

Ponencias y conferencias

CONFERENCIA INAUGURAL

La autonomía del paciente, eje de la relación con los profesionales sanitarios

Victoria Camps Cervera

Presidenta del Comité de Bioética de España

Como es sabido, la bioética trata de las dimensiones éticas que se presentan en el ámbito de la salud humana y los tratamientos médicos. El desarrollo científico-técnico, así como la emergencia y el reconocimiento de nuevos valores éticos, ponen de manifiesto la necesidad de tener en cuenta que no todo lo técnicamente posible es moralmente correcto y que la protección de la salud es, ante todo, un servicio a la persona y a su calidad de vida. Curiosamente, la función del farmacéutico ha merecido poca atención por parte de la bioética, lo que no significa que no sea un campo que requiere reflexión y discusión, como ocurre con la relación clínica o con la investigación biomédica.

Lo primero que hay que hacer es enmarcar la función del farmacéutico en el contexto de la evolución que ha experimentado la relación sanitaria en general. Una relación cada vez menos paternalista, que debería avanzar hacia una mayor confianza entre el profesional sanitario y el paciente.

En la base de tal cambio relacional tenemos, por una parte, los valores morales que se reconocen como principios de la bioética: la beneficencia, la autonomía y la justicia. A ello hay que añadir una concepción de la medicina que incluye la prevención en el tratamiento de la enfermedad, y otro valor creciente en nuestras sociedades: el cuidado.

De la misma forma que la medicina ha evolucionado y ampliado sus finalidades, también debe hacerlo la función del farmacéutico. A la dispensación de medicamentos como única función hay que añadir la del cuidado de la persona que acude a la farmacia no sólo a comprar un medicamento, sino en busca de consejo. Redefinir dicha función no es fácil si no se cuenta, al mismo tiempo, con la cooperación del resto de profesiones sanitarias. Ningún cambio importante en nues-

tras sociedades puede llevarse a cabo sin la convivencia de todos los implicados y afectados.

La consideración del papel del farmacéutico desde la ética equivale a plantearse en qué debe consistir la responsabilidad social del farmacéutico, que deberá ir dirigida sobre todo hacia el paciente, con el objetivo de cooperar en la mejora de su salud y de su calidad de vida.

MESA 2

Atención farmacéutica desde diferentes ámbitos profesionales: propuesta de experiencias

Atención farmacéutica a pacientes institucionalizados desde atención primaria

Marciana Alodia Gómez Rodríguez

Farmacéutica de Atención Primaria. Área de Salud de Badajoz

Cuando en España hablamos de atención primaria (AP), nos vienen a la mente las estructuras más básicas del Sistema Nacional de Salud, pero también es AP la que se desarrolla en las oficinas de farmacia.

Nuestra experiencia se desarrolla en un centro de atención a la dependencia (CAD) de la Junta de Extremadura, que cuenta con más de 100 pacientes, en su inmensa mayoría con demencias, y un equipo formado por 2 médicos, 12 enfermeras, 1 trabajadora social y 54 auxiliares de enfermería.

El proyecto consistía en poner en marcha un depósito de medicamentos para abastecer a los pacientes-residentes desde el hospital de referencia (Complejo Hospitalario Universitario «Infanta Cristina» de Badajoz). Durante todo el proceso contamos con la colaboración del servicio de farmacia hospitalaria del citado hospital.

Nuestro trabajo se desarrolló en dos vertientes claramente diferenciadas: por un lado, la adecuación de un espacio físico y de materiales apropiado para albergar los medicamentos y productos sanitarios que debíamos

pedir al hospital y, por otro, el que nos ocupa y nos preocupa, la atención a los pacientes.

Tras las presentaciones y explicaciones oportunas al equipo del CAD, nos pusimos manos a la obra. El equipo nos proporcionaba las historias clínicas de los pacientes, unas más completas que otras, en algunos casos inexistentes, y la hoja de tratamiento.

Con estos datos, las 3 farmacéuticas encargadas del proyecto, con la ayuda de un programa informático elaborado por un compañero nuestro, pudimos conocer las necesidades de los pacientes en cuanto a su farmacoterapia. El problema surgió cuando comprobamos –algo que todos conocéis– que los hospitales disponen de una guía farmacoterapéutica, que aprueba la Comisión de Farmacia y Terapéutica, en la que no se contemplan todos los medicamentos que se emplean en tratamientos crónicos. Para solventar esto, por una parte, el servicio de farmacia hospitalaria nos proporcionó su Programa de Intercambiable Terapéutico y nos asesoró en todo momento en su manejo y, por otra, se estableció un turno entre las oficinas de farmacia de la zona básica de salud para el suministro de los medicamentos que no estaban disponibles en el hospital.

Pero no nos podíamos conformar con esto. Ya que disponíamos de la información farmacoterapéutica de los pacientes, debíamos intentar ayudarles en lo que nosotros conocemos: el medicamento.

Realizamos diferentes propuestas al médico: cambio de forma farmacéutica, cambio a una dosis más segura, monitorización, duplicidad, cambio a un fármaco más seguro, reacción adversa prevenible, desabastecimientos y, por último, cambio a fármaco más coste-efectivo y supresión por utilidad terapéutica baja o valor intrínseco bajo.

Nos centramos en la adecuación de las formas farmacéuticas, pues pensamos que en las personas institucionalizadas, y más aún en las dependientes, es un verdadero problema, y así fue. Comenzamos por pedir a enfermería un listado de pacientes a los que se les trituraba la medicación y, efectivamente, más del 60% de los pacientes tomaban algún medicamento triturado. También pedimos un listado de los pacientes portadores de una sonda nasogástrica; lógicamente éste fue más reducido, pero comprobamos que en ambos casos se debía estudiar la medicación de estos pacientes para

determinar la forma de administración más adecuada. Nos encontramos que se trituraban medicamentos con formas farmacéuticas muy sofisticadas (podríamos explicar anécdotas de todo tipo). En estos casos, proponíamos al médico el cambio de forma farmacéutica, a la vez que hacíamos una corrección de la dosis y la pauta para mantener la farmacocinética del fármaco. De todo lo que hemos comentado hasta ahora, tuvimos que establecer circuitos que mantuviesen la información al día. Como todos sabéis, la hoja de tratamiento y la misma historia clínica son documentos variables; pueden cambiar de un día para otro sustancialmente, y el farmacéutico de AP debe tenerlo en cuenta tanto para el suministro como para el seguimiento de la medicación.

Aprovechamos nuestra estancia en el CAD para proporcionar una información activa y pasiva a los demás profesionales en cuanto a medicamentos.

La misión de toda intervención sanitaria es disminuir en una magnitud clínicamente relevante los riesgos¹ basales graves y moderados de un individuo, sin que como consecuencia de esa intervención se le añada un daño tal que iguale o supere el de su situación inicial. Asumiendo la responsabilidad de esa misión, lo que nos quedaría por hacer en este centro sería investigar si realmente nuestras intervenciones farmacéuticas tienen una repercusión en la salud de los pacientes. Pero, como sabéis, esto sí que responde al lema del Congreso: es un desafío para el farmacéutico respecto a la salud del siglo XXI.

Contado así, resulta muy bonito, y parece que Extremadura tenga este tema encauzado. Pero no es así. Son todavía proyectos aislados que se ven dificultados por la dualidad de funciones (salud pública y uso racional de medicamentos) a las que está sometido el farmacéutico de los equipos de atención primaria. Aunque tengo que decir que, gracias a nuestro compañero Galo Agustín Sánchez Robles, la Ley de Farmacia de Extremadura recoge en su título IV la Ordenación Farmacéutica

¹No hay que confundir «riesgo» con «factores de riesgo». Actualmente hay 104 «factores de riesgo cardiovascular», que son asociaciones estadísticas entre tales factores y los «riesgos». Los factores de riesgo son asociaciones estadísticas, y no las causas, por lo cual la intervención artificial sobre ellos no significa inequívocamente que disminuirá el riesgo con el que está asociado estadísticamente.

en los Centros Sociosanitarios (artículos 58, 59 y 60), y sería necesario y conveniente que se reglamentase, de acuerdo con el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Extremadura.

Dispensando con la historia farmacéutica

Teresa Eyaralar Riera

Farmacéutica de Carbayín Alto (Asturias)

Desde 1995 se ha tratado de implantar la atención farmacéutica (AF) en España, definiendo procesos y poniendo las herramientas necesarias a disposición de los farmacéuticos.

En el año 1995, Heppler nos propuso en Alcalá de Henares el cambio y nos ilusionó: investigamos sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM), sobre cómo hacer AF y sobre los costes, publicamos multitud de artículos, nos agrupamos/asociamos en torno a la AF, impartimos múltiples cursos de formación sobre AF, elaboramos consensos y constituimos el Foro de AF.

En el año 2010, Heppler señalaba que 20 años después del famoso artículo «Oportunidades» los pacientes siguen teniendo PRM y los farmacéuticos seguimos sin dar el paso definitivo: resolverlos. Indicaba que la AF no puede ser una respuesta a nuestras necesidades profesionales, sino a una necesidad social objetiva, y se puede actuar sobre ella desde una práctica profesional bien estructurada.

Se ha hecho un esfuerzo importante al respecto, pero la realidad es que sigue sin haber una implantación, y todavía a la mayoría de los farmacéuticos les resulta difícil trabajar con pacientes. La dispensación ha mejorado, pero su nivel no es suficiente para evitar que los pacientes tengan problemas con sus tratamientos. El seguimiento farmacoterapéutico (SFT) sólo es viable para determinados pacientes y modelos de farmacia. La consulta de indicación no se vincula al paciente, con todas las limitaciones y riesgos que esto implica.

El sector reivindica el acceso a la historia clínica por considerarlo una fuente de información clave para la práctica de la AF: la mejora de estos servicios podría vincularse a la disponibilidad de la historia clínica del paciente

El acceso a la historia clínica del paciente para realizar una dispensación con una calidad más o menos acep-

table todavía no es posible, así que se propone como alternativa elaborar una historia de atención farmacéutica (HAF). Para que la HAF sea operativa, los programas informáticos han de permitir que desde la pantalla de dispensación se acceda a la historia del paciente, facilitando que automáticamente se actualice el archivo de los medicamentos dispensados y se registre la información generada en cada visita. Con esta información el farmacéutico tendrá una idea más global de cada uno de sus pacientes habituales. Así, la entrevista al paciente durante la dispensación se estructura en función de los cambios que pueda haber en su tratamiento habitual y los datos registrados durante la visita anterior más próxima.

Si partimos de la premisa de que los pacientes tienen necesidades y problemas con los tratamientos, desde la forma de administración correcta a los efectos adversos, contraindicaciones, interacciones, etc., si creemos que prevenir problemas es más eficiente y ético que esperar a que ocurran para luego resolverlos, si la experiencia nos dice que el momento clave es el encuentro farmacéutico/paciente cuando se inicia o hay un cambio de tratamiento durante la dispensación, si las estrategias de trabajo que hasta ahora habíamos puesto en marcha no dan respuesta a los problemas de nuestros pacientes o son sólo unos pocos los que se benefician, si tenemos la certeza de que los farmacéuticos desde las oficinas de farmacia deben y pueden prestar el servicio profesional que complementa el de otros profesionales sanitarios para conseguir el nivel más adecuado posible de efectividad y seguridad de los tratamientos, si creemos que los farmacéuticos comunitarios no deberían ser especialistas en determinados grupos de medicamentos y que tienen que ser generalistas, como el médico de atención primaria (tener la visión global de cada paciente a partir del conocimiento de todos los tratamientos), tendremos que replantearnos cómo nos tenemos que adaptar y optimizar nuestras herramientas de trabajos y conocimientos.

Un poco de mi historia profesional como titular de la farmacia de Carbayín Alto

En el año 1997 empezamos a trabajar con pacientes. La forma habitual de trabajo con los registros de los pacientes era en formato papel. Los datos para registrar y

la estrategia de trabajo fueron la base de la investigación TOMCOR.

TOMCOR fue el punto de partida, y desde entonces la evolución ha sido continua, hasta llegar a la situación actual, en que disponemos en la farmacia de la historia de AF informatizada de todos nuestros pacientes.

Componentes de la historia de atención farmacéutica

- Medicamentos activos y problemas de salud asociados. Datos necesarios para la evaluación de todo el tratamiento del paciente y poder establecer situaciones de riesgo específicas.
- Registro de visita: cambios en el tratamiento, registro de los resultados de la entrevista y registro de la actuación profesional. Se registra también información relevante aportada por el paciente (p. ej., analíticas, informes de alta en urgencias o especialistas, alta hospitalaria...).
- Histórico de dispensaciones.
- Enfermedades.
- Actuación profesional: intervenciones farmacéuticas, notificación a farmacovigilancia.
- Documentación bibliográfica.

Fases de la elaboración de la historia de atención farmacéutica con Nixfarma Oracle

1. Elaboración del fichero de pacientes: a partir del fichero de clientes o creación de nuevos pacientes desde la pantalla de dispensación.
2. Actualización de la historia desde la pantalla de dispensación:
 - Histórico de dispensaciones.
 - Histórico de visitas.
3. Se establecen situaciones de riesgo según el perfil de cada paciente, la comorbilidad y los medicamentos que toma.

Proceso de dispensación con receta

1. Pantalla de dispensación Nixfarma.
2. Se accede a la ficha del paciente y se coteja la concordancia entre las recetas prescritas y su tratamiento habitual.
3. Se accede a la visita anterior mas próxima y, en función de la información allí registrada, se estructura la entrevista.

4. Si hubiera algún cambio en el tratamiento o una información relevante, se abrirá un nuevo registro, en el que quedará constancia de los cambios, la actuación profesional llevada a cabo, las dudas del paciente, etc.
5. Se evalúan las situaciones de riesgo *in situ* y se decide la estrategia profesional.
6. Se asigna la dispensación al paciente, y de esta forma quedan registrados automáticamente los medicamentos dispensados.
7. Si hubiera cambios en el tratamiento crónico, se actualiza, se definen nuevas situaciones de riesgo y se completan los conocimientos biotécnicos del farmacéutico.
8. Los informes aportados se escanean con permiso del paciente y se archivan en carpetas específicas creadas para tal fin.
9. Para las IF y las notificaciones se crean códigos específicos y se insertan en el histórico de dispensaciones.

Registro y evaluación de todas las actuaciones profesionales demandadas en la farmacia comunitaria

Rosa Prats Más

Farmacéutica comunitaria de Denia (Alicante)

El conocimiento cuantitativo de los servicios que se demandan en la farmacia comunitaria podría ser un paso importante para el desarrollo de la atención farmacéutica (AF), ya que conociendo lo que se hace y registrando los servicios realizados, se puede valorar y planificar para mejorarlos. Toda mejora en la calidad asistencial del paciente pasa por la implantación o desarrollo de la AF.

La presente ponencia pretende describir todas las actuaciones profesionales (AP) que se realizan como respuesta a las demandas solicitadas por los usuarios en la farmacia comunitaria.

Objetivos

1. Diseñar un sistema de registro de todas las AP que se realizan en la farmacia comunitaria.
2. Describir todas las AP que se realizan como respuesta a las demandas realizadas por los usuarios en la farmacia comunitaria.

Metología

Método para el primer objetivo

Se diseñó un sistema de registro inicial utilizando el sistema de gestión disponible en las farmacias participantes en el estudio (FARMATC[®]).

Después de realizar un estudio piloto durante 15 días y los ajustes necesarios, se creó la herramienta definitiva. Los requisitos básicos que se persiguieron para su diseño fueron los siguientes:

- Registrar todas las AP demandadas por el usuario de la farmacia, en el mismo momento en que se están resolviendo.
- Recopilar la máxima información para cada AP.
- Mantener la agilidad en su resolución.

Se evaluaron las AP que era necesario registrar, en función de su demanda o por estar contempladas en el Consenso de AF: dispensación con receta, indicación, automedicación, consultas y ventas. Dentro de cada una se incluyen los registros para definir mejor la actuación realizada, incluso las posibles incidencias en su proceso.

Método para el segundo objetivo

Se trataba de un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado durante un periodo de 6 meses en dos farmacias comunitarias de Denia (Alicante). La población de estudio se contabilizó a partir de todas las demandas de servicio que realizaron los usuarios de ambas farmacias. La variable de estudio fue la AP: cada uno de los servicios demandados por el usuario en la farmacia comunitaria, como la dispensación, la indicación, la automedicación, las consultas y las ventas. La fuente de información fue el registro de todas las AP realizadas mediante la herramienta adaptada al programa de gestión de la farmacia (FARMATIC[®]). En la realización de las actuaciones farmacéuticas se siguió el protocolo de Foro.

Resultados

Primer objetivo: sistema de registro definitivo

El sistema de registro consiste en la introducción en el sistema informático de una serie de códigos de trabajo nuevos (artículos, aportaciones y despleables) que ayudan a registrar las actuaciones profesionales reali-

zadas, de forma ágil y dinámica en el mismo momento en que se realizan.

Incorporaciones como aportaciones

Indicación farmacéutica. Todo medicamento, planta medicinal, producto o venta cero que lleve las siguientes siglas en su aportación, refleja que ha sido dispensado por indicación farmacéutica:

- IC: indicación de un medicamento o solo consejos, con sus recomendaciones.
- IM: indicación de un medicamento y/o derivación al médico, con sus recomendaciones.
- IS: indicación de un medicamento y/o derivación a seguimiento, con sus recomendaciones.

Automedicación. Todo medicamento, planta medicinal, producto o venta cero que lleve las siguientes siglas en su aportación es una automedicación solicitada por el paciente:

- A: automedicación adecuada.
- AC: automedicación con recomendaciones o consejos.
- AM: automedicación y/o derivación al médico, con sus recomendaciones.
- AS: automedicación y/o derivación a seguimiento, con sus recomendaciones.

Sustitución de una automedicación. Todo medicamento, planta medicinal, producto o venta cero que lleve estas siglas en su aportación es una sustitución a la demanda de automedicación, por no ser adecuada al problema de salud que refiere:

- SC: sustitución de automedicación y/o recomendaciones o consejos.
- SM: sustitución de automedicación y/o derivación al médico.
- SS: sustitución de automedicación y/o derivación a seguimiento.

Incorporaciones como artículos

Artículo denominado «VC» (venta cero). Refleja que se ha hecho una AP sin dispensación o venta.

Artículo denominado «CPE» (consejos añadidos en parafarmacia, ortopedia y/o dietética).

Artículo denominado «Fórmulas». Refleja la dispensación de una fórmula o preparado oficial.

Artículo denominado «Dispensación». Este artículo se añade como un producto más, para reflejar que se ha realizado una o varias dispensaciones al paciente que estamos atendiendo. No pretende cuantificar el número de medicamentos dispensados, sino la acción asistencial de dispensación al paciente.

Incorporaciones como parrilla desplegable

Es un desplegable para definir la incidencia en la dispensación:

- Dispensación sin incidencias.
- Incidencia por:
 - Necesitar información personalizada del medicamento.
 - Requerir consejos higiénico-dietéticos.
 - Abrir episodio de seguimiento.
 - Surgir una alerta que notificamos al servicio de farmacovigilancia.
 - Derivar al médico.
 - No dispensar.

Segundo objetivo

En el estudio se realizaron 30.617 AP, de las cuales el 42% corresponde a la dispensación con receta de medicamentos. Se registró también el tipo de incidencia, si la hubiera, entre 6 posibilidades. Un 33% de todas las AP fueron demandas de automedicación, y se definió su forma de abordarla entre 9 opciones. El 9% fueron indicaciones realizadas, con 6 opciones de abordarla. Las consultas realizadas al farmacéutico fueron un 7% del total. También se registraron las actuaciones que no requerían un asesoramiento profesional (un 10%).

Del total de AP que se realizan en las farmacias del estudio, el 90% se han considerado farmacéuticas. El 83% de todas las AP realizadas en la farmacia comunitaria son de dispensación de medicamentos, homeopatía o fitoterapia. El volumen de AP que no necesitan receta en las farmacias de estudio es de casi un 59% del total, y el 42% son actuaciones bajo prescripción médica.

Conclusiones

El sistema de registro diseñado sirve para cuantificar y describir las AP que se demandan en la farmacia comunitaria, sin perder la agilidad necesaria en la práctica farmacéutica diaria.

En una de cada cuatro dispensaciones con receta se detecta una incidencia, y en las automedicaciones en una de cada cinco; con ello se interrumpe en ambos casos el proceso de dispensación. Nueve de cada diez incidencias que se producen en dispensación con receta y en automedicación son por la falta de información del paciente, ya sea sobre el medicamento o sobre su enfermedad.

Atención farmacéutica integral al paciente oncohematológico

Beatriz Bernárdez Ferrán

Unidad de Farmacia Oncológica. Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

La atención farmacéutica integral al paciente oncológico consiste en poner a disposición del paciente oncohematológico todos los conocimientos y las habilidades del farmacéutico especialista en oncología, con el principal objetivo de optimizar su tratamiento farmacoterapéutico.

Probablemente, la experiencia en nuestra unidad de farmacia oncológica, situada físicamente en el Hospital de Día de Oncohematología, integrada en el equipo multidisciplinario y con una consulta dedicada exclusivamente al paciente oncológico, haya sido la primera realizada en España.

Dos farmacéuticas, una *staff* y una becaria, especialistas en farmacia hospitalaria, diplomadas en farmacia oncológica por la Universidad de Valencia y BCOP (*Board Certified Oncology Pharmacy*), y dos ATS, comenzamos en el año 2003 con un objetivo, el de aportar al paciente una atención farmacéutica completa, añadiendo a todas las actividades del farmacéutico de hospital (validación del tratamiento quimioterápico, control de la elaboración, ensayos clínicos, dispensación de usos compasivos, fármacos de uso hospitalario...) una actividad fundamental para garantizar nuestro objetivo: por una parte, establecer una relación directa con el paciente, en que la dispensación pase a formar parte importante, aunque no absolutamente indispensable, de un conjunto de herramientas que lleguen al paciente haciéndole percibir la contribución a la mejora en su farmacoterapia y un beneficio directo en su cuidado y, por otra, una integración completa con el equipo de oncología médica y radioterápica, hema-

tología y enfermería del hospital de día, con participación en las sesiones clínicas.

Entre 2004 y 2010, la actividad crece, tanto en número de preparaciones de quimioterapia (de 14.582 a 26.954) como en número de consultas (de 6.713 a 8.705), los ensayos clínicos pasaron de 0 a 58 en 2010, además de abrir dos líneas de investigación: una en farmacogenética, liderada por la Dra. María Jesús Lamas, y una en adherencia.

En cuanto a la docencia, llevamos 6 años realizando un curso de farmacia oncológica, por el que han pasado ya 108 farmacéuticos de oncología de distintos hospitales de España, enriqueciéndonos con sus aportaciones. Es rotación obligada para los residentes que se forman en nuestro hospital durante 4 meses, pero hemos recibido rotaciones externas de residentes y adjuntos de otros hospitales. El año pasado, un total de 24 estudiantes de prácticas tuteladas rotaron con nosotros durante 2 semanas cada uno.

El compromiso con la mejora de la adherencia terapéutica es una constante en todas nuestras intervenciones. La Organización Mundial de la Salud afirma que es el factor modificable más importante que compromete el resultado terapéutico. Actualmente, el aumento de los tratamientos oncológicos orales pone de relieve un problema cuyas dimensiones no se han valorado adecuadamente hasta ahora en el ámbito oncológico.

La media de los pacientes atendidos en la consulta de farmacia oncológica en 2010 fue de 36 al día. Las consultas tienen una estructura flexible, pero observamos que hay seis pasos que se repiten habitualmente:

1. Presentación. Saludo, invitación a sentarse y explicación de cómo va a ser la consulta.
2. Estudio del riesgo del paciente. Actualmente, en nuestra comunidad contamos con el sistema IANUS, en el que se integra la información de la historia clínica del paciente en el Servicio Gallego de Salud. La importancia de nuestra contribución reside, en gran medida, en que registremos la actividad clínica sobre el paciente y que ésta sea accesible para ser tomada en cuenta por todos los profesionales sanitarios destinados a su cuidado.
3. Entrevista clínica. Se orienta según sea la primera vez que el paciente accede a la consulta de farmacia, hacia una anamnesis completa o hacia el seguimien-

to de las toxicidades específicas de los esquemas o la evolución de los cuidados en las consultas sucesivas.

- Historia farmacoterapéutica completa.
- Evaluación de uso de CAM, productos de herboristería y vitaminas.
- Búsqueda de problemas relacionados con los medicamentos.
- Aplicación de una escala de dificultad respiratoria sencilla, similar a la EVA.

4. Validación y dispensación (un 85% incluyen dispensación). La revisión de la indicación, el cálculo de la dosis de nuevo y el ajuste si precisa, así como las intervenciones debido a posibles interacciones, siguen siendo los procesos que mayor seguridad aportan al paciente. El objetivo es establecer un plan farmacoterapéutico simplificado para favorecer la adherencia, escogiendo los tratamientos prioritarios, sustituyendo medicamentos que generen riesgo de interacción cuando sea posible y monitorizando los riesgos en caso necesario.

El paciente puede hacer preguntas difíciles y es importante aprender a contestar con preguntas exploratorias.

5. Soporte escrito. Crear un clima de tranquilidad y explicar al paciente que toda la información que le estamos ofreciendo la acompañaremos con un soporte escrito es algo que favorece su comprensión inmediata y disminuye el nivel de tensión generado al querer recordar todo lo que le estamos diciendo.
6. Evaluación del grado de comprensión de la información, durante la entrevista o al final de ella, con preguntas concretas que el paciente o el cuidador deben contestar apoyándose en el soporte escrito que hemos elaborado; por ejemplo: ¿cómo lo va a tomar?, ¿durante cuántos días?

Desde nuestra experiencia, las claves de nuestro modelo son las siguientes:

La información y educación dirigida al paciente oncológico aporta al paciente los medios, la medicación, la información y el conocimiento necesarios para entender, manejar, solucionar y/o reaccionar ante los efectos de un tratamiento quimioterápico activo, y para obtener

el mejor cuidado ante las complicaciones inherentes a la enfermedad, como el dolor. La información al paciente requiere una evaluación de sus necesidades, su habilidad de comprensión y su nivel de ansiedad, así como identificar el papel de la familia/cuidador en su atención. Es importante la formación en técnicas de comunicación, que permiten detectar barreras de comprensión y fomentan la empatía en el trabajo que ofrecemos.

El acto de la dispensación coloca al farmacéutico al final de la cadena, en un lugar privilegiado para validar la seguridad en la prescripción, pero posiblemente demasiado tarde para aprovechar todo su potencial como especialista en el medicamento y su particular visión completa de la farmacoterapia. Por ello, la integración en equipos multidisciplinarios y la participación en las sesiones clínicas donde se decide el tratamiento del paciente es clave a la hora de ofrecer la mejor atención farmacéutica.

La formación, la especialización y la capacitación, o todas ellas, son condiciones necesarias para la integración en equipos clínicos. El reconocimiento de otros profesionales de la salud sólo se alcanza desde una formación exhaustiva, el dominio de la materia y una actitud de respeto mutuo, lo que permite que todo el equipo se enriquezca con la aportación de las distintas disciplinas. La capacidad para intervenir en la optimización del tratamiento farmacoterapéutico se multiplica exponencialmente con una adecuada formación. La American College of Clinical Pharmacy afirmaba en 2006 que la mayoría de los farmacéuticos clínicos serían farmacéuticos «certificados» (*board certified*) en 20-30 años, ya que esta certificación será un elemento esencial para asegurar la calidad y la excelencia profesional.

Entender la atención farmacéutica como un ejercicio profesional implica asumir la responsabilidad en el cuidado del paciente, tanto ética como legal.

La integración en el equipo, la ubicación en una estructura física común y el esfuerzo de transmisión de información y/o formación favorece que el paciente y su cuidador identifiquen al farmacéutico como parte de un equipo con un objetivo común: la continuidad en sus cuidados abordados con conocimientos y habilidades propias.

El farmacéutico en el equipo de atención primaria: la visión del médico

Ángeles Charle Crespo

Médico de Familia. Centro de Salud de O Porriño (Pontevedra)

Desde hace más de 20 años, la figura del farmacéutico, como parte de los equipos de atención primaria (AP), está más o menos consolidada. La implantación en el territorio nacional ha sido irregular, tanto en número como en funciones y en su ubicación física. Estas diferencias están presentes entre las distintas comunidades autónomas, dentro de las mismas e incluso entre los distintos servicios de una misma área sanitaria.

En Galicia tenemos una de las mejores *ratio* de farmacéuticos de atención primaria (FAP); éstos están ubicados físicamente en los centros de salud y realizan una labor asistencial directa con los pacientes. El recibimiento de los farmacéuticos en AP estuvo lleno de recelo por las partes implicadas –los médicos de familia, los profesionales de enfermería, las oficinas de farmacia y los delegados farmacéuticos–, que los consideraban una amenaza porque, de alguna manera, iban a limitar su libertad.

Estos profesionales llegaron a la AP con escasos conocimientos sobre el trabajo en este nivel asistencial, ya que la mayoría provienen de la industria farmacéutica, de oficinas de farmacia, de la especialización de farmacia hospitalaria o de la facultad, y en ninguno de estos orígenes se contacta con la AP ni existe ninguna formación posgraduada en la misma.

Los profesionales de AP esperan que las funciones de un farmacéutico integrado en su equipo sean las siguientes:

1. Intermediario, o puente de unión con otras instituciones, como son:
 - Las oficinas de farmacia del área de salud, con dos objetivos: en primer lugar, compartir criterios sobre la atención farmacéutica y, en segundo lugar, unificar la prescripción para que participen en la racionalización del gasto farmacéutico. Para esto sería deseable que estos profesionales se acercasen al centro de salud, trabajando de forma conjunta mediante la elaboración de protocolos, participando en las sesiones, etc.
 - La farmacia hospitalaria de referencia, con la que en estos momentos existe muy poca relación, para tratar

de coordinar la prescripción de fármacos que precisan visado, conciliación de la medicación y, sobre todo, para elaborar protocolos conjuntos en cuanto a tratamientos de patologías muy prevalentes, como infecciones respiratorias, infecciones urinarias, etc.

2. Información y formación sobre medicamentos:

- Resolución de las consultas farmacoterapéuticas que surgen en el día a día, comunicación de las alertas y difusión de alternativas, información sobre problemas en la dispensación de fármacos, nuevos fármacos aprobados, nuevas indicaciones, e información sobre diferentes aspectos legales en cuanto a prescripción, validación y tipos de recetas.
- Evaluación de la información asociada a la promoción de medicamentos y productos sanitarios, facilitando al resto de los profesionales una formación continuada, independiente y crítica sobre los nuevos principios activos que aparecen en el mercado, actuando como filtro ante la abundante información que proporciona la industria farmacéutica.

3. Evaluación del uso de medicamentos:

- Evaluar tanto cuantitativa como cualitativamente las prescripciones y la posterior difusión de los resultados al equipo, para conseguir un mayor uso racional de los medicamentos teniendo en cuenta su coste-efectividad, actuando como motor en la implicación de los profesionales sanitarios para mejorar la calidad de su prescripción.
- Vigilancias de las reacciones adversas a medicamentos.
- En los pacientes polimedicados se encargan de investigar la adecuación de la indicación de los tratamientos prescritos, la adherencia al tratamiento, su correcta posología, estudiar las posibles interacciones y proponer alternativas al personal facultativo.

4. Colaborar en la gestión:

- Seguimiento del gasto farmacéutico, incorporando indicadores reales y objetivos en la planificación y la gestión, colaborando con los equipos directivos de cada gerencia en la elaboración de guías y protocolos adecuados a la realidad del área.
- Optimizar el equilibrio entre eficacia, seguridad y coste de los medicamentos en el ámbito de AP. Esto supone el conocimiento de los problemas intrínsecos de cada centro; por ello, es necesario realizar un análisis y estudio específico de las condiciones de cada

servicio (prevalencia de problemas de salud, de funcionamiento del equipo, de recursos sociales, infraestructuras...).

5. Control de almacenes y productos sanitarios de los centros. Son responsables del suministro, custodia, conservación y dispensación de todos los medicamentos y productos farmacéuticos que se utilizan en los centros de salud. Para el resto de profesionales que trabajan en los centros supone una gran seguridad saber que todo lo que se utiliza está donde debe estar y en condiciones óptimas para su uso.

6. Educación sanitaria:

- Educación sanitaria individual a los pacientes que acuden a la consulta.
- Educación sanitaria colectiva, participando de manera activa con el resto de profesionales del equipo en los proyectos de educación comunitaria que se desarrollan en los centros, una vez detectadas las oportunidades de mejora en las distintas áreas de salud.

7. Investigación. Potenciar la investigación en AP continúa siendo una asignatura pendiente. Los farmacéuticos están preparados para realizar el diseño de estudios de utilización de medicamentos, muchos de los cuales se van a utilizar mayoritariamente en AP, lo que supone un marco ecológico y real para proyectos de investigación. Los farmacéuticos disponen de una amplia formación a partir de la lectura crítica de literatura científica y en farmacoterapia, por lo que suponen una valiosa aportación al equipo de AP.

8. Docencia:

- Participación en la docencia de los distintos profesionales en periodo de formación que rotan por un centro de salud (alumnos de medicina, farmacia, enfermería, odontología, residentes de familia, pediatría, medicina del trabajo, etc.).
- Participan como un miembro más del equipo de atención primaria en el calendario de sesiones clínicas y bibliográficas del centro.

9. Otros:

- Actualización del sistema informático de recetas de pacientes crónicos, que da soporte a médicos y enfermeras.
- Visado y homologación de recetas.
- Participación en comisiones de farmacia del área sanitaria, formada por personal directivo, médicos, en-

fermeros y farmacéuticos, cuyas funciones, entre otras, son la aprobación de nuevos medicamentos que constituyen el arsenal farmacológico en los centros de salud de AP y en los puntos de atención continuada.

En resumen, podemos decir que la incorporación del farmacéutico a la AP aporta calidad, ya que el concepto de calidad total en el ámbito sanitario busca la satisfacción del usuario, lo que supone la implicación activa de todos los profesionales responsables de su salud y la incorporación de nuevas estrategias para la mejora continua de las actividades clínicas, en las que la seguridad del paciente es un componente principal.

Este concepto se complica al concurrir factores como el envejecimiento de la población, la prevalencia de determinadas enfermedades y los cambios socioculturales en relación con la salud, que generan mayores necesidades y cuidados de salud.

El FAP es hoy en día un profesional integrado en los equipos asistenciales de AP y su objetivo fundamental es mejorar la calidad asistencial prestada por el sistema sanitario. Gestionar el riesgo es cuidar al paciente: la aportación del farmacéutico a la seguridad del paciente se realiza mediante la atención farmacéutica.

MESA 3

Debate

¿Son necesarias unidades piloto de referencia para incrementar la implantación de la atención farmacéutica? A favor y en contra

A favor

Manuel Machuca

Farmacéutico Comunitario de Sevilla

La implantación de Unidades Experimentales permitiría superar los problemas más determinantes que ha tenido el farmacéutico para implantar el seguimiento farmacoterapéutico (SFT): tener que aprender solo y que sobre él recayera toda la responsabilidad de que este servicio profesional se implantase.

El resultado de más de 10 años de programas para implantar en estos servicios las farmacias ha demostrado que muchos farmacéuticos han sido capaces de abordar esta actividad asistencial con éxito durante un tiempo, pero que luego han arrojado la toalla por cansancio, por falta de perspectivas y por el aumento de costes que le producía. Varios cientos de farmacéuticos tuvieron alguna vez pacientes en seguimiento, como en ninguna parte del mundo. Casi los mismos que tuvieron que dejarlo. No nos podemos permitir el lujo por más tiempo de haber desaprovechado esa ilusión que han tenido tantos.

Es hora de crear un marco adecuado, en el que se puedan demostrar los beneficios de esta práctica asistencial desde la práctica real. Un entorno que permita la investigación sobre dichos beneficios y que pueda generar todo lo necesario para que esta práctica deje de ser excepcional, y algún día se convierta en algo natural para la profesión. Es decir:

- Que defina una práctica asistencial concreta, que asuma responsabilidades sobre la farmacoterapia de los pacientes, a partir de la evaluación integral de las necesidades farmacoterapéuticas de cada uno, diseñando un plan de cuidados que permita resolver los problemas detectados, asumir metas terapéuticas concretas y evaluar en plazos concretos si el plan ha resuelto los problemas o necesita ser rediseñado.
- Que investigue y transmita a la sociedad los beneficios de dicha práctica, que permita conocer sus costes y los ahorros que produce, tanto en lo que se refiere a los costes asociados a los medicamentos, como los que resultan de los ahorros en procedimientos más costosos no utilizados, o el gasto social que provoca una farmacoterapia ineficiente, mucho más importante que el de los medicamentos en sí mismos.
- Que diseñe cómo debe formarse este profesional, qué conocimientos específicos debe adquirir, cómo y dónde, o qué tipo de titulación precisaría para que garantice a la sociedad que cumple con los requisitos mínimos necesarios para el ejercicio profesional.
- Que permita formar a profesionales desde el primer momento, para que el proceso que conduzca a la implantación generalizada de la práctica pueda desarrollarse en el mínimo tiempo posible.

Al igual que sobre un medicamento nuevo se investigan sus beneficios en un entorno idóneo, libre de sesgos, y luego, si se demuestra su valor se aplica en el entorno asistencial requerido, también esta práctica asistencial precisa un entorno ideal en el que se estudie a fondo y con el mínimo de condicionantes, para que luego pueda aplicarse en los entornos asistenciales existentes. Es realmente muy difícil que esto pueda conocerse en toda su amplitud en un entorno en el que se mezclen otras actuaciones.

El SFT es una actividad asistencial propia de la atención primaria de salud, independientemente de que luego se pueda extrapolar, como ya se está haciendo, a ámbitos más especializados. Pero una práctica asistencial universal como ésta, no por probarse en un determinado entorno va a generar exclusividad para él. El SFT no va a ser exclusivo de ningún entorno de los que ya existen, y todos pueden participar en él.

Disponer de una Unidad Experimental de referencia permitirá tener los conocimientos necesarios para adelantarse a los acontecimientos. Quien sustente esa Unidad tendrá la capacidad de dirigir la estrategia a seguir. Una práctica real habitual y constante puede ser generadora de una gran cantidad de investigaciones desde muchos puntos de vista, que apoyaría los objetivos científicos de los Grupos de Investigación en esta área de conocimiento, y permitiría el diseño de estrategias coherentes para la práctica en general, y para cada Grupo que quiera especializarse en un área determinada. Aunque pueda haber Grupos de Investigación que puedan recelar en sus inicios, el trabajo asistencial y los primeros resultados permitirán que la implicación de todos los que tienen que ayudar en este proyecto, en el que nadie sobra, sea cada vez mayor.

La Unidad Experimental debería ser multidisciplinaria, y tendría que colaborar estrechamente con otros profesionales de la salud, especialmente los médicos, que deben convertirse en los primeros aliados para esta práctica, lo que permitiría cohesionar más las estructuras sanitarias que trabajan en el ámbito de la atención primaria. Una nueva práctica clínica no puede estar alejada del resto de profesionales clínicos.

Crear una Unidad Experimental permitiría generar un círculo virtuoso, por el que la asistencia produjese una investigación coherente, se conociese cómo, cuánto y

de dónde retribuir a los profesionales que la van a ejercer, y de qué forma se accederá a la capacitación para trabajar en ello. Sería un círculo natural, donde todo se pudiera dar sin tensiones y, como en cualquier otra profesión, acceder al mercado de trabajo. Todo lo contrario que el círculo vicioso en el que actualmente estamos, en el que la ausencia y la casi imposibilidad de la práctica no puede generar el resto de ingredientes necesarios para hacerla real.

En contra

Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda

Farmacéutico Comunitario de San Sebastián.

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR)

La implantación de servicios es un proceso muy complejo en el que lo fundamental es ayudar al individuo en su entorno particular. Se trata de algo mucho más complejo que implantar procesos clínicos. Cada farmacia tiene sus problemas específicos, únicos, y necesita que se le ayude *in situ*.

De los tres servicios que Foro¹ ha planteado como fundamentales para desarrollar los conceptos de la atención farmacéutica, el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) es el que supone el cambio cualitativo que necesita la profesión. La implantación del SFT sigue sin ser una realidad hoy día. Tan sólo el 0,9% de los farmacéuticos comunitarios españoles tiene más de 50 pacientes en seguimiento², cifra lejos de la necesaria para conseguir la implantación generalizada de una innovación como el SFT³.

Para conseguir esta implantación son necesarias varias acciones coordinadas en el tiempo:

1. La Universidad debe formar a sus estudiantes, ya en el pregrado, con una formación más clínica y, por tanto, más centrada en los pacientes.
2. Se debe conseguir el pago del servicio de SFT.
3. Se debe investigar en el desarrollo de sistemas de implantación generalizada de servicios, una vez conseguida su remuneración, que permitan su sostenibilidad. Para ello, es fundamental integrar la gestión de los servicios en la gestión de la farmacia en la búsqueda de la rentabilidad.
4. Se debe recordar que la implantación es mucho más compleja que conocer los aspectos clínicos del proceso.

Sabiendo que sin el pago la implantación no es sostenible, se ha diseñado un proyecto denominado conSIGUE que, para alcanzar sus objetivos (evaluar el impacto del SFT en los resultados en salud, para después proceder a su implantación y sostenibilidad), ha puesto en marcha una figura formativa novedosa denominada Formador Colegial (FoCo).

El FoCo es un farmacéutico contratado por el Colegio Provincial (COF) correspondiente, responsable de realizar formación y asesoría *in situ*, en las mismas farmacias. Ofrecerá apoyo continuo a las farmacias participantes en conSIGUE, con la idea de solucionar cualquier dificultad o duda que le surja al farmacéutico en la realización del SFT, o en la adaptación de la farmacia al servicio. Si no tiene zona de atención personalizada, el FoCo explicará al farmacéutico cómo y dónde ubicarla; si se tienen problemas con la captación de pacientes, la evaluación de un problema de salud, el planteamiento de un plan de acción o una intervención, la manera de comunicarse con el médico, etc., el FoCo ayudará al farmacéutico⁴. Todo ello mediante su presencia en la farmacia apoyada por asistencia adicional, telefónica o correo electrónico.

Sabemos que, en España, la implantación del SFT debe ser liderada por el Consejo General y los COF⁵. Sabemos también que la formación tradicional, incluso cuando es muy especializada y centrada en el SFT, favorece la evolución hacia la mejora de la actitud para implantar el SFT (mueve hacia la fase de decisión de Rogers), aunque no consigue que se cambie el comportamiento real de los farmacéuticos, lo que no mejora la implantación del SFT⁶.

En cambio, sabemos que las experiencias de formación *in situ* (*mentoring*) sí facilitan los cambios de comportamiento necesarios y facilitan la realización del SFT^{7,8}. Esto lo acabamos de comprobar en dos estudios pre-piloto y en el estudio piloto de preparación del conSIGUE, en el que los farmacéuticos, una vez finalizado el periodo de investigación, manifestaban frases como: «he descubierto una nueva forma de ejercer y de relacionarme con los pacientes», «a los pacientes que he incorporado al estudio ya no los dejaré nunca».

Por todo ello, no creo que haya que «reinventar» sistemas formativos, además en forma de «unidad piloto», con la limitación en el número de «formadores forma-

dos» que ello conlleva. Por el contrario, en consigue, tras analizar lo realizado a nivel internacional, hemos seleccionado los proyectos que han tenido éxito, los hemos agregado y los utilizaremos en las farmacias comunitarias.

Los resultados preliminares (piloto) son muy similares a los obtenidos en otros países⁹, y muestran que con el apoyo ofrecido al farmacéutico, los FoCo pueden considerarse como potentes agentes de cambio.

El hecho de que el cargo de FoCo se desempeñe por personal de los COF da sostenibilidad al programa, debido al gran conocimiento que éstos tienen de la farmacia y de los farmacéuticos en el ámbito local. La idea del equipo investigador de conSIGUE es pretender que los FoCo adquieran una presencia definitiva en los colegios, igual que la tienen hoy los Centros de Información del Medicamento⁴.

Bibliografía

1. Foro Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de consenso, enero de 2008. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, ISBN 978-84-691-1243-4.
2. Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Feletto E, Cardero M, Gastelurrutia MA. Categorización de las farmacias españolas según la teoría de difusión de las innovaciones de Rogers en relación a la práctica del seguimiento farmacoterapéutico. *Ars Pharm.* 2011; 52(3): 35-45.
3. Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El seguimiento farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias de Badajoz (España). *Seguimiento Farmacoterapéutico.* 2004; 3(1): 10-16.
4. García-Cárdenas V, Feletto E, Fernández-Galdón RP, Navas-Vargas EM, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI. Formación de formadores colegiales. Programa conSIGUE [abstract]. *Ars Pharm.* 2009; 50 Supl 1: 51-83.
5. Gastelurrutia MA, Benrimoj S, Castrillón C, Casado MJ, Fernández-Llimos F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci.* 2009; 31: 32-39.
6. Dualde E, Faus MJ, Santonja FJ, Fernández-Llimos F. Effectiveness of a videoconference training course on implementing pharmacy services. *Pharm World Sci.* 2009; 31(6): 638-642.
7. Roberts AS, Benrimoj SI, Dunphy DC, Palmerl C. Community pharmacy: strategic change management. Sydney: McGraw-Hill Medical, 2007.
8. Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI. Building capacity to implement cognitive pharmaceutical services: quantifying the needs of community pharmacies. *Res Social Adm Pharm.* 2010; 6(3): 163-173.
9. Benrimoj SI, Gastelurrutia MA, Farragher T, Feletto E, García-Delgado P, Sáez-Benito L, et al. Resultados de la primera fase del

programa conSIGUE: «Estudio piloto: medida del impacto clínico, económico y humanístico del seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedicados». En prensa 2010.

MESA 4

Formación e investigación: retos del futuro inmediato

**La entrevista con pacientes como herramienta
en la docencia del grado de farmacia.**

**Aula multidisciplinaria de práctica
farmacéutica CEU-COFARES**

Lucrecia Moreno Royo

Doctora en Farmacia. Facultad de Farmacia.

Universidad CEU Cardenal Herrera Oria. Valencia

Introducción

Es un hecho constatado que, en nuestro país, uno de cada tres pacientes que acuden a un servicio de urgencias de un hospital lo hacen por una causa relacionada con su medicación. Y también lo es que el farmacéutico podría prevenir y solucionar una gran parte (70%) de esos problemas.

Si bien se ha conseguido avanzar en estos últimos 10 años en materia de procesos y cambios legislativos, la realidad es que no se ha avanzado apenas en que la labor del farmacéutico sea puramente asistencial y detecte, prevenga y resuelva, de forma metodológica y global, los problemas relacionados con la medicación de los pacientes; en pocas palabras, que el farmacéutico cubra las necesidades que en materia de medicamentos está demandando la sociedad.

Es misión de la Universidad liderar y hacer posible este cambio; para ello, ha de comprometerse a que la formación de los alumnos permita que los futuros farmacéuticos cumplan con esta labor y dispensen los medicamentos, trabajando y comprometiéndose con el paciente a lograr los resultados que el médico se propuso cuando los prescribió.

Para ello, creemos que es necesario que el alumno de farmacia tenga contacto con el paciente desde que inicia el grado, aprenda a detectar sus necesidades a me-

didada que va cursando sus estudios, y desarrolle las habilidades que posibiliten poner en práctica con los pacientes los conocimientos que va adquiriendo a lo largo de su carrera.

También creemos que, al igual que ocurre en la medicina, la odontología, la enfermería o la veterinaria, sería plausible y positivo que los profesores tuvieran asimismo contacto con los pacientes.

Objetivos

Objetivo general

Que los futuros alumnos puedan aprender contenidos de las materias que se imparten en el grado de farmacia utilizando la entrevista con el paciente como fuente de información.

Objetivos específicos

1. Que alumnos y profesores puedan trabajar con pacientes reales, interaccionando con ellos, recabando información y adquiriendo habilidades para dar respuesta a sus necesidades en materia de medicamentos.
2. Estudiar el impacto que ello supondría en la percepción que tienen los pacientes de lo que el farmacéutico puede aportarles, y por parte de alumnos y profesores, de lo que los pacientes necesitan realmente.
3. Trabajar conjuntamente con alumnos y profesores de otros grados (enfermería, fisioterapia, odontología, medicina), teniendo como núcleo común el paciente.

Metodología

Para conseguir el primer objetivo, se utiliza el aula de práctica farmacéutica (APF).

En ella tienen lugar reuniones, programadas de antemano, con pacientes y ciudadanos, entrevistas de profesores con pacientes en seguimiento farmacoterapéutico y presenciadas por alumnos en pequeños grupos, así como clases prácticas solicitadas por los profesores de las diferentes asignaturas.

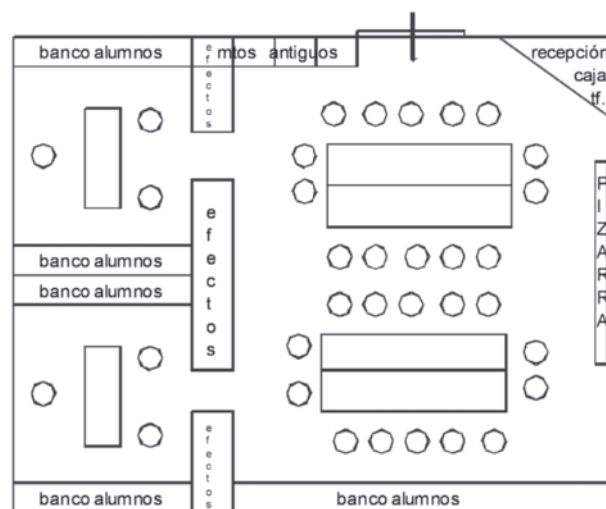
Las reuniones son de dos tipos:

1. Las referidas a los medicamentos se realizan con pacientes con enfermedades crónicas, para lo que se cuenta con la colaboración de las asociaciones de pacientes de las distintas patologías (diabetes, hipertensión, etc.), contactados a través del Colegio de Farmacéuticos y de los farmacéuticos del entorno.

Para conseguir el tercer objetivo, se realizarán el próximo curso 2011-2012 actividades extracurriculares voluntarias programadas con los profesores de diferentes asignaturas y grados y con las asociaciones de enfermos. Estas actividades constarán en el currículo de alumno que las reciba.

- Presentación del aula a 30 profesores, 60 estudiantes, 42 farmacéuticos y 13 asociaciones de pacientes.
- Realización de dinámicas de grupo por una psicóloga dirigidas a estudiantes, farmacéuticos, profesores y ciudadanos, con la finalidad de averiguar cuáles son sus necesidades en relación con los medicamentos y cómo se lo podemos solucionar desde el APF.
- Cinco sesiones de atención farmacéutica a pacientes polimedicados, acompañados de su farmacéutico, y dirigidas por profesores de farmacología a 48 estudiantes.

Plano del aula de prácticas farmacéuticas



La Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005, relativa al reco-

nocimiento de cualificaciones profesionales, constituye la pieza normativa maestra a los efectos de formación y acceso a la práctica profesional en todo el ámbito geográfico de la Unión Europea.

- Art. 3.1 «profesión regulada». La actividad o conjunto de actividades profesionales cuyo acceso, ejercicio o una de las modalidades de ejercicio están subordinados de manera directa o indirecta, en virtud de disposiciones legales, reglamentarias o administrativas, a la posesión de determinadas cualificaciones profesionales; en particular, se considerará modalidad de ejercicio el empleo de un título profesional limitado por disposiciones legales, reglamentarias o administrativas a quien posea una determinada cualificación profesional.
- Capítulo III. Reconocimiento basado en la coordinación de las condiciones mínimas de formación farmacéutica: sección 7, art. 44. Seis meses de formación como mínimo en oficina de farmacia u hospital.

Las prácticas tuteladas y el valor de la experiencia

La finalidad de las prácticas tuteladas es proporcionar a los alumnos experiencias que les ayuden a formarse como profesionales en el ámbito asistencial.

La calidad en esta actividad formativa contempla, al menos, tres principios: continuidad, interacción y reflexión. La continuidad significa que las experiencias han de representar un desarrollo cognitivo, personal y moral. La interacción plantea la necesidad de entender las situaciones prácticas como ejemplos de la realidad. La reflexión permite analizar los hechos y su razón, lo que conduce a tomar conciencia de las complejidades del trabajo profesional.

Estos tres principios requieren que la actividad formativa en la orientación asistencial contemple los siguientes conceptos:

- Aprendizaje activo. Los alumnos no son sujetos que esperan para aprender, sino que aprenden implicándose en tareas o actividades asistenciales que les llevan a indagar, formular preguntas, recopilar información, reflexionar, etc.
- Aprendizaje constructivo. El futuro farmacéutico debe ser capaz de relacionar e integrar las nuevas experiencias que está llevando a cabo y construir esquemas conceptuales que le ayuden a entender lo que va

aprendiendo. Se requiere que en los centros receptores (farmacias u hospitales) se promuevan acciones en las que los alumnos reflexionen y piensen sobre lo que están aprendiendo.

- Aprendizaje intencional. Los alumnos deben conocer la meta de la actividad formativa. La actividad por sí misma no conduce al aprendizaje si no hay reflexión e integración de lo que se está aprendiendo.
- Aprendizaje cooperativo. La experiencia de aprendizaje informal del alumno en el centro receptor, mediante la observación, la conversación y la práctica, tiene lugar en colaboración. Los ambientes de aprendizaje constructivistas ponen a los alumnos en situaciones en las que deben compartir decisiones con el equipo profesional.

Así pues, la naturaleza de las prácticas tuteladas radica en el «aprendizaje en la acción».

Este aprendizaje activo integra: «saber» (conocimientos), «saber hacer» (habilidades) y «saber estar» (actitudes o comportamientos), y permite alcanzar las competencias profesionales y transversales de interés en la orientación asistencial del farmacéutico.

Competencias

Competencias específicas

Se alcanzan en el «aprendizaje en la acción» en el centro receptor (farmacia comunitaria o servicio de farmacia de hospital), acreditado para la docencia por la Comisión Mixta de Seguimiento de Estancias en Prácticas Tuteladas y bajo la supervisión y validación del tutor farmacéutico (farmacéutico colegiado con categoría profesional):

1. Actividades asistenciales:
 - Dispensación activa o informada.
 - Consulta de indicación farmacéutica.
 - Seguimiento farmacoterapéutico.
 - Actividades preventivas.
 - Farmacovigilancia.
2. Elaboración de medicamentos.
3. Actividades de gestión.
4. Cartera de servicios farmacéuticos.

Las herramientas de soporte para el seguimiento de esta formación por parte del profesor asociado y del tutor

del centro receptor, editadas por el Servicio de Publicaciones de la Universidad de Barcelona, son:

- «Manual de estancias en prácticas tuteladas».
- «Cuaderno de casos prácticos».

Competencias transversales

1. Habilidades comunicativas con el paciente y equipos de salud.

- Trabajo individual de investigación y entrevista clínica. Los profesores asociados definen unas directrices en los seminarios para la realización de los trabajos de investigación en los centros receptores. En una primera fase el trabajo es individual y se llevan a cabo entrevistas clínicas.

2. Trabajo en equipo.

Los alumnos supervisados por el mismo profesor asociado comparten el mismo trabajo en investigación asistencial y, en una segunda fase, ponen en común los datos recogidos en el estudio de campo. Cada grupo común elabora un trabajo multicéntrico, que será expuesto en formato póster y comunicación oral al finalizar el curso.

3. Información: educación farmacéutica a los ciudadanos.

El trabajo de educación farmacéutica a los ciudadanos favorece la relación de los estudiantes de prácticas tuteladas con la población general y les permite que apliquen los conocimientos adquiridos durante sus estudios y se reconozcan a sí mismos como profesionales y agentes de salud en la sociedad, a la vez que toman conciencia del valor social del farmacéutico como educador sanitario. Al mismo tiempo, los estudiantes desarrollan habilidades emocionales, comunicativas y pedagógicas.

4. Capacidad crítica/gestión de conocimientos.

- Memoria formativa reflexiva orientada a competencias profesionales. Los alumnos identifican la formación recibida en el centro receptor y valoran «qué y cómo» la aplican en los procesos asistenciales. Promueve la gestión del conocimiento y la capacidad crítica y creativa.

Conclusión

Este aprendizaje en la acción y las competencias alcanzadas ha permitido una aportación desde la Facultad de

Farmacia de la Universidad de Barcelona a la vertiente asistencial de las prácticas tuteladas, en concreto en el ámbito de la atención farmacéutica, que consiste en que durante el curso 2010-2011, un total de 299 estudiantes de la asignatura Estancias en Prácticas Tuteladas se entrenaron en la práctica farmacéutica orientada al paciente en farmacia comunitaria o en farmacia hospitalaria.

Esta práctica orientada al paciente conllevó, entre otros aspectos formativos, la elaboración de un trabajo individual de investigación asistencial, de cuyos resultados se desprenden los siguientes datos: los 299 estudiantes realizaron un total de 4.750 intervenciones farmacéuticas después de haber entrevistado a 7.305 pacientes (4.110 intervenciones en farmacia comunitaria y 640 en farmacia de hospital a través de sus historias clínicas), que han representado un promedio de 15,8 intervenciones por estudiante; de las 4.750 intervenciones farmacéuticas llevadas a cabo por los estudiantes, 3.387 (71,3%) correspondieron a un servicio de dispensación activa, 347 (7,3%) a derivaciones al médico, 668 (14,1%) a adecuación posológica después de la recomendación del estudiante, y 348 (7,3%) a intervenciones relacionadas con la consulta de indicación farmacéutica.

Esta actividad asistencial pretende orientar a los futuros farmacéuticos en el ejercicio de la atención farmacéutica y proporcionarles las herramientas de entrenamiento que les permitan la implementación efectiva de estos servicios en sus lugares de trabajo.

Formación continuada: un reto para los profesionales farmacéuticos

Ana Gangoso Feroso

Coordinadora del Grupo de Formación y Vocal de Madrid de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)

La ética de los profesionales de las ciencias de la salud les ha conducido a una permanente formación a lo largo de su vida profesional. La formación continuada (FC) es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente a que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios. Se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización, y el objetivo es actualizar y mejorar los conocimientos, las habilidades y las actitudes ante la evolución científica y tecnológica,

y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario, regulado en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)¹.

El farmacéutico, en tanto profesional sanitario, no debe renunciar a su derecho ni eludir su obligación de llevar a cabo una FC a lo largo de la vida profesional. El crecimiento del conocimiento científico y en farmacoterapia es exponencial. Podemos considerar que si no realizásemos ninguna actividad, nuestros conocimientos se verían reducidos en el curso de 10 años a la octava parte, un exceso de información y conocimiento que dificulta una gestión eficiente.

Definida la atención farmacéutica (AF) como la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar resultados definidos que mejoren la calidad de vida, es necesaria la formación del farmacéutico en aspectos más clínicos. La FC es una de las áreas de trabajo del documento de Foro, una vía de actualización y una herramienta básica para la implantación de la AF. Para constatar que el farmacéutico es el profesional sanitario idóneo para desarrollar esta labor asistencial es necesario un compromiso con la FC, generando expertos en farmacia clínica formados en farmacoterapia basada en el control de la enfermedad y el tratamiento. Los propios pacientes la están solicitando. Si pretendemos que los servicios sean de calidad habrá que asegurar la competencia de los profesionales.

¿Cómo planificar la formación continuada?

En primer lugar, se deben definir las competencias. Esto es obvio, tanto como utilidad docente como de planificación o de regulación de la profesión. Dichas competencias deben sustentarse en los conocimientos científicos y técnicos, la habilidad para tomar decisiones y las habilidades de comunicación.

Posteriormente, se debe elaborar un plan de FC, que debe incluir cómo identificar las necesidades, especificar los métodos de estudio y de evaluación, y llevar a cabo el plan personalizado de evaluación. Las actividades para realizar se deben seleccionar a partir de las necesidades y demandas detectadas; hay que transformar las necesidades no cubiertas de los pacientes en necesidades formativas de los farmacéuticos. La tendencia actual a una formación informal individualizada

o autodirigida, basada en actividades no presenciales, estará potenciada por las tecnologías de la información y comunicación (TIC).

La metodología que ha demostrado un mejor aprendizaje es la basada en la resolución de casos o problemas. Debe existir una herramienta que objetive competencias. No es suficiente con demostrar lo que se es capaz de hacer, sino lo que se está o no haciendo realmente. Los sistemas de recertificación y acreditación deberían basarse en las evaluaciones del cuarto escalón de la pirámide de Miller. Además, los sistemas de evaluación deben tener como objetivo la formación; la evaluación debe servir para conocer qué se ha aprendido y lo que queda por aprender.

Entre los programas de FC en ciencias de la salud en nuestro país podemos señalar la evaluación clínica objetiva estructurada (ECO) y el Portfolio. La ECO se ha utilizado en especialidades médicas. Es un examen que incorpora diversos instrumentos educativos que simulan situaciones clínicas, y es capaz de explorar saber, saber cómo y demostrar cómo².

El Portfolio es una colección de pruebas o evidencias que demuestran que el aprendizaje personal para ejercer una determinada competencia se ha completado. Es un sistema de autoevaluación que consiste en la recopilación de documentos (papel, audio, videograbación, digital) de la práctica real. El valor añadido es que el profesional dirige su propia evaluación y aprendizaje, y favorece la reflexión y el impacto educativo por encima de la evaluación. Además, permite identificar y priorizar unas actividades formativas frente a otras (p. ej., desarrollado por la SEMFyC)³.

La SEFAP, en su plan estratégico, incluye la elaboración de un plan de FC en sus líneas prioritarias; una vez definidas las competencias profesionales, selecciona cursos útiles para la práctica de la farmacia de atención primaria según las necesidades percibidas: evaluación de medicamentos, uso de la evidencia científica para realizar recomendaciones. La última tendencia es la autoformación y la FC, utilizando como soporte de enseñanza las tecnologías sociales de la web 2.0, que promueve la actitud de compartir el conocimiento. La FC forma parte de los contratos programa de los servicios de salud de las comunidades autónomas, en que el farmacéutico de atención primaria participa en la forma-

ción sobre medicamentos dirigida a otros profesionales sanitarios.

¿Qué organismos ofrecen formación continuada?

Los másters de AF de las universidades están más dirigidos a la formación de posgrado. Distintas administraciones públicas, el consejo, la propia fundación y los colegios profesionales ofrecen algunos cursos. El aplicativo DIFAC contiene diversos materiales de farmacoterapia aplicados a la AF. Ninguno de ellos contempla el proceso de autoevaluación tipo Portfolio o 360 grados.

Un ejemplo a seguir podría ser el plan e-learnig del National Prescribing Center del Reino Unido, dirigido a médicos, farmacéuticos y enfermeras. Contiene diversos materiales, casos clínicos, vídeos ilustrativos y autoevaluación de los conocimientos adquiridos en un cuestionario personal de 360 grados, una vez identificadas las competencias. Entre otras muchas materias, incluye los servicios de la farmacia comunitaria, la adherencia a los tratamientos, la automedicación y la revisión de la medicación⁴.

El American College of Clinical Pharmacy⁵ y Medscape.com ofrecen cursos de farmacia clínica *on line* gratuitos. El Board of Pharmaceutical Specialties of American Pharmaceutical Association y el diploma de Pharmacy Practice de la Universidad de Londres son ejemplos de certificados de prestigio.

El futuro pasa por contemplar un plan estratégico de formación, según las competencias profesionales, acreditarlo y realizar reevaluaciones; sólo así se llegará a su implantación y permitirá asegurar que los farmacéuticos son los profesionales expertos para realizar AF, con el fin de mejorar los resultados en salud de la población.

1. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
2. Kronfly Rubiano E, Ricarte Díez J, Juncosa Fonta S, Martínez Carretero JM. Evaluación de la competencia clínica de las facultades de medicina de Cataluña, 1994-2006: evolución de los formatos de examen hasta la evaluación clínica objetiva y estructurada (ECOE). *Med Clin (Barc)*. 2007; 129(20): 777-784.
3. Una herramienta para la mejora de la práctica clínica del médico de familia: el Portfolio. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2006.
4. National Prescribing Centre Business, plan 2009-2010 [consultado 20/07/2011]. Disponible en: <http://www.npc.co.uk/elearning.php>

5. Practice Guidelines for Pharmacotherapy Specialists. A Position Statement of the American College of Clinical Pharmacy. The ACCP Clinical Practice Affairs Committee, Subcommittee B, 1998-1999. *Pharmacotherapy*. 2000; 20(4): 487-490.

La acreditación de competencias profesionales

José A. Fornos Pérez

Grupo Berbés de Investigación y Docencia.

Farmacéutico comunitario en Cangas de Morrazo (Pontevedra)

¿Qué es la competencia profesional?

En nuestra área profesional, la sanitaria, podemos definir la competencia profesional como «la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las “buenas prácticas” de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean» (Ley de Cohesión y Calidad del SNS, art. 42).

Sin embargo, yo prefiero una definición más amplia: «El conjunto complejo e integrado de capacidades que las personas ponen en juego en diversas situaciones reales de trabajo para resolver los problemas que ellas plantean, de acuerdo con los estándares de profesionalidad y los criterios de responsabilidad social propios de cada área profesional».

La determinación de la competencia profesional es el resultado de una tarea de construcción conjunta por parte de los diferentes profesionales del mundo del trabajo y de la educación. Articula en un mismo espacio sus diferentes perspectivas.

La perspectiva del mundo del trabajo se materializa a través del análisis de la actividad del profesional en su entorno laboral y la identificación de los estándares utilizados para evaluar la profesionalidad de su desempeño. La perspectiva del mundo de la formación se materializa en la identificación de las capacidades que se encuentran en la base de la práctica profesional y en la organización de los procesos formativos que conducen al desarrollo de estas capacidades.

Por tanto, la competencia profesional se formula del modo siguiente:

1. Analizando la práctica profesional del sanitario en las distintas situaciones de trabajo en las que se desempeña; especificando los estándares y criterios que se utilizan para definir la profesionalidad de su desempeño; es decir, elaborando un perfil profesional y determinando el alcance y las condiciones de

ese ejercicio profesional. Buscando las buenas prácticas: conjunto de comportamientos, observables y medibles, que verifican la presencia de una competencia.

2. Identificando las capacidades que integra y moviliza en los diversos contextos en los que actúa.

La capacidad profesional es, por tanto, el conjunto articulado y coherente de resultados de aprendizaje que un proceso formativo debe garantizar para que una persona pueda demostrar en el trabajo desempeños competentes. Y deben ser garantizadas por el sistema educativo:

- Las capacidades profesionales articulan diversos saberes en unidades significativas: el conocimiento, el acceso y el uso de teorías e informaciones; el dominio de procedimientos y las habilidades y destrezas para aplicarlos en circunstancias diversas; el desarrollo de actitudes y la aplicación de valores y criterios de responsabilidad social en situaciones concretas.
- Las capacidades profesionales movilizan e integran competencias fundamentales en relación con problemas específicos del campo profesional.
- Las capacidades profesionales están abiertas a distintas contextualizaciones en función de las diferentes realidades sociales y productivas.
- Las capacidades profesionales constituyen resultados de aprendizaje evaluables. Su formulación incluye la identificación de las evidencias que permiten al docente, al propio estudiante, y eventualmente a un tercero, elaborar un juicio evaluativo fundado acerca de su adquisición.
- Las capacidades profesionales deben ser transferibles a contextos y problemas distintos de los que se utilizan para su desarrollo.

Además, hay dos características centrales para el concepto de competencia:

1. Transferibilidad, que es la capacidad de transferir estos conocimientos, habilidades y destrezas a nuevas actividades y nuevos contextos.
2. Carácter evolutivo, mediante la adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas.

Acreditación de competencias profesionales

«Acreditarse» significa obtener un reconocimiento, expreso y público, al cumplimiento de estos requisitos

necesarios para prestar una atención sanitaria de calidad, así como al inicio de una línea de mejora continua por parte de un profesional. No es un fin en sí mismo, sino un proceso dinámico, continuo y evolutivo.

¿Quién realiza la acreditación?

La acreditación de competencias es un proceso voluntario, a través del cual el profesional revisa, de forma sistemática, su propia práctica, poniendo de manifiesto un determinado nivel de competencia, que tenía previamente, o que ha alcanzado durante el proceso de acreditación. Sería un proceso de autoevaluación, imprescindible en la carrera profesional.

La acreditación debe hacerla un organismo externo al solicitante. Podrían ser los colegios profesionales (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos), las sociedades científicas (SEFAC, SEFAP, SEFH), el Ministerio de Sanidad, las asociaciones o fundaciones (Pharmaceutical Care), las agencias de calidad, etc., o bien un organismo que las englobe a todas, en el ámbito de la AF: Foro.

¿Cómo se realiza la acreditación?

El proceso de acreditación comienza con una revisión que realiza el profesional de su propia práctica. Durante la fase de autoevaluación, el profesional recopila y aporta pruebas procedentes de su práctica, real y diaria, que pongan de manifiesto las buenas prácticas en su desempeño profesional.

Existen diferentes tipos de pruebas que se deben aportar durante la autoevaluación:

- Autoauditorías, informes de práctica diaria, certificados de la realización de ciertas actividades, pruebas presenciales (simulación de situaciones clínicas), análisis de casos, etc.
- Fechas concretas que establece la Agencia de Calidad Sanitaria.

Una vez que el profesional da por finalizada su autoevaluación, el organismo acreditador realiza una evaluación, en la que se revisan las pruebas aportadas por el profesional, pudiendo verificar dichas pruebas en cualquier momento del proceso. En función de esta evaluación, el organismo acreditador emite un certificado para la acreditación en el nivel de desarrollo que

el profesional haya alcanzado. Una vez obtenido este certificado para la acreditación, se podrá solicitar la acreditación del nivel de la competencia profesional al organismo acreditador.

¿A quién se acredita?

En general, para acceder al sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional debería ser necesario «encontrarse en situación de activo en el puesto de trabajo en el que desarrolla las competencias que solicita acreditar y haber prestado servicios de manera ininterrumpida en ese puesto de trabajo durante, al menos, un año, con anterioridad al momento de presentación de la solicitud». Por supuesto, en cualquiera de las actividades de AF en las que se encuentren: farmacéuticos comunitarios, farmacéuticos de hospital, farmacéuticos de atención primaria, etc.

¿Qué documentos habría que aportar para solicitar la acreditación?

Debería enviarse al organismo acreditador la siguiente documentación:

- Solicitud impresa y firmada.
- Certificado original de su puesto de trabajo.
- Todas las pruebas de la autoevaluación.
- Todos los certificados o documentos solicitados.

¿Qué tiempo de validez tiene la acreditación?

La acreditación es un proceso voluntario y dinámico, que plantea una evaluación periódica (p. ej., cada 4 años), con el fin de poder verificar la presencia o la adquisición de nuevas competencias y su grado de desarrollo.

Investigación en atención farmacéutica. Desde la Universidad hasta la práctica diaria

Fernando Fernández-Llimós

Profesor Asociado del Departamento de Farmacia Social.

Universidad de Lisboa

En ocasiones se define la investigación científica como «una actividad orientada a la obtención de nuevos conocimientos y, por esa vía, ocasionalmente dar solución a problemas o interrogantes de carácter científico». Y se crea un debate entre la investigación básica y la investigación aplicada, frecuentemente con menosprecio de unos investigadores hacia otros. Los prime-

ros suelen dividir las ciencias en *hard* y *soft*, como si hubiese diferencia entre la intensidad del trabajo de ambos grupos. Los segundos suelen acusar a los primeros de no vivir en el *real world*, y han creado un concepto y hasta un premio internacional para lo que llaman «investigación transnacional».

En el Manual Frascati se indica lo siguiente: «La investigación y el desarrollo experimental (I+D) comprenden el trabajo creativo llevado a cabo de forma sistemática para incrementar el volumen de conocimientos, incluido el conocimiento del hombre, la cultura y la sociedad, y el uso de esos conocimientos para crear nuevas aplicaciones». Esta definición refleja mucho mejor el proceso de creación/descubrimiento de conocimientos, ya que sugiere que hay un continuo entre la investigación más básica y la más aplicada y su posterior aplicación a la práctica. Es la ausencia de este gradiente sin solución de continuidad lo que representa un serio problema en buena parte de la investigación en farmacia práctica.

Comenzamos con un primer problema, que es definir la farmacia práctica. La definición más simplista, pero también la más conocida, es la que dice que es al área de las ciencias farmacéuticas que trata del ejercicio de la farmacia y de la actividades de los farmacéuticos. Como este ejercicio ha sido cambiante a lo largo de los años y muy variable en las diferentes regiones del globo, el ámbito de la farmacia práctica es diferente en todo el mundo. Dentro de este campo se incluyen asuntos tan variopintos como la formulación magistral, la administración y la gestión de farmacias y servicios farmacéuticos, la atención a pacientes, la educación para la salud, la farmacia social, la farmacoepidemiología, la farmacovigilancia y la gestión de riesgo, la política sanitaria, la economía de la salud, etc. En todos estos campos se puede, y se debe, investigar.

La importancia de la ausencia de solución de continuidad en el gradiente de aplicabilidad en la investigación (léase también, la importancia de la investigación básica), incluso en áreas que parecen tan aplicadas como la farmacia práctica, se puede hacer patente con un ejemplo. Investigar los efectos de una intervención farmacéutica para el aumento del cumplimiento terapéutico de los pacientes parece más aplicada y propia de investigación en servicios farmacéuticos. Para ello, de-

bemos tener una buena base teórica de educación y promoción de la salud. Pero también hemos de conocer o, lo que es lo mismo, haber investigado antes los factores que influyen en el cumplimiento terapéutico de los pacientes, área más propia de la farmacia social. Pero para ello, debemos conocer los modelos comportamentales de los pacientes y sus creencias sobre la salud y la medicación, lo que ya es propio de la sociología de la salud. Y para poder medirlos (antes y después de nuestra intervención, como mandan los cánones de la evaluación de un impacto) hemos de conocer y tener pericia en el uso de cuestionarios y el análisis de sus características como instrumentos de medición, lo que es propio de la psicometría. Aunque decidamos conformar un equipo con profesionales con más pericia en cada una de esas áreas de conocimiento (que parece la solución más fácil, aunque no siempre lo es), alguien tendrá que coordinar el grupo y marcar el rumbo de la investigación. Ese alguien debe ser un investigador con formación y dedicación a la farmacia práctica, como área de conocimiento. De esta afirmación emanan dos ideas: a) la farmacia práctica es un área de conocimiento independiente de otras áreas, y b) es necesario contar con más investigadores dedicados a tiempo completo a esta área.

Una materia se convierte en área de conocimiento no sólo por tratar asuntos diferentes a los que tratan las otras áreas, sino por tener métodos y procedimientos de investigación distintos a ellas, por afines que sean. Cuando el Institute for Scientific Information creó las áreas temáticas, en las que se basa, entre otras cosas, el factor de impacto, agrupó farmacia y farmacología como área única. Obviamente cometió un error, que persiste en la actualidad, no sólo porque el objeto de investigación es claramente diferente en ambas disciplinas, sino porque los métodos de investigación no se parecen en nada.

La necesidad de investigadores dedicados en exclusiva al área de la farmacia práctica fue descrita ya en 1975 en el Informe Millis, acuñando el término «científico clínico: un individuo igualmente formado y capacitado en ciencia y en farmacia práctica». El libro blanco del American College of Clinical Pharmacy identificaba la productividad de este investigador con las denominadas *research-intensive positions* (puestos dedicados a

la investigación). No tienen mucho que ver los 864 artículos al año producidos por los 2.374 profesores de departamentos de farmacia práctica que había en Estados Unidos entre 2201 y 2003 con los 11 artículos al año producidos en España entre 1995 y 2005.

Y cuál puede ser el papel de los farmacéuticos en ejercicio en la investigación en farmacia práctica. Al igual que en otras materias, podemos aprender de la evolución profesional de los médicos de familia, que al principio de los noventa crearon las llamadas «redes de investigación basadas en la práctica». El US Department of Health & Human Services define las PBRN como «un grupo de centros ambulatorios dedicados principalmente a la atención primaria, y agrupados en la misión de investigar cuestiones relacionadas con la práctica comunitaria». El mundo farmacéutico se incorporó con retraso y, todavía, levemente a la investigación a través de PBRN. El papel de los farmacéuticos comunitarios en una PBRN no se limita a realizar su papel clínico y recoger los datos. Su participación es crucial en las reuniones que deben realizarse con el coordinador de la red, normalmente un académico, en las que se produce un intercambio de experiencias y conocimientos que permite que la investigación sea de calidad y útil para mejorar la práctica.

En resumen, podría decirse que la sinergia entre clínico en ejercicio e investigador dedicado puede ser muy útil para lograr una investigación de calidad en el campo de la farmacia práctica.

Bibliografía

- Andrés Iglesias JC, Andrés Rodríguez NF, Fornos Pérez JA. Community pharmacy-based research in Spain (1995-2005): a bibliometric study. *Pharm Pract.* 2007; 5(1): 21-30.
- Coleman CI, Schlesselman L, White CM. Journal publications by pharmacy practice faculty evaluated by institution and region of the United States (2001-2003). *Pharm Pract.* 2007; 5(4): 151-156.
- Fagan SC, et al. The state of science and research in clinical pharmacy. *Pharmacotherapy.* 2006; 26(7): 1.027-1.040.
- Frascati Manual. The measurement of scientific and technological activities. París: OCDE, 2002.
- Marinac JS, et al. Characterizing the American College of Clinical Pharmacy Practice-Based Research Network. *Pharmacotherapy.* 2010; 30(8): 264e-273e.
- Millis JS, et al. Pharmacists for the future: the report of the study commission on Pharmacy. Ann Arbor: Administration Press, 1975.
- Simpson SH, et al. Practice-based research: lessons from community pharmacist participants. *Pharmacotherapy.* 2001; 21(6): 731-739.

MESA 5

Atención farmacéutica: los líderes opinan

Atención farmacéutica 2011-2016: ¿Y ahora qué?

Borja García de Bikuña Landa

Presidente de la Fundación Pharmaceutical Care España

Recuerdo que ya hace muchos años existía un método de aprender inglés que muchos recordarán, que tenía cuatro niveles y a cada uno le correspondía un libro de apoyo. Las aventuras de una divertida pareja (Arthur and Mary) sirvieron para que muchas personas aprendieran o profundizaran en sus conocimientos de inglés en este país. Los títulos de los cuatro libros eran los siguientes:

- Nivel 1: Starting Out.
- Nivel 2: Getting On.
- Nivel 3: Turning Point.
- Nivel 4: Open Road.

Haciendo un paralelismo entre aquellos cuatro libros y el devenir de la atención farmacéutica en nuestro país, quiero pensar que estamos entre el nivel tres y el cuatro (más cerca de este último), pero además con un bagaje de conocimientos teóricos como creo que se tiene en pocos países.

Pero algo falla: nosotros, las circunstancias, o ambas cosas.

La Fundación Pharmaceutical Care tiene claro que las palabras son muy bonitas, pero también es cierto que se las lleva el viento. Ya se ha hablado, discutido, consensuado, procedimentado, pilotado, etc. ¿Dónde estamos? Estamos en el momento de hacer. De aprovechar todo lo bueno ya hecho, y seguir hacia delante. Ese fue el espíritu de nuestra III Jornada celebrada en Madrid el pasado mes de junio: «¿Por qué no avanzamos? ¿Cuál es tu solución?».

Debemos ser capaces de demostrar para qué servimos y qué aporta al ciudadano nuestra actuación. Vamos a poner un producto al alcance de nuestro cliente, y luego pueden pasar varias cosas:

1. Que le convenza y nos lo compre.
2. Que le convenza pero no nos lo compre.

3. Que no le convenza la idea y además no la compre.

Y qué plantea la Fundación Pharmaceutical Care en el corto-medio plazo. Muchas cosas, pero hay que concretar algunas:

1. En primer lugar, desarrollar el mayor número posible de las conclusiones de la III Jornada de Madrid. Ese fue nuestro compromiso, y en la medida en que nuestras fuerzas y nuestros medios nos acompañen, así se hará. Todas las personas que estuvieron presentes en la Jornada, así como todas aquellas que muestren su interés, tendrán información puntual de todo lo que se vaya haciendo.
2. Avanzar en lo mucho ya conseguido en el Foro de Atención Farmacéutica (FC). Se han sentado las bases para el futuro. Pero el contenido del Foro se debe poder aplicar en cada farmacia de una forma práctica, útil y sencilla. Debemos conseguir universalizar los servicios de atención farmacéutica, y lo realista es comenzar por la dispensación. Por ello, vamos a apoyar todas las iniciativas que sigan esta línea.
3. Y nos olvidamos del seguimiento farmacoterapéutico. En este aspecto queremos trabajar según se clausure el Congreso de Vigo, ya que pensamos que este servicio, prestado de forma correcta, es la gran aportación que el farmacéutico comunitario puede hacer en nuestro país.

Y todo esto con los pies en la tierra. La profesión en general, y la atención farmacéutica en particular, se encuentran en un momento delicado –crítico se podría decir–, ya que las farmacias comunitarias españolas están sufriendo, de una forma absolutamente injustificada y cruel, una serie de medidas economicistas que hacen peligrar el normal funcionamiento de muchas de ellas.

Las farmacias comunitarias en este país son establecimientos sanitarios y también microempresas. Y no nos deben doler prendas en reivindicar tanto una faceta como la otra. Las dos se necesitan y no son excluyentes. Dispensamos medicamentos, no vendemos cajitas. Prestamos muchos servicios no remunerados, y dejamos de hacer otras cosas que nos podrían reportar dinero. Pero no se deben sobrepasar los límites de lo indigno. Proyectos en el que algunos ganen y otros

pierdan no son justos, por lo que desde la Fundación Pharmaceutical Care volvemos a exigir que quienes tenemos algo que decir en torno a la profesión y a la salud nos sentemos a una mesa. Redonda o cuadrada, es lo mismo. Pero que nos sirva para hablar. Y para vernos las caras. No hay nada tan digno como que un profesional desarrolle un trabajo y sea retribuido por ello. Y cada colectivo o cada estamento tendrán que hacer valer lo suyo, por supuesto. Pero el momento actual exige altura de miras, un marco económico relativamente estable, y unas normas de juego claras que no se cambien en mitad del partido.

En esa coyuntura, la Fundación Pharmaceutical Care estará, como siempre, dispuesta a aportar ideas y trabajo, para que la atención farmacéutica esté en esa «carretera abierta» en la que muchos querríamos haberla visto desde hace años.

Atención farmacéutica: la visión de la SEFAC

María Jesús Rodríguez Martínez

Presidenta de la Sociedad Española de Farmacéuticos Comunitarios (SEFAC)

Llevamos ya suficiente camino recorrido para saber que no hay recetas ni fórmulas especiales que lleven a la implantación generalizada de los servicios de atención farmacéutica. Son muchos años intentando con ilusión conseguir un objetivo que se resiste. Pero no ha sido un tiempo perdido. Todo lo que hemos avanzado, aunque lo consideremos insuficiente, es por un lado trayecto recorrido y, por otro, aprendizaje de lo mucho que nos falta por recorrer.

Cuando empezábamos en esto de la «atención farmacéutica» creímos que el recorrido iba a ser más corto y más fácil. No ha sido así, y sólo cabe preguntarnos por qué, e intentar aprender de aquello en lo que se ha fallado.

No hay culpables, pero todos somos responsables: los líderes, por no haber sabido transmitir la ilusión, pero sobre todo la necesidad del cambio; los propios farmacéuticos, que no hemos estado a la altura de lo que debe ser nuestra profesión y hemos dado la espalda en ocasiones a nuestro papel fundamental como agentes sanitarios, preocupados por otras múltiples cuestiones; la Administración, que a pesar de llenarse la boca hablando de nuestro potencial y gran papel dentro del sistema sanitario, en vez de apoyar el cambio, nos ha llenado de burocracia y nos ha empujado al desánimo por su visión «cortoplacista», buscando soluciones rápidas pero no efectivas al mal llamado «gasto farmacéutico».

A pesar de esto, en la SEFAC seguimos apostando por la implantación de servicios asistenciales como único futuro posible para la farmacia comunitaria. Ahora bien, creemos que si no se producen otros cambios a la vez, seguiremos enfangados en el camino sin terminar de avanzar hacia nuestro objetivo de una farmacia profesional, reconocida y respetada tanto por los pacientes como por otros colectivos sanitarios y administraciones. Entre los cambios que proponemos, y que creemos indispensables, se encuentra la implantación de la carrera profesional, la modificación del sistema de retribución, la creación de una especialidad en farmacia asistencial y las reformas en los planes de estudio en las facultades de farmacia, con unas prácticas tuteladas que ayuden al alumno a centrarse en la parte asistencial y transmitirle qué es la atención farmacéutica realmente. Sabemos que no son objetivos fáciles a corto plazo, pero creemos que el único camino es seguir luchando cada día por avanzar un poco. Paciencia no nos falta, sólo esperamos que no nos falte tiempo para ver todos estos cambios antes de que sea demasiado tarde.