

ESTRATÈGIES PER A LA COL·LABORACIÓ ENTRE METGES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I FARMACÈUTICS COMUNITARIS (DE L'ESTUDI QUALIFAR A LA PRÀCTICA CLÍNICA)

Autors: Anna Maria Jové^{1,2}, Ana Fernández^{2,3} i Maria Rubio-Valera^{2,3}.

¹ EAP Sant Antoni, CAP Manso. Institut Català de la Salut.

² Red de Investigación en Actividades de Prevención y Promoción para la Salud en Atención Primaria (redIAPP)

³ Fundació Sant Joan de Déu per a la recerca i la docència. Unitat de Recerca i Desenvolupament. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Correspondència: amjove@camfic.org

Correctors: Josep Lluís Pinyol i Mencia Benítez

Publicat: març 2014

Anna Maria Jové, Ana Fernández i Maria Rubio-Valera (2014)

Estratègies per a la col·laboració entre metges d'atenció primària i farmacèutics comunitaris (de l'estudi QUALIFAR a la pràctica clínica)

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol32/iss1/2>

Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

EL PAPER DEL FARMACÈUTIC COMUNITARI A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

L'atenció primària de salut i les farmàcies comunitàries atenen ambdues la població general i són recursos del primer nivell d'accés a serveis sanitaris. L'actuació dels professionals que hi desenvolupen les seves funcions està lligada a que els dos són professionals sanitaris i sovint comparteixen els mateixos pacients i els mateixos objectius. Actualment també la recepta electrònica vincula prescripcions del metge d'atenció primària (MAP) amb els farmacèutics comunitaris (FC) i actua com un canal de comunicació entre ells¹.

La Llei General de Sanitat en l'article 64 especifica que el Centre de Salut (CAP) albergarà l'estructura física de consultes i serveis assistencials personals que corresponen a la població on està ubicat i a més facilitarà el treball en equip dels professionals sanitaris de la zona².

Malgrat que l'atenció primària de salut, on els MAP desenvolupen les activitats d'atenció a la població, és en el primer nivell d'accés dels ciutadans a la assistència sanitària, la farmàcia és percebuda pels usuaris com un recurs d'atenció primària proper, accessible (millors horaris) i de confiança³. De vegades els pacients fins i tot utilitzen les farmàcies per al tractaments de problemes de salut abans d'anar al MAP o en preferència a aquests perquè creuen en el rol del FC i en que els aconsellarà i derivarà, si és necessari, a un altre nivell assistencial^{3,4}.

Des dels diferents organismes sanitaris espanyols s'insta el FC a introduir-se en l'equip d'atenció primària i cooperar amb la resta de professionals sanitaris en la cura del pacient⁵.

IMPORTÀNCIA DE LA COL·LABORACIÓ ENTRE ELS METGES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I ELS FARMACÈUTICS COMUNITARIS

L'OMS (1993)⁶ afirma que "el mètode de treball en equip és vital si es vol obtenir un rendiment òptim de recursos limitats -tant humans com financers- per atendre les necessitats assistencials en qualsevol país. (...) L'atenció farmacèutica no es presta amb independència d'altres serveis assistencials, sinó en col·laboració amb els pacients, els metges, el personal d'infermeria i altres dispensadors d'atenció sanitària. (...) La relació contínua (del farmacèutic) amb altres professionals de la salut, especialment els metges, ha de ser abordada com una societat terapèutica, implicant confiança i fe mútua en tots els assumptes farmacoterapèutics".

Estudis en què el FC ha participat en el control del pacient han demostrat una millora dels resultats obtinguts en la seva salut. Recents metaanàlisi assenyalen que la integració del farmacèutic en l'equip sanitari a nivell ambulatori i intrahospitalari millora l'evolució clínica i el control dels pacients amb hiperlipidèmia, hipertensió i diabetis⁷⁻⁹. En trastorns mentals, com la depressió, també s'ha observat que les intervencions farmacèutiques poden millorar l'adherència als tractaments antidepressius en l'àmbit ambulatori¹⁰.

D'altra banda, la manca de comunicació entre el FC i el MAP afecta també a la seguretat del pacient, ja que ha estat identificada com una de les principals causes d'ingrés hospitalari prevenible com a conseqüència de problemes relacionats amb la medicació¹¹. No obstant això, en l'actualitat no existeix a Espanya una

relació de cooperació entre el metge i el farmacèutic.

BARRERES PER A LA COL·LABORACIÓ ENTRE EL METGE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I EL FARMACÈUTIC COMUNITARI: ESTUDI QUALIFAR

Estudis qualitatius duts a terme a Europa, EEUU i Austràlia han explorat quins són els factors que afecten la relació metge-farmacèutic¹²⁻¹⁵. Aquests estudis han assenyalat com a barreres principals per la col·laboració entre professionals: el desconeixement personal, la territorialitat i el conflicte d'interès del farmacèutic pel guany en la venda de medicaments. Aquestes barreres afecten la confiança i el respecte mutu, dificultant la relació. Alguns d'aquests estudis es van dur a terme en països on coexisteixen farmàcies de titularitat particular amb cadenes de farmàcies, reportant major interès per part dels metges en col·laborar amb les primeres en les que hi confien més.

Malgrat això, aquests resultats no són extrapolables al nostre entorn a causa de les grans diferències existents, tant en el tipus de sistema sanitari com en el tipus de gestió de les oficines de farmàcia, i en la formació rebuda pels professionals sanitaris.

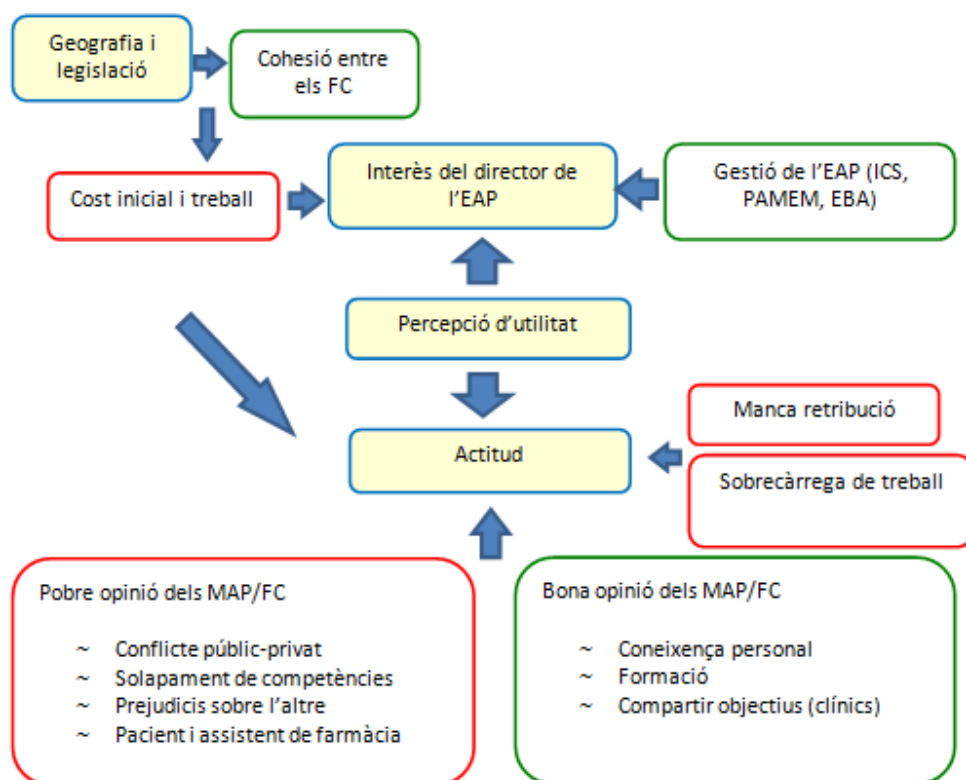
En el marc del X Ajut a la Recerca de la CAMFiC es va realitzar un estudi qualitatiu per tal d'identificar, des dels significats subjectius i les experiències dels MAP i els FC del nostre entorn, les dificultats i oportunitats que impedeixen i faciliten la col·laboració entre els diferents professionals sanitaris. Els resultats d'aquest estudi, que han estat recentment publicats¹⁶, indiquen que els factors que influeixen la col·laboració metge-farmacèutic canvien en funció de si es troben en el moment previ a la col·laboració (figura 1) o quan ja es col·labora (figura 2).

Abans que s'iniciï la col·laboració els 4 factors clau són: la percepció positiva d'utilitat, l'interès de la direcció de l'equip d'atenció primària (EAP), l'actitud positiva dels professionals i qüestions geogràfiques i legislatives.

Una percepció positiva d'utilitat és necessària per a iniciar la col·laboració. La evidència de resultats positius facilitaria les percepcions d'utilitat positiva. L'interès del director de l'EAP està influenciat per la seva percepció d'utilitat, pel cost inicial (infraestructura i recursos humans) de la col·laboració i per la percepció que el Sistema de Salut no la incentiva. L'actitud dels professionals està fortament influenciada per l'opinió que es té de l'altre que influeix el respecte i la confiança, factors que són clau per a col·laborar. La percepció que existeix un conflicte públic-privat, les experiències prèvies negatives, el solapament de competències i la poca definició dels rols genera una opinió negativa de l'altre professional. Altres persones, com els pacients i els auxiliars de farmàcia, semblen igualment estar afectant l'actitud dels professionals i, en conseqüència, la col·laboració.

Figura 1. Factors que afecten la col·laboració entre els metges d'atenció primària i els farmacèutics comunitaris abans que aquesta s'iniciï (abans de col·laborar).

FC: farmacèutics comunitaris. EAP: equip d'atenció primària. ICS: Institut Català de la Salut. PAMEM: Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal. EBA: Entitat de Base Associativa (un tipus de model de gestió privada). MAP: metges d'atenció primària.



D'acord amb els professionals, la coneixença personal podria fer que els prejudicis, les opinions estigmatitzades negatives i els conflictes desapareguessin. És un altre factor per a millorar l'opinió dels metges cap als farmacèutics l'existència d'objectius comuns, preferentment clínics. Les càrregues de treball i la manca d'incentius són factors que també dificulten la col·laboració.

Finalment, factors legals i geogràfics poden també augmentar l'esforç necessari per a coordinar la col·laboració.

Per a mantenir la col·laboració, els factors clau són: la consecució d'objectius i els canvis en la direcció de l'EAP.

Per a que la relació es mantingui en el temps, tant els professionals com el director de l'EAP

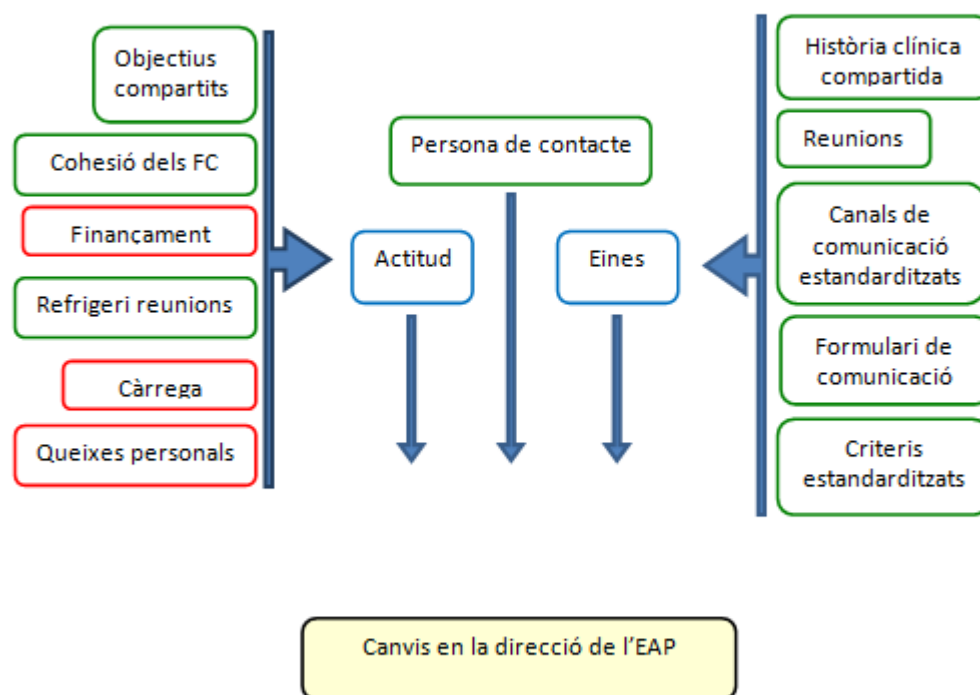
han de veure que hi ha hagut benefici o utilitat d'aquesta col·laboració.

Segons els professionals comptar amb coordinadors o persones de referència responsables de dirigir la col·laboració i la vinculació dels dos grups, els mètodes de treball estandarditzats i els canals de comunicació estandarditzats i àgils són factors essencials per a assolir els objectius. L'actitud positiva podria canviar com a conseqüència de l'augment de la càrrega de treball o la manca de finançament implicant la continuïtat de la col·laboració.

Finalment, en cas de canvi en la direcció, si aquesta no està a favor, els professionals ja no poden tenir temps ni suport per continuar la col·laboració.

Figura 2. Factors que afecten la col·laboració entre els metges d'atenció primària i els farmacèutics comunitaris quan aquesta ja s'ha iniciat (durant la col·laboració).

FC: farmacèutics comunitaris. EAP: equip d'atenció primària.



ESTRATÈGIES PER A LA COL·LABORACIÓ ENTRE ELS MAP I ELS FC QUE COMPARTEIXEN UNA ÀREA BÀSICA DE SALUT

A partir de les dades obtingudes dels estudis revisats¹²⁻¹⁵ així com de l'estudi dut a terme al nostre entorn¹⁶, s'han discutit i desenvolupat

les estratègies més importants per a millorar la relació dels professionals mèdic i farmacèutic a nivell comunitari.

Per tal d'iniciar la col·laboració és recomanable:

- Generar una percepció d'utilitat i una actitud dels professionals i del director de l'EAP positius fent ús de la evidència científica que ho suporta.
- Aprofitar els canvis introduïts pel sistema sanitari (com ho van ser la recepta electrònica o la introducció dels medicaments genèrics) com a excusa per a iniciar la col·laboració (objectiu comú).
- Fer que els metges i els farmacèutic es coneguin personalment a través de reunions i/o sessions clíniques (amb això s'aconsegueix trencar prejudicis i pactar objectius comuns preferiblement clínics).

- En aquestes primeres reunions és molt important que s'eviti tractar temes personals o casos concrets ja que generen una mala dinàmica del grup.
- Aquestes reunions haurien de realitzar-se en un horari compatible per a tots dos professionals. Normalment aquest horari coincideix amb l'hora de dinar pel que s'afavorirà una bona actitud si es facilita que els professionals ho puguin fer mentre es desenvolupa la reunió.
- Definir clarament, per part dels metges i farmacèutics, els rols dels professionals així com elaborar protocols d'actuació davant de situacions on sigui necessari col·laborar.
- Nominar 1 o 2 persones com a figura/es de referència i/o coordinadors (preferiblement haurien d'estar incentivats). Aquests hauran de moderar les reunions i garantir la resolució de conflictes entre els equips.
- Facilitar que metges i farmacèutics puguin dedicar temps a coordinar-se amb equips externs al seu centre de treball.
- Establir canals de comunicació normalitzats pactats entre ambdós col·lectius: llistats de telèfons, circuits, horaris de trucada, llistats de correus, full d'interconsulta, etc.

Un cop iniciada la col·laboració, per tal de mantenir-la, serà necessari:

- Continuar incentivant els professionals per a que puguin dedicar una part del seu temps a la tasca de coordinació amb l'altre professional.
- Realitzar reunions periòdiques de seguiment on participin tots els metges i farmacèutics i on s'avaluï l'assoliment dels objectius comuns prèviament pactats i s'en plantegin de nous.

És molt recomanable que aquells equips que decideixin iniciar una col·laboració facin ús de registres per poder mostrar que els objectius consensuats, ja siguin clínics o administratius, han estat assolits. D'aquesta manera, els equips tindran dades objectives que recolzaran els seus arguments en cas que es demani ajuda a l'administració per a dur a terme aquestes activitats.

A més, el registre incrementarà la percepció d'utilitat positiva dins l'equip, facilitant la continuació de la relació. En cas que els objectius no hagin estat assolits, l'equip podrà reflexionar sobre les causes que ho han impedit i el desenvolupament de noves estratègies.

Cal destacar que, en el nostre entorn, les experiències en que la col·laboració s'ha produït amb èxit s'han observat en Àrees Bàsiques de Salut on el Centre d'Atenció Primària era gestionat per Entitats de Base Associativa o pel PAMEM. Aquestes experiències es van dur a terme en equips de professionals que tenien un major control sobre el pressupost de l'equip d'atenció primària i els seus resultats, facilitant la implementació d'estratègies com aquesta per a millorar l'eficiència.

Des de les universitats, s'hauria de formar tots els professionals de la salut en la importància del treball interdisciplinari i col·laboratiu. Això es podria aconseguir aprofitant les assignatures transversals i compartides pels diferents estudiants i futurs professionals per a barrejar els estudiants. A més, s'hauria d'incloure al currículum una assignatura sobre les eines necessàries per a comunicar-se i gestionar efectivament els equips multidisciplinaris.

Per últim, si realment es vol aconseguir que metges i farmacèutics de l'atenció primària col·laborin, és imprescindible que les administracions no només fomentin aquesta col·laboració sinó que facilitin els recursos i les eines necessàries per a que els professionals ho facin. Aquestes van des del finançament de l'activitat fins a facilitar un espai dins la història clínica compartida on es puguin intercanviar les dades necessàries per assolir els objectius.

BIBLIOGRAFIA

1. Butlletí Oficial del'Estat. Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Reial decret 1718/2010, de 17 de desembre, sobre recepta mèdica i ordres de dispensació. BOE 17, 1013 (20-1-2011).
2. LEY /4/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado nº 102 A-1986-10499 (29-4-1986).
3. Llanes de Torres R, Aragón Peña A, Sillero Quintana MI, Martín Ríos MD. ¿Ir al centro de salud o bajar a la farmacia? Las oficinas de farmacia como recurso de atención primaria. *AtenPrimaria*. 2000;26:11-5.
4. Hassell K, Noyce PR, Rogers A, Harris J, Wilkinson J. A pathway to the GP: the pharmaceutical consultation' as a first port of call in primary Health care. *Fam Prac*. 1997;14(6):498-502.
5. Ley 29/2006 de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE 178 de 27/07/2006.
6. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la Reunión de la OMS. Tokio, Japón. 31 de agosto a 2 de septiembre de 1993.
7. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR: Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part II: Systematic review and meta-analysis in hypertension management. *Ann Pharmacother* 2007;41:1770-81.
8. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR: Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part I: systematic review and meta-analysis in diabetes management. *Ann Pharmacother* 2007;41:1569-82.
9. Machado M, Nassor N, Bajcar JM, Guzzo GC, Einarson TR: Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part III: systematic review and meta-analysis in hyperlipidemia management. *Ann Pharmacother* 2008;42:1195-207.
10. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Magdalena-Belío J, Fernández A, García-Campayo J, Pujol MM, Del Hoyo YL. Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2011;45(1):39-48.
11. Howard R, Avery A, Bissell P: Causes of preventable drug-related hospital admissions: a qualitative study. *Qual Saf Health Care* 2008;17:109-16.
12. Bradley F, Ashcroft DM, Noyce PR: Integration and differentiation: A conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. *Res Social Adm Pharm* 2012;8:36-46.
13. Hughes CM, McCann S: Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. *Br J Gen Pract* 2003, 53:600-6.
14. Van C, Mitchell B, Krass I: General practitioner-pharmacist interactions in professional pharmacy services. *J Interprof Care* 2011;25:366-72.
15. Snyder ME, Zillich AJ, Primack BA, et al: Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods. *Res Social Adm Pharm* 2010;6:307-23.
16. Rubio-Valera M, Jové AM, Hughes CM, Guillen-Solà M, Rovira M, Fernández A. Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2012 Jul 7;12:188. doi: 10.1186/1472-6963-12-188.