cálculo/reivindicación, el volumen económico del total de conciertos con los hospitales privados no benéficos en el SNS representó (2016) una facturación muy similar, 1.578 millones de euros. ³³³

7.5 Prescripción (política): calma, reflexión, debate

Volvemos al principio. Dos desarrollos normativos que ya hemos descrito y analizado han tenido un especial impacto en las comunidades profesionales médico-enfermera-farmacéutico: la aprobación del Decreto 188/2018, de 19 de octubre, por el que se regula la concertación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales de la Comunidad Valenciana y el debate en la Asamblea de Madrid sobre el proyecto de Ley de farmacia aprobado por el Gobierno regional.

Con respecto al primero, la modificación del proyecto en el sentido de enmarcar explícitamente los desarrollos en el marco de la legislación básica del Estado, muy especialmente la ley de garantías, más la enorme dificultad política y administrativa que tendría desarrollar a corto y medio

³³² CGCOF: Farmacia Comunitaria en España, 2017 (http://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacionfcolegial/profesionfarma/Paginas/colegiaciondatest adisticos.aspx).

³³³ Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad: *Sanidad privada, aportando valor*. *Análisis de situación 2018* (https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/versionwebinforme_analisis_situac_idis2018.pdf).

plazo la selección, justificación y diseño de cada servicio concreto, los cursos de capacitación y programas de acreditación –por no hablar de integración de la información, comunicación y registro bidireccional de cada servicio concertado en el sistema informático de la *consellería*–, no parece arriesgado hablar de *brindis al sol.* O quizás, más probablemente, de una suerte de satisfacción emocional hacia la farmacia comunitaria, que ve utilizada su terminología (farmacia comunitaria, servicio profesional farmacéutico asistencial, capacitación y acreditación…), así como su capacidad legal para concertar servicios con las administraciones públicas. ³³⁴

Pero el debate parlamentario, político y profesional sobre el proyecto de ley de ordenación farmacéutica de la Comunidad de Madrid ha supuesto un importante punto de inflexión. Aunque la repercusión mediáticamente más visible ha sido la abrupta y desmedida reacción de la Mesa de la Profesión Enfermera, el debate ha obligado a posicionarse, tanto a los partidos políticos de la comunidad, como a las organizaciones representativas de las profesiones sanitarias.

Incluso desde la profesión farmacéutica se escuchan voces razonables que piden calma, reflexión y debate. Así, la directora del principal diario del sector reconocía en julio de 2018:

Una de las claves para ordenar, formalizar y generalizar la participación del farmacéutico comunitario en la atención domiciliaria: son las administraciones competentes las que tiene que potenciar y favorecer la atención multidisciplinar (comenzando por que cada profesional sepa perfectamente cuáles son sus funciones y cuáles son las de los demás) y la coordinación dinámica y fluida entre niveles asistenciales. 335

Y también lo reconocía hace unas semanas días el presidente del Colegio de Farmacéuticos de Madrid, con la melancolía que produce

Una buena idea para comenzar sería ir extendiendo el SDP a toda su población diana, ya que es una herramienta de intervención propia de la FC, útil para el usuario, eficaz para el servicio de salud y con una relación beneficio/coste razonablemente alta.

³³⁵ Correo Farmacéutico, 30 de julio de 2018: *Enfocando al domicilio. Hay dos claves en la atención interdisciplinar domiciliaria: que la administración la favorezca y que los sanitarios rompan sus desconfianzas* (https://www.correofarmaceutico.com/opinion/carta-al-director/enfocando-al-domicilio.html).

empezar a asumir una cruda realidad: que la fantasía de que podía aprobarse una Ley de ordenación farmacéutica que torciera la mano a la legislación básica del Estado, con la que había ido de la mano de la Consejería de Sanidad, empezaba a desvanecerse:

La farmacia no puede seguir haciendo pilotos y permitiendo que la sigan acusando de intrusismo. La farmacia comunitaria está pagando la falta de acuerdos básicos en materia de sanidad. ³³⁶

Es cierto que, frente a estas actitudes pragmáticas, existen organizaciones con políticas muy agresivas y unilaterales que no hacen sino dificultar este necesario proceso de diálogo. Y no menos cierto que desde el Ministerio de Sanidad solo se están realizando anuncios retóricos que van en una u otra dirección dependiendo de cuáles sean los anfitriones o invitados en cada ocasión: aunque entienden que hay que dispensar un trato deferente a todas las organizaciones del sector farmacéutico, porque este como un todo es muy poderoso, nunca se han tomado en serio el movimiento de la AF, de ahí que parezca una quimera pensar en que se vayan a tensar las relaciones con otras organizaciones o sectores para realizar las modificaciones legales que serían imprescindibles.

Y sin embargo, es preciso avanzar hacia una legislación de mínimos que sirva al tiempo como paraguas, marco, suelo y techo para desarrollos locales en los servicios públicos de salud, tratando de resolver los problemas reales allí donde se detecten posibles deterioros que amenacen con agravar el diagnóstico de situación.

³³⁶ Diariofarma, 13 de noviembre de 2018: *No podemos seguir haciendo pilotos y que nos sigan acusando de intrusos* (https://www.diariofarma.com/2018/11/13/no-podemos-seguir-haciendo-pilotos-y-que-nos-sigan-acusando-de-intrusos).

