

Oficinas de farmacia y centros de salud: podemos trabajar juntos. Una experiencia de colaboración

E.J. Cervera Barba^a, J. Sagredo Pérez^b, M.C. Martín González^c, G. Heras Salvat^b, E. Peña Rodríguez^b, T. Suárez del Villar Acebal^b, J.C. Estévez Muñoz^b, E. Aguilar Hurtado^b, A. Molina Cabañero^b y M.L. Linares López^b

^aUnidad de Docencia, Formación e Investigación. Área 7 de Atención Primaria. Madrid.

^bEAP General Fanjul. Área 7 de Atención Primaria. Madrid.

^cLicenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria.

OBJETIVOS. Como objetivo principal, mejorar la calidad de la prescripción y dispensación de fármacos a los pacientes de nuestra zona de salud. Objetivos secundarios, fomentar el conocimiento entre miembros del equipo de Atención Primaria y farmacéuticos comunitarios de la zona; realizar un programa de formación continuada en las patologías más comunes y revisar los fármacos utilizados; y aumentar la accesibilidad recíproca para solventar los problemas derivados de la prescripción y dispensación.

MÉTODOS. Programa de formación continuada con sesiones mensuales de actualización en temas clínicos, revisión de la evidencia científica de los fármacos y consenso de protocolos de actuación. Se evaluó la utilidad del programa de formación continuada mediante una encuesta de satisfacción con respuestas graduadas de 1 (muy mal) a 5 (muy bien).

RESULTADOS. De febrero de 1999 a junio de 2002 se desarrollaron 32 sesiones. Acudió una media de 11,2 farmacéuticos (rango de 8 a 18) y 14 miembros del equipo de Atención Primaria (rango de 7 a 22). En la encuesta, los farmacéuticos valoraron positivamente la experiencia: los temas y los ponentes (media: 4,5), la utilidad del programa de formación continuada en su labor cotidiana (4,25), la comunicación y la unidad de criterios (4,37), el beneficio a los pacientes (3,5) y la satisfacción global por la actividad (4,5). En las mismas cuestiones, las medias respectivas de los profesionales del equipo de Atención Primaria fueron: 4,15; 3,25; 3,84; 3,28 y 4. La accesibilidad telefónica aumentó y favoreció la resolución de problemas con recetas desde las oficinas de farmacia.

CONCLUSIÓN. La colaboración entre farmacéuticos y los equipos de Atención Primaria es satisfactoria y puede mejorar la calidad de la atención a la población en relación con el uso de fármacos.

Palabras clave: farmacia, oficina de farmacia, farmacéutico comunitario, colaboración.

OBJECTIVES. Main objective, improve the quality of drug prescription and dispensation to patients in our health zone. Secondary objectives, promote knowledge between Primary Health Care team members and area community pharmacists, perform a continuing education program in the most common diseases and review the drugs used, and increase reciprocal accessibility to solve the problems derived from prescription and dispensation.

METHODS. Continuing education program with monthly up-dating sessions in clinical subjects, review of the scientific evidence of the drugs and up-dating protocol consensus. The use of continuing education program was evaluated by a satisfaction survey with graded responses from 1 (very bad) to 5 (very good).

RESULTS. From February 1999 to June 2002, 32 sessions were carried out. A mean of 11.2 pharmacists (range from 8 to 18) and 14 Primary Health Care team members (range from 7 to 22) came. In the survey, the pharmacists positively assessed the experience: the subjects and speakers (mean: 4.5), utility of continuing education program in its daily work (4.25), communication and criteria unity (4.37), benefit to the patients (3.5) and global satisfaction for the activity (4.5). In the same questions, the respective means of the Primary Health Care team professionals were: 4.15, 3.25, 3.84, 3.28 and 4. Telephone accessibility increased and favored the solution of problems with prescriptions from the pharmacy offices.

CONCLUSIONS. Collaboration between pharmacists and Primary Health Care team is satisfactory and can improve the quality of care to the population in relationship with drug use.

Key words: pharmacy, pharmacy office, community pharmacists, collaboration.

Correspondencia: E.J. Cervera Barba.
Unidad de Docencia, Formación e Investigación.
Área 7 de Atención Primaria
C/ Espronceda, 24, 4.º.
28003 Madrid.

INTRODUCCIÓN

Los farmacéuticos que trabajan en las oficinas de farmacia, denominados farmacéuticos comunitarios, son agentes de salud dentro de la comunidad¹. Por su accesibilidad y cer-

canía son, en muchas ocasiones, el primer y a veces único contacto del usuario con un agente sanitario. Entre sus capacidades destacan la elaboración, conservación y dispensación de medicamentos; la vigilancia del cumplimiento terapéutico en pacientes crónicos y de la aparición de interacciones medicamentosas o de síntomas de alarma en patologías conocidas o emergentes²⁻⁵; la realización de pruebas diagnósticas sencillas (medición de tensión arterial, peso, glucemia y colesterolemia capilares) y el consejo de actuación y tratamiento ante patologías menores⁵. Por su situación en la comunidad, son de gran ayuda para conocer el ámbito sociofamiliar de nuestros pacientes y para influir sobre ellos mediante el consejo de salud⁶.

Son varias las razones que dificultan la comunicación entre profesionales⁷, por lo que la relación con ellos se limita habitualmente a la receta médica y es frecuente que trabajemos en el olvido mutuo cuando no desde la crítica y el enfrentamiento^{8,9}.

El objetivo común de ambos grupos profesionales es la mejora de la salud del paciente⁸. ¿Podemos trabajar juntos en beneficio de nuestros usuarios comunes? Estamos convencidos de que sí. A continuación presentamos una experiencia de colaboración durante más de cuatro años entre el Equipo de Atención Primaria (EAP) General Fanjul y los farmacéuticos de la zona.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro EAP atiende a una población de 19.850 habitantes en el sudoeste de Madrid capital. Está compuesto por 42 personas, entre ellas 11 médicos de familia, dos pediatras y 11 enfermeros. En la zona están ubicadas 12 oficinas de farmacia atendidas por licenciados en Farmacia y sus empleados, algunos también farmacéuticos.

El centro de salud se inauguró en octubre de 1998 y la población adscrita procedía de la reconversión de 10 cupos de facultativos de modelo tradicional. El cambio de médicos y sus nuevos perfiles de prescripción provocaron recelos en la población, por lo que consideramos útil la colaboración con los farmacéuticos de la zona para favorecer el cumplimiento terapéutico y la adaptación a dichos cambios.

El primer contacto se produjo de forma fortuita al acudir al centro una de las farmacéuticas a resolver problemas de sellado de recetas y constatar el interés mutuo por establecer contacto entre el EAP y los farmacéuticos.

En febrero de 1999 mantuvimos una reunión inicial a la que asistieron 22 miembros del EAP y 18 farmacéuticos de la zona y de zonas adyacentes. Esta presentación permitió conocer los deseos y expectativas de trabajo común y elaborar un proyecto de colaboración con el objetivo general de mejorar la calidad de la atención a nuestros usuarios-clientes, asumiendo conjuntamente la responsabilidad sobre la salud de nuestra población.

Los objetivos específicos del proyecto eran: 1) Fomentar el conocimiento entre agentes de salud de la zona. 2) Homogeneizar criterios de prescripción y dispensación de fármacos en las patologías más habituales. 3) Aumentar

la accesibilidad recíproca para solventar de manera rápida y efectiva los problemas derivados de la prescripción y dispensación. 4) Posibilitar proyectos comunes ulteriores (intervenciones sobre la comunidad, educación para la salud, investigación, etc.).

Iniciamos un programa de formación continuada (PFC) consistente en la realización, con periodicidad mensual, de sesiones clínicas con exposición y coloquio sobre temas que son causa frecuente de consulta en la oficina de farmacia y el centro de salud. En dichas sesiones se aclaraban conceptos, se revisaba la evidencia científica de los fármacos de los principales grupos terapéuticos implicados y se consensuaban unas líneas básicas de actuación clínica. Después del coloquio se comentaban casos de usuarios-clientes comunes, alertas farmacéuticas, novedades o bajas en el arsenal terapéutico, nuevas normas de tramitación de recetas, etc., y se solucionaban problemas de sellado o cumplimentación de las mismas.

En algunas sesiones trabajamos sobre casos clínicos en grupos mixtos de profesionales, y cada cual exponía el manejo del caso desde el punto de vista de su perfil profesional. En repetidas ocasiones se solicitó la colaboración de las farmacéuticas para sospechar y captar casos de enfermedades o factores de riesgo y actuar mediante el consejo o la derivación al centro de salud.

La tabla 1 muestra los temas desarrollados con sus contenidos hasta junio de 2003. En junio de 2002 realizamos una encuesta de satisfacción sobre las 32 sesiones realizadas hasta entonces. De ellas, excluida la organizativa inicial, 27 fueron preparadas por profesionales del EAP (22 por médicos solos, dos por enfermeros solos, dos por ambos juntos y una por un fisioterapeuta); tres por una de las farmacéuticas comunitarias; y otra por el farmacéutico del área.

A las reuniones acudió un número variable de farmacéuticas (media de 11,2; rango de 8 a 18) junto con los médicos y enfermeros del EAP (media de 14; rango de 7 a 22).

El cuestionario para valorar la satisfacción y la utilidad del PFC para todos los grupos profesionales implicados constaba de once preguntas (fig. 1), tres abiertas y ocho con respuesta graduada de 1 (muy mal) a 5 (muy bien), en la que se solicitó la opinión de los participantes en seis temas: la idoneidad de los temas expuestos y los ponentes (preguntas una y dos), la utilidad del PFC en la labor cotidiana (pregunta tres), si consideraban que había favorecido la comunicación entre profesionales (pregunta 4), el impacto sobre la unidad de criterios entre profesionales y la percepción que de ello pudieran tener los usuarios-clientes (preguntas 5 y 6), el posible beneficio sobre ellos (preguntas 7 y 8) y la satisfacción global por la actividad (pregunta 9). Además se solicitaron iniciativas para futuros temas y sugerencias (preguntas 10 y 11). El cuestionario se envió por correo a las 12 oficinas de farmacia de la zona, por razones de mejor accesibilidad, y se administró a los 23 miembros del equipo implicados en el PFC durante una de las reuniones de equipo. Los resultados de cada cuestión los agrupamos y comparamos con las medias.

Tabla 1. Calendario de sesiones formativas

Fecha	Título	Ponente	Contenidos
2/99	Objetivos y programación	M, E, F	Establecer objetivos y programar actividades
3/99	Hipertensión arterial	M y E	Conceptos. Validez de los aparatos de automedida. Conducta ante una urgencia hipertensiva
4/99	Ética de la prescripción y dispensación. UTB	M	Principios éticos profesionales. Fármacos de utilidad terapéutica baja
5/99	Diarreas	M	Conceptos. Protocolo de actuación. Papel de los antiperistálticos y antibióticos
6/99	Genéricos y copias	M	Clarificar diferencias. Establecer preferencias
6/99	Evidencia científica de los fármacos más prescritos	Farmacéutico del área	Analizar las indicaciones de prescripción de los fármacos de los principales grupos farmacoterapéuticos
10/99	Infecciones respiratorias	M	Conceptos. Protocolos de actuación. Papel de los antibióticos
11/99	Dispepsia (1)	M	Conceptos. Actuación ante molestias digestivas. Fármacos antiácidos, antisecretores y protectores
12/99	Dispepsia (y 2)	M	
2/00	Insomnio	M	Conceptos. Hipnóticos. Higiene del sueño
3/00	Requisitos para la correcta dispensación	F	Normas para la cumplimentación de recetas de fármacos y productos de farmacia. Productos con visado
4/00	Osteoartritis	M	Conceptos. Analgésicos, AINE y otras terapias
5/00	Trastornos del comportamiento alimentario	M	Conceptos. Solicitud de colaboración en la captación de nuevos casos
6/00	Climaterio	M	Conceptos. Tratamientos hormonales y sintomáticos
6/00	Osteoporosis	M y E	Conceptos. Medidas higiénico-dietéticas. Trabajo por casos clínicos en grupos profesionales mixtos
10/00	Métodos naturales de regulación de la fertilidad (1)	M	Fisiología de la fertilidad femenina. Observación de los signos de fertilidad e infertilidad
11/00	Síndromes dolorosos de la columna vertebral	Fisioterapeuta	Lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias. Diagnóstico y manejo. Papel de la fisioterapia
12/00	Métodos naturales de regulación de la fertilidad (y 2)	M	Principales métodos. Tasas de efectividad y fallo. Consejo en problemas de infertilidad
1/01	Diabetes mellitus (1)	M	Introducción. Conceptos. Evolución y complicaciones
2/01	Diabetes mellitus (2)	M	Nuevas insulinas
3/01	Fitoterapia	F	Bases metodológicas. Principales tratamientos. Fitoterápicos
4/01	Educación para la salud en diabéticos	E	Papel de la dieta y las medidas higiénico-dietéticas. El consejo al paciente diabético
5/01	Diabetes mellitus (3)	M	Tratamientos. Asociaciones y combinaciones de fármacos
6/01	Diabetes mellitus (4)	M	Casos prácticos de tratamientos
10/01	Heridas y quemaduras	E	Tratamientos para las curas locales
11/01	Homeopatía	F	Bases de los tratamientos homeopáticos. Principales medicamentos
1/02	Diabetes mellitus (y 5)	M	Diabetes gestacional. Complicaciones materno-fetales
2/02	Alcoholismo	M	Proyecto de asociación para alcohólicos. Exposición del servicio "Consulta del joven" (Cartera de Servicios)
3/02	Medicamentos en el embarazo	M	Clasificación de fármacos según los efectos en el feto
4/02	Fármacos en la lactancia	M	Uso de medicamentos durante la lactancia
5/02	Tabaquismo. Proyecto de colaboración	M	Colaboración entre centro de salud y oficinas de farmacia para el abordaje del tabaquismo
	Enfermedad de las "vacas locas" (1)		Encefalitis víricas. Introducción
6/02	Enfermedad de las "vacas locas" (y 2)	M	Encefalitis víricas
10/02	Trastornos afectivos (1)	M	Depresión
11/02	Dispensación de genéricos (1)	F	Grupos de fármacos EFG dispensados en las farmacias
1/03	Trastornos afectivos (y 2)	M	Otros trastornos afectivos
4/03	Dispensación de genéricos (y 2)	F	Grupos de fármacos EFG dispensados en las farmacias
5/03	Síndrome respiratorio agudo grave	M	El SRAS. Clínica y diagnóstico. Manejo de la sospecha diagnóstica
6/03	Menopausia	M	Ginecólogo invitado. Climaterio

M: médico; E: enfermera; F: farmacéutico; UTB: fármacos de utilidad terapéutica baja; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; EFG: especialidad farmacéutica genérica.

Las siguientes preguntas pretenden conocer la utilidad para nosotros de los encuentros mantenidos en este tiempo, con el fin de mejorar la planificación y el desarrollo de los del año próximo. Para todas las respuestas usaremos una escala del uno (1) al cinco (5), de la siguiente manera:

1. Muy malo;	muy mal;	nada
2. Malo;	mal;	poco
3. Aceptable;	adecuado;	suficiente
4. Bueno;	bien;	bastante
5. Muy bueno;	muy bien;	mucho

Señala con un círculo la respuesta elegida:

- 1) Sobre los temas tratados en las reuniones, ¿fueron oportunos, interesantes?
1 2 3 4 5
- 2) Los ponentes de los temas y el tiempo dedicado a ellos fueron:
1 2 3 4 5
- 3) ¿Te han servido estos encuentros en tu labor cotidiana en la consulta/oficina de farmacia?
1 2 3 4 5
- 4) ¿Crees que ha aumentado la comunicación entre farmacéuticos y médicos de la zona?
1 2 3 4 5
- 5) ¿Crees que hemos aunado criterios de prescripción y dispensación de fármacos?
1 2 3 4 5
- 6) ¿Crees que los usuarios han captado esta unidad de criterios comunes?
1 2 3 4 5
- 7) ¿En qué grado piensas que se han beneficiado de estas reuniones nuestros usuarios?
1 2 3 4 5
- 8) ¿Podrías explicar las razones de la respuesta anterior?
- 9) Globalmente, tu grado de satisfacción por estos encuentros es:
1 2 3 4 5
- 10) ¿Qué temas te gustaría abordar en las siguientes reuniones?
- 11) ¿Tienes alguna iniciativa o sugerencia más?

Figura 1. Encuesta de satisfacción.

RESULTADOS

Los resultados de la encuesta se representan en la figura 2.

Recibimos nueve cuestionarios de los farmacéuticos (75%). En conjunto, todos valoraron como positiva la experiencia. Las medias fueron: sobre la idoneidad de los temas expuestos y los ponentes: 4,89 y 4,33 (media: 4,61); sobre la utilidad de la actividad en su labor cotidiana: 4,56; si consideraban que había favorecido la comunicación: 4,56; su opinión sobre si el PFC había aumentado la unidad de criterios entre médicos y farmacéuticos y si es-

to había sido captado por los pacientes: 3,89 y 3,56 (media: 3,73); el posible beneficio a los usuarios-clientes: 4,44; y la satisfacción global por la actividad: 4,67.

Los farmacéuticos opinaron que los usuarios-clientes se habían beneficiado del PFC por varias razones. Cuatro de ellos, porque recibían la misma información y consejo sobre sus patologías o medicación en el EAP y la oficina de farmacia; otros cuatro porque los usuarios-clientes constataban la buena relación existente entre médicos y farmacéuticos; y finalmente, tres por la posibilidad de solucionar dudas sobre las prescripciones en el mismo momento en que el paciente se encontraba en la oficina de farmacia. Otras razones mencionadas fueron: la posibilidad de detectar y captar en la oficina de farmacia factores de riesgo cardiovascular y otras patologías, que los pacientes iban menos al centro de salud por solucionárseles las dudas desde la oficina de farmacia, y que se favorecía el cumplimiento terapéutico. Los farmacéuticos además sugirieron 12 nuevos temas para futuras sesiones y señalaron la posibilidad de organizar mesas redondas y protocolizar con detenimiento algún tema de interés común.

Los profesionales del EAP (n = 14, 61%) también consideraron la experiencia como enriquecedora. Sobre los temas y los ponentes, las medias respectivas fueron: 3,93 y 3,71 (media: 3,82). Acerca de si el PFC les había servido en su labor cotidiana: 3,23; el aumento de comunicación: 4; la mayor unidad de criterios entre médicos y farmacéuticos y su percepción por los pacientes: 3,14 y 2,93 (media: 3,04); el beneficio para los pacientes: 3,43; y la satisfacción global: 3,57. Cinco de los profesionales consideraban útiles las sesiones para los pacientes porque recibían la misma información y actuación desde el EAP y la oficina de farmacia. Para uno, el control de la tensión arterial en la farmacia le era de ayuda en su labor cotidiana. Otro expresó que los pacientes confiaban más en sus criterios cuando los avaló su farmacéutica habitual. Los profesionales del EAP sugirieron dos temas para futuras sesiones.

DISCUSIÓN

La colaboración entre agentes de salud para la actuación sobre la población es uno de los pilares de toda intervención sobre la comunidad¹⁰. Criterios de información o ac-

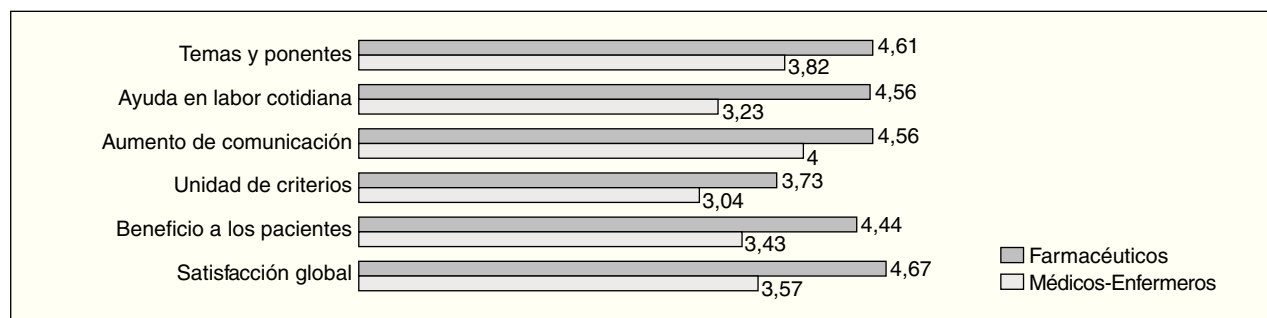


Figura 2. Resultados de la encuesta.

tuación dispares transmitidos a la población por diferentes agentes de salud pueden crear desorientación, déficit en el cumplimiento de los tratamientos y riesgo de automedicación, así como deterioro de las relaciones de los profesionales con el usuario y de la relación entre profesionales.

Los farmacéuticos comunitarios, por su accesibilidad, formación científica y la confianza que suscitan en los usuarios, son un elemento valioso en la planificación de estrategias de prevención y promoción de la salud de la población¹¹. Desde la Declaración de Tokio de 1993, en que se impulsaron actividades para la prevención y promoción de la salud y de educación poblacional desde las oficinas de farmacia, numerosos documentos han avalado el uso y utilidad de estas prácticas. Entre ellos destaca el consenso que en enero de 1997 realizaron en Cataluña el Departamento de Sanidad, los colegios oficiales de farmacéuticos y 13 sociedades científicas, en que se planificaron 13 actividades, 10 consejos de salud (uso de medicamentos, prevención de enfermedades de transmisión sexual [ETS] y sida, consejo sobre cribado de cáncer de cérvix y mama, entre otros) y tres actividades de cribado (hipertensión arterial, hipercolesterolemia y exceso de peso) para desarrollar desde las oficinas de farmacia¹². Recientemente, también en Cataluña, se ha instaurado un programa conjunto para reducir el uso de antibióticos¹³. La deshabituación tabáquica ha sido objeto de la actuación de los farmacéuticos con éxito¹⁴. También existen ejemplos de educación para la salud a grupos de pacientes impartidos por farmacéuticos comunitarios¹⁵ y con una amplia gama de materiales y cauces de información¹⁶. La atención farmacéutica, –hoy en controvertido debate¹⁷⁻¹⁹–, entendida como colaboración entre profesionales para mejorar la atención al usuario, también obtiene resultados clínicos satisfactorios para el paciente^{7,20}.

Por otra parte, los pacientes perciben a los farmacéuticos y las oficinas de farmacia más cercanos y familiares que el médico y el centro de salud, de servicio más accesible y ágil. Consideran a los farmacéuticos cualificados para resolver problemas de salud menores e identifican en la práctica sus funciones con las de la Atención Primaria²¹. El farmacéutico desempeña también un papel moderador para racionalizar la automedicación y en algunos estudios se observa que los pacientes reciben medicación por prescripción del farmacéutico en pocas ocasiones²¹⁻²³, en contra de lo que a veces suponemos los médicos.

Su papel como reforzadores del consejo de los médicos favorece el cumplimiento terapéutico^{3,24}, a pesar de ello apenas tenemos en cuenta esta capacidad para encauzarla en beneficio de nuestros pacientes: por ejemplo, en una mesa redonda sobre cumplimiento terapéutico de un congreso médico nacional no se citó en ninguna ocasión el papel de los farmacéuticos o la oficina de farmacia²⁵. La mayoría de los miembros de nuestro EAP y de las farmacéuticas consideraron útiles los encuentros para nuestros usuarios-clientes porque unificamos criterios de prescripción y dispensación de fármacos y se favorecía el refuerzo en los consejos de salud.

Por todo lo expuesto previamente y por su función de asesores farmacológicos para los médicos, se ha suscitado el deseo de comunicación y colaboración entre ambos colectivos^{6,26-30} y, en otros países, ya hay experiencias de centros de salud donde los farmacéuticos trabajan como un miembro más del equipo dispensando fármacos y asesorando a los médicos con mayor frecuencia en comparación con el funcionamiento tradicional de farmacéuticos comunitarios y centros de salud clásicos^{31,32}.

El contacto casual con las farmacéuticas de nuestra zona (venían a resolver problemas de sellado de recetas), el deseo mutuo de conocernos y colaborar, y su situación previa como grupo ya compacto (se reúnen mensualmente para comer), favorecieron la puesta en marcha de esta actividad cuando iniciábamos nuestra labor con la población de la zona. La propuesta fue inicialmente muy bien acogida (hasta 18 farmacéuticas, cuando sólo 8 con oficina de farmacia en la zona son asistentes habituales), y actualmente la asistencia y colaboración son estables.

Los temas, inicialmente elegidos por miembros del EAP, se fueron adecuando a sus demandas de formación, especialmente dirigidos a manejar problemas clínicos o consultas en temas de salud que frecuentemente se atienden en la oficina de farmacia y según la prevalencia de presentación estacional de algunas patologías. Las farmacéuticas consideraron útiles los temas para su desenvolvimiento cotidiano (media de 4,56). En este sentido, la adecuada formación de las farmacéuticas podría ser útil para conseguir en los pacientes una conducta de seguridad en el manejo de sus patologías menores consultadas directamente en la oficina de farmacia.

Pero aunque están claras las potenciales ventajas de la colaboración, la actitud más frecuente entre profesionales del centro de salud y la oficina de farmacia es el aislamiento profesional o la crítica mutua. Habitualmente la razón que invocan los médicos enfrentados a los farmacéuticos es el mercantilismo³³⁻³⁵. En una encuesta realizada a 161 farmacéuticos y 98 médicos sobre la posibilidad de colaborar juntos, los médicos sobrestimaron su pretendida buena relación con los farmacéuticos. Las razones significativas de la ausencia de colaboración fueron: por parte de los médicos, que no deseaban ninguna intromisión, y por la de los farmacéuticos, que opinaban que no era parte de su trabajo. Otras razones no significativas invocadas fueron la falta de tiempo o de oportunidades de conocerse, el temor de no estar adecuadamente capacitados, el conflicto de intereses (incluidos los comerciales) y experiencias previas de colaboración negativas. Los farmacéuticos infravaloraban la utilidad de su consejo a los médicos y opinaban que sería rechazado; sin embargo, los médicos podrían estar más predispuestos a la colaboración de lo que los farmacéuticos parecían suponer³⁶.

Hemos constatado que a pesar de que algunos temas han afectado a los intereses comerciales de las oficinas de farmacia, la colaboración y la asistencia a las sesiones no se mitigaron. Es el caso de los fármacos de utilidad terapéutica baja (UTB) y los genéricos (EFG). Nuestro centro tiene actualmente uno de los mejores indicadores del área de

salud en UTB y EFG, aunque la situación inicial no era tan favorable. El refuerzo de nuestro criterio por la farmacéutica cuando se retiraba un UTB o se cambiaba un fármaco EFG ha sido decisivo. Asimismo, en ocasiones han sido ellas las que han tomado la iniciativa de cambiar a un fármaco EFG cuando los pacientes acudían directamente a por fármacos prescritos en la urgencia hospitalaria.

Aunque el proyecto inicial era que las sesiones fueran impartidas al 50% entre profesionales del EAP y farmacéuticas (desarrollando nosotros la parte clínica y ellas la farmacológica), hasta ahora todas excepto tres han recaído en los primeros. Las farmacéuticas adujeron sentirse poco preparadas para exponer temas en público y desarrollar temas clínicos. La dinámica de algunas sesiones fue de trabajo por grupos mixtos de 6 u 8 profesionales donde todos comentaban el manejo de un caso clínico común desde sus respectivas funciones y localizaciones, y posteriormente se hacía una puesta en común y el ponente principal aclaraba la resolución del caso. En línea con el clima de confianza que se ha creado, concluimos juntos las sesiones de Navidad y verano con un cóctel. Además, las farmacéuticas asistieron a las jornadas científicas que organizaba nuestro área de salud y presentaron con el EAP los resultados preliminares de nuestra colaboración.

La receta médica es actualmente el principal cauce de comunicación entre profesionales. En un documento conjunto elaborado por sociedades científicas de Australia se hacía énfasis en la necesidad de mantener una adecuada comunicación y proponían recomendaciones para usar la receta como cauce de información, introduciendo nuevas abreviaturas y siglas, así como la comunicación por teléfono. Finalmente aconsejaban el respeto mutuo entre profesionales³⁷. En nuestro caso, fue la resolución de problemas de sellado la que originó el contacto inicial y las farmacéuticas resaltaron como mayor beneficio de nuestros encuentros la posibilidad de acceso telefónico con el centro, en la mayoría de los casos para solucionar problemas con las recetas. Existen otros ejemplos en la literatura de los beneficios para el paciente del contacto telefónico entre profesionales⁷.

No hemos encontrado bibliografía referente a experiencias similares a la desarrollada ni a los posibles resultados sobre la población, aunque sí de otras experiencias de colaboración.

En un estudio realizado en el Reino Unido en el que los farmacéuticos comunitarios reforzaron con visitas domiciliarias el cumplimiento terapéutico de pacientes de riesgo y posteriormente encuestaron a médicos, incluidos los responsables de aquellos pacientes, las opiniones de estos últimos eran significativamente favorables en cuanto a la percepción del potencial beneficio para el paciente de la función del farmacéutico, la sospecha más realista de falta de cumplimiento entre sus pacientes y el cambio de actitud para que el farmacéutico fuera un miembro del equipo (18% al 82%)³⁸.

Existen 17 proyectos diferentes de colaboración en Reino Unido y seis modelos de interacción de los farmacéuticos sobre las prescripciones, entre ellos, por ejemplo, la re-

visión conjunta de las medicaciones por el médico y el farmacéutico para identificar problemas (en el 48% de ellas existían) o la revisión de todos los fármacos que el paciente tiene en casa y el consejo al paciente y su médico responsable, al respecto³⁹.

En España se realizó una experiencia piloto de Atención Farmacéutica en Hipertensión en el que a pesar del escaso número de oficinas de farmacia que concluyó el estudio (13, el 17%), se inició la captación y detección de hipertensos en casi 300 individuos, más de 200 recibieron consejo y educación para la salud y en 24 (5% de los incluidos) se consiguió rebajar las cifras de presión arterial fruto del seguimiento conjunto⁴⁰.

Las medias de todos los apartados de la encuesta son superiores en las farmacéuticas que en los profesionales del EAP. Lo atribuimos al carácter extraordinario que para las farmacéuticas supone reunirse con el EAP y recibir formación fuera de su horario y lugar de trabajo cotidiano, y por lo que de habitual supone una sesión formativa para los profesionales del EAP. No obstante, ambos colectivos puntuaron con 4 o superior la satisfacción global por la actividad. Las medias más bajas se obtuvieron en el apartado del posible beneficio para nuestros usuarios-clientes, en ambos casos superiores a tres.

Aunque no hemos medido cuantitativamente el impacto de nuestra colaboración sobre la población, la mayoría de los profesionales involucrados constatamos por comentarios de los pacientes que éstos percibieron:

1) Una mayor y mejor accesibilidad entre oficina de farmacia y centro de salud, al tener posibilidad de consultar por teléfono en el momento en que estaba el paciente en la oficina cualquier duda sobre la prescripción.

2) Una mayor unidad de criterios entre colectivos al sentir respaldada nuestra prescripción o retirada de fármacos por el igual criterio de la farmacéutica.

3) En la etapa inicial, tras la inauguración del centro de salud, la revalorización de la figura del médico al saber que éramos conocidos y apreciados por su farmacéutica habitual.

Durante este año hemos continuado el PFC, realizando cinco sesiones más hasta junio de 2004.

Cuando dos profesionales trabajan juntos cada uno adquiere conciencia y aprecio por la función del otro, lo cual redundará en beneficio mutuo y, en último término, de los pacientes³².

AGRADECIMIENTOS

A todas las farmacéuticas comunitarias de nuestra zona, sin quienes no hubiera sido posible este proyecto.

A Sofia Garrido por sus acertadas indicaciones en la orientación final del manuscrito.

A Maite Villegas y a Laboratorios Bayvit por su colaboración en facilitarnos bibliografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boutwell H, Garner DD, Smith MC. A future model for community pharmacy practice. *J Am Pharm Assoc* 1974;14:31-3.
2. The pharmacist's role. *Lancet* 1984;2:298-9.

3. Shane R. The health care puzzle: where does pharmacy fit? *Am J Health Syst Pharm* 1997;54:2503-5.
4. Baugher DR. Community pharmacy practice in the year 2000. *Drug Intell Clin Pharm* 1975;420-5.
5. Barbero A, Álvarez de Toledo F. Respuesta a un análisis crítico sobre la atención farmacéutica. *SEMERGEN* 2002;28:51-3.
6. Roberts MS, Stokes JA. Prescriptions, practitioners and pharmacists. *Med J Aust* 1998;168:317-8.
7. Uribe G, Martínez de la Hidalga G. Médicos y farmacéuticos: éxitos y fracasos de colaboración profesional. *SEMERGEN* 2002;28:86-8.
8. Gervas J. Médicos y farmacéuticos: un mismo objetivo, una forma de trabajo distinta. *SEMERGEN* 2001;27:233-4.
9. López Abuin JM. Fortalecer o debilitar al médico de cabecera. *SEMERGEN* 2000;26:295-6.
10. Salleras Sanmartí L, Prat Marín A, Garrido Morales P. Métodos y medios de educación sanitaria. En: Piédrola Gil G. et al, editores. *Medicina Preventiva y Salud Pública*, 9ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A., 1994; p. 1052-62.
11. Paluck EC, Stratton TP, Eni GO. Community pharmacists participation in health education and disease prevention activities. *Can J Public Health* 1994;85:389-92.
12. Guayta R, Taberner JL. Prevención y promoción de la salud en la oficina de farmacia. *FMC* 1999;6:38-41.
13. <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,222973,00.html>
14. Quintas Rodríguez AM, Camacho JE, Barbero González JA. Deshabitación tabáquica desde la farmacia comunitaria. *Aten Primaria* 2000;26:693-6.
15. Windle MJ, Moore RL, Gourley DR, Anderson RJ. The community pharmacy as a health education center. *Am Pharm* 1981;NS21(7):22-5.
16. Morris LA, Moore SR. Patient education materials provided by community pharmacies. *Am Pharm* 1983;NS23(11):21-4.
17. Declaración de la OMC sobre la Atención Farmacéutica. 13-diciembre-2003. Disponible en: <http://www.cgcom.org>
18. Costas Lombardía E. Análisis crítico de la atención farmacéutica. *Medicina General* 2000;25:591-8.
19. Barbero A, Álvarez de Toledo F. Respuesta a un análisis crítico sobre la atención farmacéutica. *SEMERGEN* 2002;28:51-3.
20. Machuca M, Romero L, Gutiérrez L, Machuca M. Sequedad de boca por antidepressivos. *SEMERGEN* 2001;27:566-8.
21. Llanes de Torres R, Aragón Peña A, Sillero Quintana MI, Martín Ríos MD. ¿Ir al centro de salud o bajar a la farmacia? Las oficinas de farmacia como recurso de atención primaria. *Aten Primaria* 2000;26:11-5.
22. Gervas J. Sobre la prescripción inducida. *Aten Primaria* 1995;15:473-4.
23. Moral Serrano S, Aguarón Joven E, Adán Gil FM, Pons Pons L, Baquer Masgrau A, Viejo Navarro L. ¿Se automedican correctamente los pacientes? *Aten Primaria* 1994;13:242-6.
24. Koecheler JA, Sfeir JI, Wilson B. Out-come-focused counselling program for quality assurance in ambulatory care. *Am J Hosp Pharm* 1990;47:2020-22.
25. Galperín J, Gené Badía J, Spann S, Agrest A. Adherencia al tratamiento. XVI Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria. *Aten Primaria* 1996;18(Supl 1):93-101.
26. Frank JT. Doctors and pharmacists. *N Engl J Med* 1972;287:940.
27. Gelb JJ. Prescriptions, practitioners and pharmacists. *Med J Aust* 1998;169:448.
28. Ford S, Jones K. Integrating pharmacy fully into the primary care team. *BMJ* 1995;310:1620-1.
29. Ford S. Community pharmacy. *Br J Gen Pract* 1994;44:534-5.
30. Gasbarro RD. Ask your pharmacist. *N Eng J Med* 1976;294:1015.
31. Lecca PJ. The free health center concept and pharmacy services. *J Am Pharm Assoc* 1973;13:15-7.
32. Harding G, Taylor K. Pharmacies in health centers. *J R Coll Gen Pract* 1998;38:566-7.
33. Ford S. The community pharmacist. *J R Coll Gen Pract* 1989;39:348-9.
34. Fortes Álvarez JL. Atención primaria, televisión y educación sanitaria. *Aten Primaria* 1997;20:395.
35. Ibarra Sánchez A. Estudio sobre la prescripción desde la oficina de farmacia en la consulta médica. *Aten Primaria* 1994;14:753-4.
36. Nathan A, Sutters CA. A comparison of community pharmacists' and general practitioners' opinions on rational prescribing, formularies and other prescribing related issues. *J R Soc Health* 1993;113:302-7.
37. Royal Australian College of General Practitioners and Pharmaceutical Society of Australia. General practitioners and pharmacists interprofessional communication. *Aust Fam Physician* 1994; 23: 1544-6.
38. Roberts DK. A domiciliary clinical pharmacy service. *J R Soc Health* 1987;107:172-7.
39. Bradley CP, Taylor RJ, Blenkinsopp A. Developing prescribing in primary care. *BMJ* 1997;314:744-7.
40. INSALUD-COF Madrid. Atención Farmacéutica en Hipertensión. Experiencia piloto en el Área 3 de Atención Primaria del INSALUD de Madrid. Documento interno. Abril 1998.