

¿Centros de Atención Primaria y farmacias comunitarias o un ámbito integrado de atención comunitaria?: la experiencia del barrio de la Barceloneta

J.L. Segú Tolsa

Farmacéutico del Centro de Atención Primaria de la Barceloneta. Barcelona.

La correcta gestión de los medicamentos en los sistemas de salud supone garantizar el acceso a los necesarios, que de su utilización se derive el máximo beneficio sanitario y el mínimo riesgo y que, además, todo ello lo consigamos a un coste razonable. Conseguir estos objetivos no es únicamente tarea de los médicos prescriptores. Son muchos los agentes que tienen una implicación importante en la cadena del medicamento y, por tanto, conseguir los objetivos planteados supone un esfuerzo multidisciplinario que incluye a médicos, enfermeros, farmacéuticos e, incluso, a los propios pacientes. Las oficinas de farmacia comunitarias son un eslabón imprescindible, relevante y poco tenido en cuenta en nuestro sistema de salud.

En el presente artículo se describe una experiencia de trabajo conjunto entre un centro de Atención Primaria y las oficinas de farmacia comunitaria de un barrio de Barcelona. Se incluyen en el mismo una descripción de las dinámicas que dieron lugar a esta relación, los programas conjuntos que se desarrollan, las resistencias que han tenido que vencerse y el beneficio, sobre todo para la población y los profesionales, que han derivado de un trabajo conjunto e integrado.

Palabras clave: oficina de farmacia comunitaria, Atención Primaria, integración clínica.

The correct management of medications in the health care systems means guaranteeing access to the medications necessary, that their use results in the maximum health care benefit and minimum risk and that, in addition, all is achieved at a reasonable cost. Achieving these objectives is not only a task of the prescribing physicians. There are many agents that have an important implication in the drug chain and, thus, achieving the objectives established means a multidisciplinary effort that includes physicians, nurses, pharmacists and even the patients themselves. The community pharmacy offices are an essential link, which is relevant and not very considered in our health care system.

In the present article, a combined work experience between a Primary Health Care center and the community pharmacy offices of a neighborhood of Barcelona is described. A description is included of the dynamics that gave rise to this relationship, the joint programs that are developed, the resistances that have to be overcome and the benefit, above all for the population and the professionals that have resulted from a joint and integrated work.

Key words: community pharmacy office, Primary Health Care, clinical integration.

INTRODUCCIÓN

Integrar, en el ámbito sanitario, debe entenderse desde un punto de vista conceptual y operativo como “el mecanismo por el cual los diferentes agentes, profesionales o dispositivos asistenciales que prestan servicios a un ciudadano, tienen y comparten los mismos objetivos de atención y sitúan, a ese ciudadano, como centro del sistema”. La integración, por tanto, nada tiene que ver con la propiedad

o la titularidad de los diferentes dispositivos de atención, ni con la titulación de los profesionales, ni con el nivel asistencial en el que ejercen.

Hoy en día no parece necesario defender algo tan evidente, como es que los diferentes agentes que interactúan sobre las demandas de salud de las personas deben entenderse, coordinarse y ponerse de acuerdo para obtener de cada uno un valor añadido que mejore el resultado de la atención. No obstante este planteamiento continúa siendo, como muchas de las cosas que marca el sentido común, un “discurso” cuya práctica no es habitual.

Las oficinas de farmacia comunitaria (OFC) son visualizadas en muchos casos por el resto de profesionales sanitarios, como un entorno que únicamente tiene relevancia

Correspondencia: J.L. Segú.
Centro de Atención Primaria de la Barceloneta.
Pg. Maritim s/n.
08007 Barcelona.
Correo electrónico: lsegu@saludyorganización.com

en la distribución de los medicamentos que se prescriben en ámbitos asistenciales “médicos” o, dicho de otra forma, como la “expendeduría” de especialidades farmacéuticas. Bajo esta visión puede parecer incluso normal que se critique en muchas ocasiones el coste asociado a la cadena de distribución del medicamento que suponen las oficinas de farmacia. En pocas palabras, “parece que cuestan mucho para lo poco que aportan”.

No obstante, el papel de las OFC como agentes de salud de una población, realizando actividades asistenciales complementarias o alternativas a la dispensación de medicamentos es, guste o no, un hecho asumido por la población. La capacidad profesional, la accesibilidad, la notable integración de estos servicios en la comunidad, la importancia cuantitativa y cualitativa del medicamento y la confianza que generan estos profesionales entre los usuarios hace que su coordinación con los dispositivos asistenciales médicos sea no sólo deseable sino conveniente.

ENTORNO

El Centro de Atención Primaria (CAP) de la Barceloneta proporciona cobertura asistencial de servicios de Medicina General, Enfermería, Pediatría, Odontología y Especialidades (Ginecología, Dermatología, Oftalmología, Traumatología, Reumatología, Otorrinolaringología, Neumología, Cardiología y Digestología) a una población de 18.421 habitantes del barrio del mismo nombre de la ciudad de Barcelona. La integración de médicos especialistas y la existencia de programas internos de formación y trabajo asistencial conjunto con los médicos generales, hacen que este dispositivo tenga un nivel de resolución alto (únicamente un 3% de las visitas acaban siendo derivadas a las consultas externas del hospital de referencia) y que, por tanto, la mayor parte de la terapia farmacológica instaurada en los habitantes de esta comunidad sea responsabilidad directa del centro.

En el barrio de la Barceloneta existen, también, 8 OFC regentadas por igual número de farmacéuticos comunitarios. Las farmacias comunitarias están perfectamente integradas en el barrio, llevan todas ellas una larga historia de ejercicio profesional en esta zona de la ciudad de Barcelona que tiene, por otro lado, características bastante diferenciales con el resto de la urbe. Es una zona aislada, económica y socialmente deprimida, con una población muy envejecida (30% mayor de 65 años) y dependiente, pero también con un elevado grado de acción y participación social.

Las características geográficas y sociales de este barrio hacen que su población utilice mayoritariamente los dispositivos asistenciales próximos. Así, prácticamente el 100% de la población del barrio utiliza los servicios de Atención Primaria y Especializada del CAP y de las 8 OFC.

RELACIÓN ENTRE EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LAS OFICINAS DE FARMACIA COMUNITARIA

Desde hace 8 años, el CAP está trabajando conjuntamente y de forma coordinada con las ocho oficinas de farmacia

del barrio. Inicialmente la relación consistía en la realización de sesiones clínicas mensuales con los farmacéuticos para consensuar pautas de utilización de medicamentos y homogeneizar información general o de campañas específicas. Posteriormente se han ido desarrollando elementos y proyectos conjuntos de mayor complejidad.

Se dispone desde hace más de 6 años de mecanismos de comunicación e interconsulta entre médicos y farmacéuticos y estos últimos tienen acceso directo telefónico con cualquiera de los médicos de cabecera del centro y con enfermería.

La política de selección de medicamentos del CAP, sean o no genéricos, está también consensuada con los farmacéuticos, de forma que se homogenizan las pautas de actuación tanto en la prescripción derivada de los médicos del CAP como en la inducida por el nivel especializado o la generada por los propios farmacéuticos (OTC —medicamentos que no requieren prescripción médica—). De hecho, en muchos casos, las prescripciones derivadas de urgencias o consultas externas hospitalarias que modifican pautas crónicas son derivadas por los farmacéuticos al CAP para su confirmación antes de dispensarlas y la dispensación de productos de mostrador se adapta a las pautas habituales de prescripción consensuadas.

Desde enero del año 2001 se viene desarrollando un programa de seguimiento de crónicos desde las OFC que incluye a 1.500 pacientes hipertensos y/o diabéticos diagnosticados en el CAP que en su momento eligieron hacer sus respectivos controles de evolución de constantes y de la patología en las oficinas de farmacia del barrio, en lugar de utilizar las consultas de enfermería. Un aspecto a resaltar es que el CAP remunera a las OFC este servicio en forma de un pago fijo por visita (el número de visitas se programan a principio de año por procesos como se hace con enfermería) y una parte variable en función de resultados.

Desde el año 2002 se desarrolla también un programa de prevención e identificación de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) que ha permitido detectar y resolver más de 1.800 PRM potenciales y reales en un año.

Finalmente, desde mayo de este año se ha iniciado un programa de sistema personalizado de dosificación que incluye en estos momentos a más de 50 pacientes seleccionados conjuntamente entre los profesionales de medicina, enfermería y farmacia en función de criterios predefinidos.

Todos estos programas están implantados de forma sistemática, han sido o están siendo evaluados por el equipo asistencial, y todos ellos han obtenido en buena parte los objetivos planteados. Así los crónicos atendidos en OFC han mejorado su comparecencia a las visitas de control y la unidad de enfermería del centro ha podido dirigir recursos excedentes a programas prioritarios (incumplimiento terapéutico, etc.), se han detectado y corregido numerosos PRM, algunos de los cuales con consecuencias potenciales graves para la salud de los usuarios y, finalmente, se está mejorando en algunas subpoblaciones la adhesión a las terapias instauradas desde el CAP.

¿POR QUÉ SE EMPEZÓ?

Podríamos tener la tentación de decir aquí que la relación entre el CAP y las OFC se inició por una voluntad conjunta de entendimiento y porque todas las partes eran conscientes de la necesidad de coordinarse. Pero decirlo así sería parcialmente falso. Es obvio que existía un sustrato integrador tanto en el colectivo farmacéutico como en la Dirección del CAP, pero el paso, como siempre en la vida, se dio por necesidad y sin prever ni planificar hasta dónde se podría llegar.

El CAP inició en el año 1994 unos programas de racionalización de la prescripción de forma unilateral y no tardó demasiado tiempo en darse cuenta de que esta unilateralidad incorporaba problemas de información serios. No se le puede pedir a un profesional como el farmacéutico de OFC que responda a preguntas como ¿por qué me han cambiado este medicamento o por qué me han suprimido este otro?, si a este profesional no se le ha explicado nada y desconoce el motivo de los cambios. Esta situación provocaba en el mejor de los casos problemas de información al usuario y hasta de información contradictoria. También es relevante resaltar que este programa afectaba de forma directa a los ingresos económicos de los farmacéuticos del barrio, ya que en 6 meses se redujo un 26% la prescripción y un 24% el gasto.

El único mérito que se nos puede reconocer en ese momento es que delante de una situación en la que se produjeron algunos malos entendidos y que fácilmente podía derivar en enfrentamiento, se optó por el entendimiento. Dicho sea de paso, tampoco es poco mérito con los tiempos que corren. La opción seguida desde el CAP fue iniciar contactos con los farmacéuticos que llevaron a la realización de sesiones clínicas dirigidas, inicialmente, a explicar y discutir los criterios que utilizamos a la hora de seleccionar medicamentos: ¿por qué éstos y no otros?, ¿por qué limitábamos el uso de determinados fármacos?, o ¿por qué sustituíamos algunos fármacos por otros?

Este proceso iniciado puntualmente para solventar un problema se sistematizó, dando lugar a que también los farmacéuticos explicaran qué hacían y qué podían hacer. Una cosa llevó a la otra y, como es bien sabido, lo más complicado para entenderse es conocerse y empezar a hablar. Una vez iniciado el proceso y disponiendo de una mínima mentalidad abierta lo demás viene rodado, interconsulta, acceso directo telefónico al médico, programas de crónicos, detección de PRM, sistemas de dosis personalizada y, en general, todo aquello que por ambas partes pudiera suponer en primer lugar una mejora tangible de las condiciones de trabajo y del ejercicio profesional y derivado de ello un beneficio asistencial a la población del barrio.

¿QUÉ RESISTENCIAS HAY QUE VENCER?

Nuestra experiencia nos lleva a considerar dos tipologías de resistencias, la primera implícita en la condición humana y derivada básicamente de la desconfianza y el desconocimiento y la segunda operativa o instrumental. Las

primeras son las relevantes, ya que las segundas se suelen solucionar con recursos o con buena voluntad.

Los condicionantes más relevantes que nosotros hemos observado y que resultan una resistencia a vencer son los siguientes:

1. Infravaloración de capacidades: los médicos de cabecera y enfermería tienen una cierta desconfianza respecto de las capacidades de los farmacéuticos, los ven como tenderos cualificados y difícilmente piensan que puedan aportar algo que no aporten ellos.

2. Falta de perspectiva de los procesos de atención: nuestros profesionales médicos, gracias fundamentalmente a su formación, suelen pensar que la demanda de atención se resuelve con su actuación técnica (¿una vez diagnosticado e instaurado el tratamiento adecuado, qué más hay que hacer?). Olvidamos fácilmente que detrás de ese proceso hay muchos otros factores que pueden complicar el resultado: otros médicos decidiendo cosas, otros profesionales decidiendo cosas, el propio paciente decidiendo cosas, las incapacidades del propio paciente para asumir los tratamientos, etc., y que no se puede dominar todo desde la consulta. Desde esta perspectiva es habitual que tampoco se reconozca la existencia de otros profesionales que en determinados aspectos están en mejor situación para actuar sobre algunos elementos del proceso.

3. Condiciones económicas diferenciales: los farmacéuticos son visualizados en muchos casos por el resto de profesionales sanitarios como los privilegiados económicos del sistema ("tomo yo las decisiones, ellos sólo envuelven un paquete y cobran más que yo").

4. Miedo: cuando se visualiza que el farmacéutico puede aportar cosas se pasa del desprecio al miedo, ¿si puede aportar puede quitarme funciones? Entra en juego el estímulo corporativo, instinto ampliamente arraigado en nuestro entorno.

5. Sentimiento de inferioridad y actitud pasiva o contemplativa: los farmacéuticos por su parte presentan en algunos casos un cierto sentimiento de inferioridad profesional, les cuesta arrancar, hay que empujarlos. También es cierto que en algún caso hay quien piense entre ellos que mejor continuar haciendo las cosas sin implicarse, así todo aquello que hago de más es un mérito de buena voluntad y no una función relevante, pactada y sobre la que se pueden pedir cuentas.

6. Actitud de los pacientes, clientelismo y diferentes niveles de confianza: otro elemento que se percibe desde los dispositivos médicos en los farmacéuticos es un cierto nivel de clientelismo o, dicho de otra manera, miedo a ser catalogado por el usuario como "chivato" delante del médico. Es típico, por ejemplo, en la detección de incumplimiento terapéutico primario (el paciente que va a la farmacia con 10 recetas y dice que 4 no se las dé). Delante de esta situación tenemos la tendencia a culpar al farmacéutico de no cumplir con su deber profesional, sin embargo, también nos solemos olvidar de preguntarnos ¿por qué el usuario tiende a engañarnos?, ¿qué hacemos mal para que eso ocurra?

7. Competencia entre OFC: finalmente hay que reconocer una barrera importante en las oficinas de farmacia como es la posible competencia entre ellas. Podría entenderse como bueno o malo pero puede generar situaciones de conflicto entre las OFC que pueden dificultar las actuaciones.

Estas reticencias no se salvan en dos días y aun hoy, después de más de 6 años de trabajo conjunto, aparecen periódicamente coletazos derivados de problemas puntuales. No es raro, pasa y pasará siempre, ya que estamos hablando, en el fondo, de procesos de convivencia humana y profesional.

Respecto a los problemas operativos, es cierto que son los menos relevantes, pero es importante solventarlos para que no distorsionen los beneficios potenciales y sobre todo para que no dificulten las relaciones profesionales.

En nuestro caso, el que podríamos catalogar como más acuciante es el relacionado con la disponibilidad de información compartida y el registro y transmisión de información. Sin entrar en valoraciones, relevantes sin duda, sobre aspectos legales o derivados de los derechos de salvaguarda de la confidencialidad, es indudable que compartir sistemas de información que facilitaran al farmacéutico el registro de datos relevantes, la generación de avisos al médico sobre el historial del paciente o acceso a información relevante de la historia clínica del paciente, mejoraría exponencialmente el valor de sus actuaciones y la coordinación con el equipo.

Somos conscientes de estar tocando un tema complicado y sensible y evidentemente hay que hacerlo bien, en el buen sentido de la palabra, pero también creemos que si es importante para el propio paciente comunicarnos y compartir información clínica desde diferentes niveles o por diferentes profesionales del entorno asistencial, ¿por qué no desde la farmacia?

ELEMENTOS DE AYUDA O FAVORECEDORES

Entre los elementos que en nuestro caso podemos considerar como facilitadores del proceso destacaríamos los siguientes:

1. Aspectos estructurales de la zona: el barrio de la Barceloneta se comporta casi como un entorno rural en lo referente a la concentración de la demanda en los dispositivos propios.

2. Relación entre las farmacias: las 8 OFC de la Barceloneta han optado por la cooperación frente a la competencia. No existen problemas relevantes entre ellas y toman las decisiones conjuntamente (guardias, vacaciones, políticas de compra, etc.). La competencia existe pero delante de un conflicto prevalece el valor del entendimiento. Este mismo clima ha favorecido que sean todas las farmacias del barrio las que participen en los proyectos. Evidentemente no todas lo hacen con la misma intensidad, pero lo hacen.

3. Predisposición por parte del CAP: en nuestro caso ha sido casi siempre el CAP el que ha iniciado las dinámicas. Ello implica sin duda una cierta voluntad de aproximación

y un reconocimiento implícito del valor que podrían aportar las OFC.

4. Capacidad de coordinación y evaluación: la presencia en el CAP de un farmacéutico de Atención Primaria, si bien no se puede considerar el desencadenante del proceso, sí ha facilitado el seguimiento, la coordinación, la posibilidad de solventar problemas puntuales y la evaluación de los procesos.

5. Evaluación objetiva: si bien no ha sido una condición inicial, sí se tuvo claro desde el principio que la mejor manera de responder a “juicios de valor” es disponer de la información y los datos que permitan poner encima de la mesa de forma tangible y numérica qué obtenemos de bueno y de malo de esta relación. Es conveniente, por no decir imprescindible, poder pasar, con el tiempo, del “creemos que puede ir bien” al “sabemos qué es lo que va bien y estamos solventando lo que va mal”.

6. Capacidad de decisión: el CAP de la Barceloneta es un entorno de autogestión que dispone de los recursos y de capacidad de decisión sobre los mismos. Ello no es condición necesaria para desarrollar este tipo de proyectos, pero creemos que los facilita. La opción, por ejemplo, de pagar a los farmacéuticos por los servicios que nos prestan es lo lógico, ya que de hecho hemos tomado la decisión de “externalizar” esos servicios y “compararlos” a las farmacias, sin embargo, eso que parece lógico nos sería difícil de realizar si no tuviéramos una elevada capacidad de decisión sobre los recursos.

REFLEXIONES FINALES

La coordinación o integración del CAP de la Barceloneta con las OFC no ha sido un proceso sencillo, pero tampoco especialmente complicado. Seguramente lo más difícil ha sido el primer paso, conocerse y hablarse, ya que ha permitido vencer los elementos de resistencia más peligrosos, la desconfianza y el miedo.

El marco de relación establecido aporta a todos los implicados beneficios tangibles e intangibles. Una mayor capacidad de actuación, más recursos para solventar problemas, un alto grado de satisfacción de los profesionales y, finalmente, mejores resultados asistenciales para la población. En definitiva estamos mucho mejor de como estábamos antes.

Lo dicho anteriormente no quiere decir que no existan y surjan problemas, pero lo cierto es que estamos en sintonía para solventarlos sin que “la sangre llegue al río”. También es cierto que no todos los individuos han respondido igual ni en el CAP ni en las OFC, y que éste es un aspecto que no nos es indiferente y que no escondemos al grupo, ya que por lo menos en la parte objetiva del proyecto se evalúa individualmente la respuesta y se expone colectivamente dando lugar a consecuencias correctoras.

Ya hemos expresado que no todo en el proyecto desarrollado en la Barceloneta es extrapolable. Hay características propias del barrio, del CAP o de las OFC que han podido favorecer de forma clara el desarrollo de muchas de

las acciones. No obstante, lo que sí creemos que es extrapolable es el concepto de integración utilizado, los beneficios del mismo que pueden derivarse en la atención a una comunidad y el valor añadido que se aporta cuando se plantean y se operativizan objetivos comunes.

En definitiva, simplemente hablándonos, dos colectivos profesionales que actúan sobre los mismos pacientes, he-

mos llegado a conseguir, sin ser demasiado conscientes ninguno de los implicados, desarrollar una experiencia casi única (por lo menos cuantitativamente) en nuestro sistema nacional de salud.

Valdría la pena reflexionar sobre esto último, ¿por qué algo que es de sentido común es casi único y merece un artículo en una revista como ésta?