

ESTRATEGIAS PARA LA COLABORACIÓN ENTRE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS (DEL ESTUDIO QUALIFAR A LA PRÁCTICA CLÍNICA)

Autoras: Anna Maria Jové^{1,2}, Ana Fernández^{2,3} y 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.

Correspondencia: amjove@camfic.org

Correctores: Josep Lluís Pinyol y Mencia Benítez

Publicado: marzo 2014

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

Estrategias para la colaboración entre médicos de atención primaria y farmacéuticos comunitarios (del estudio QUALIFAR a la práctica clínica)

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

Este es un artículo Open Access distribuit según licencia de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La atención primaria de salud y farmacias comunitarias atienden a la población y son recursos de primer nivel de acceso a servicios de salud. La actuación de los profesionales de estos ámbitos que realizan su función está vinculada, ya que son dos profesionales de la salud y a menudo comparten los mismos pacientes y los mismos objetivos. Actualmente también la receta electrónica vincula prescripciones del médico de atención primaria (MAP) con los farmacéuticos comunitarios (FC) y actúa como canal de comunicación entre ellos¹.

La Ley General de Sanidad en el artículo 64 especifica que el Centro de Salud (CAP) albergará la estructura física de consultas y servicios asistenciales que corresponden a la población en la que está ubicado, y además facilitará el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios de la zona².

A pesar de que la atención primaria de salud, donde los MAP desarrollan las actividades de atención a la población, es en el primer nivel de acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria, la farmacia es percibida por los usuarios como un recurso de atención primaria cercano, accesible (mejores horarios) y de confianza³. A veces los pacientes incluso utilizan las farmacias para el tratamiento de problemas de salud antes de ir al MAP o en preferencia a éstos, porque creen en el rol del FC y en que les aconsejará y derivará si es necesario, a otro nivel asistencial^{3,4}.

Desde los diferentes organismos sanitarios españoles se insta al FC a introducirse en el equipo de atención primaria y cooperar con el

resto de profesionales sanitarios en el cuidado del paciente⁵.

IMPORTANCIA DE LA COLABORACIÓN ENTRE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS

La OMS (1993)⁶ afirma que "el método de trabajo en equipo es vital si se quiere obtener un rendimiento óptimo de recursos limitados - tanto humanos como financieros - para atender las necesidades asistenciales en cualquier país. (...) La atención farmacéutica no se presta con independencia de otros servicios asistenciales, sino en colaboración con los pacientes, los médicos, el personal de enfermería y otros dispensadores de atención sanitaria. (...) La relación continua (del farmacéutico) con otros profesionales de la salud, especialmente los médicos, debe ser abordada como una sociedad terapéutica, implicando confianza y fe mutua en todos los asuntos farmacoterapéuticos".

Estudios en los que el FC ha participado en el control del paciente han demostrado una mejora de los resultados obtenidos en su salud. Recientes metaanálisis señalan que la integración del farmacéutico en el equipo sanitario a nivel ambulatorio e intrahospitalario mejora la evolución clínica y el control de los pacientes con hiperlipidemia, hipertensión y diabetes⁷⁻⁹. En trastornos mentales, como la depresión, también se ha observado que las intervenciones farmacéuticas pueden mejorar la adherencia a los tratamientos antidepresivos en el ámbito ambulatorio¹⁰.

Por otra parte, la falta de comunicación entre el FC y el MAP afecta también a la seguridad del paciente, ya que ha sido identificada como una de las principales causas de ingreso hospitalario

prevenible como consecuencia de problemas relacionados con la medicación¹¹. No obstante, en la actualidad no existe en España una relación de cooperación entre el médico y el farmacéutico.

BARRERAS PARA LA COLABORACIÓN ENTRE EL MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA I EL FARMACÉUTICOS COMUNITARIO: ESTUDIO QUALIFAR

Estudios cualitativos llevados a cabo en Europa, EEUU y Australia han explorado cuáles son los factores que afectan a la relación médico-farmacéutico¹²⁻¹⁵. Estos estudios han señalado como principales barreras para la colaboración entre profesionales: el desconocimiento personal, la territorialidad y el conflicto de interés del farmacéutico por la ganancia en la venta de medicamentos. Estas barreras afectan a la confianza y el respeto mutuo, dificultando la relación. Algunos de estos estudios se llevaron a cabo en países donde coexisten farmacias de titularidad particular con cadenas de farmacias, reportando mayor interés por parte de los médicos en colaborar con las primeras en las que confían más.

Sin embargo, estos resultados no son extrapolables a nuestro entorno, debido a las grandes diferencias existentes, tanto en el tipo de sistema sanitario como en el tipo de gestión de las oficinas de farmacia, y en la formación recibida por los profesionales sanitarios.

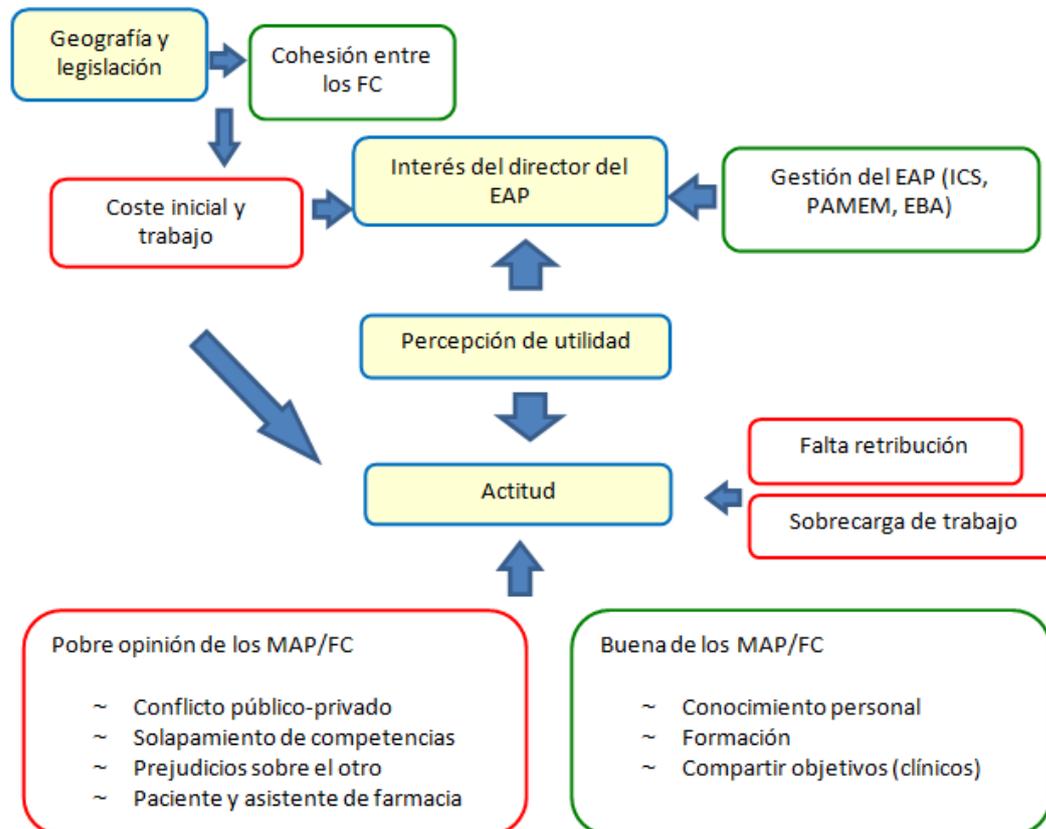
En el marco del X Ajuts a la Recerca de la CAMFiC se realizó un estudio cualitativo para identificar, desde los significados subjetivos y las experiencias de los MAP y los FC de nuestro entorno, las dificultades y oportunidades que impiden y facilitan la colaboración entre los diferentes profesionales sanitarios. Los resultados de este estudio, que han sido recientemente publicados¹⁶ indican que los factores que influyen en la colaboración médico-farmacéutico cambian en función de si se encuentran en el momento previo a la colaboración (figura 1) o cuando ya se colabora (figura 2).

Antes de que se inicie la colaboración los 4 factores clave son: la percepción positiva de utilidad, el interés de la dirección del equipo de atención primaria (EAP), la actitud positiva de los profesionales y cuestiones geográficas y legislativas.

Una percepción positiva de utilidad es necesaria para iniciar la colaboración. La evidencia de resultados positivos facilitaría las percepciones de utilidad positiva. El interés del director del EAP está influenciado por su percepción de utilidad, por el coste inicial (infraestructura y recursos humanos) de la colaboración y por la percepción de que el Sistema de Salud no la incentiva. La actitud de los profesionales está fuertemente influenciada por la opinión que se tiene del otro que influye en el respeto y la confianza, factores que son clave para colaborar. La percepción de que existe un conflicto público-privado, las experiencias previas negativas, el solapamiento de competencias y la pobre definición de los roles genera una opinión negativa del otro profesional. Otras personas, como los pacientes y los auxiliares de farmacia, parece igualmente afectar la actitud de los profesionales y, en consecuencia, la colaboración.

Figura 1. Factores que afectan a la colaboración entre los médicos de atención primaria y los farmacéuticos comunitarios antes de que esta se (antes de colaborar).

FC: farmacéuticos comunitarios. EAP: equipo de atención primaria. ICS: Institut Català de la Salut. PAMEM: Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal. EBA: Entitat de Base Associativa (un tipo de modelo de gestión privada). MAP: médicos de atención primaria.



De acuerdo con los profesionales, el conocimiento personal podría hacer que los prejuicios, las opiniones estigmatizadas negativas y los conflictos desapareciesen. Es otro factor para mejorar la opinión de los médicos hacia los farmacéuticos la existencia de objetivos comunes, preferentemente clínicos. La carga de trabajo y la falta de incentivos son factores que también dificultan la colaboración.

Finalmente, factores legales y geográficos pueden también aumentar el esfuerzo necesario para coordinar la colaboración.

Para mantener la colaboración, los factores clave son: la consecución de objetivos y los cambios en la dirección del EAP. Para que la relación se mantenga en el tiempo, tanto los profesionales como el director del EAP tienen

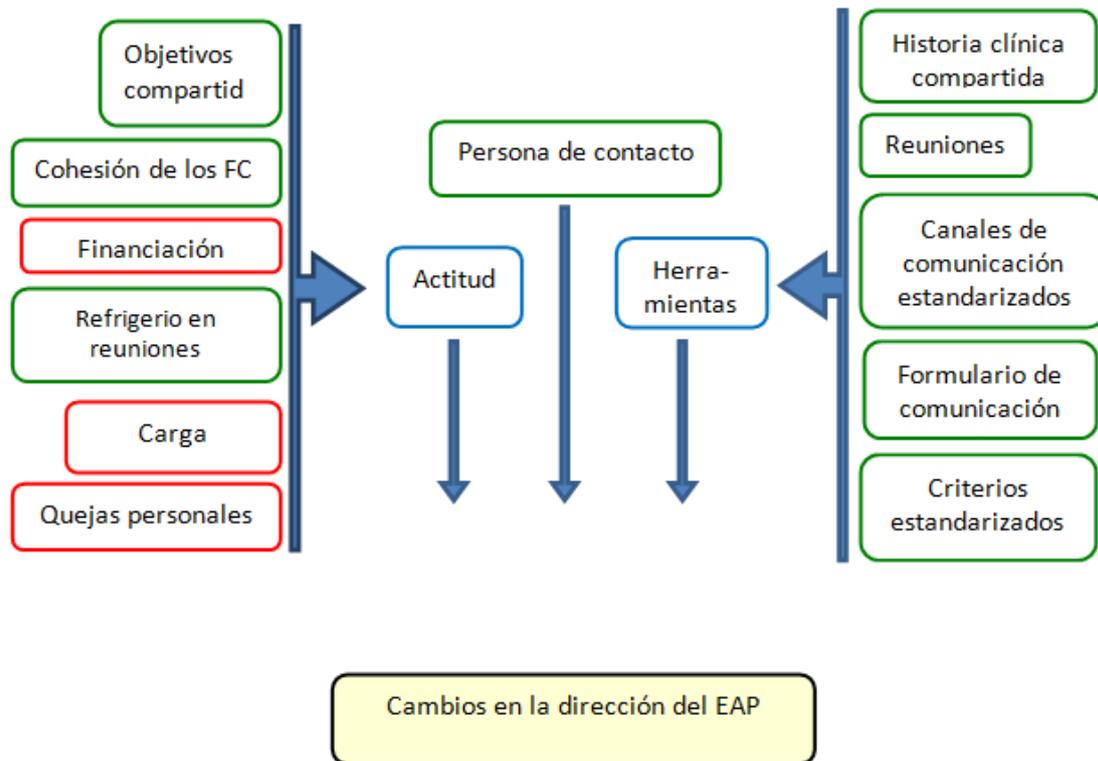
que ver que ha habido beneficio o utilidad en esta colaboración.

Según los profesionales, contar con coordinadores o personas de referencia responsables de dirigir la colaboración y la vinculación de los dos grupos, los métodos de trabajo estandarizados y los canales de comunicación estandarizados y ágiles son factores esenciales para alcanzar los objetivos. La actitud positiva podría cambiar como consecuencia del aumento de la carga de trabajo o la falta de financiación impidiendo la continuidad de la colaboración.

Finalmente, en caso de cambio en la dirección, si ésta no está a favor, los profesionales ya no pueden tener tiempo ni apoyo para continuar la colaboración.

Figura 2. Factores que afectan en la colaboración entre los médicos de atención primaria y los farmacéuticos comunitarios cuando ésta ya se ha iniciado (durante la colaboración).

FC: farmacéuticos comunitarios. EAP: equipo de atención primaria.



ESTRATEGIAS PARA LA COLABORACIÓN ENTRE LOS MAP Y LOS FC QUE COMPARTEN UNA ÁREA BÁSICA DE SALUD

A partir de los datos obtenidos de los estudios revisados¹²⁻¹⁵ así como del estudio llevado a cabo en nuestro entorno¹⁶, se han discutido y desarrollado las estrategias más importantes

para mejorar la relación de los profesionales médico y farmacéutico a nivel comunitario.

Para iniciar la colaboración es recomendable:

- Generar una percepción de utilidad y una actitud de los profesionales y del director del EAP positivos utilizando la evidencia científica que lo soporta.
- Aprovechar los cambios introducidos por el sistema sanitario (como lo fueron la receta electrónica o la introducción de los medicamentos genéricos) como excusa para iniciar la colaboración (objetivo común).
- Hacer que los médicos y los farmacéuticos se conozcan personalmente a través de reuniones y / o sesiones clínicas (con ello se consigue romper prejuicios y pactar

objetivos comunes preferiblemente clínicos).

- En estas primeras reuniones es muy importante que se evite tratar temas personales o casos concretos ya que generan una mala dinámica del grupo.
- Estas reuniones deberían realizarse en un horario compatible para ambos profesionales. Normalmente este horario coincide con la hora de comer, por lo que se favorecerá una buena actitud si se facilita que los profesionales puedan hacerlo mientras se desarrolla la reunión.
- Definir claramente, por parte de los médicos y farmacéuticos, los roles de los profesionales así como elaborar protocolos de actuación ante situaciones en las que sea necesario colaborar.
- Nombrar 1 o 2 personas como figura/s de referencia y/o coordinadores (preferiblemente deberían estar incentivados). Estos tendrán que moderar las reuniones y garantizar la resolución de conflictos entre los equipos.
- Facilitar que médicos y farmacéuticos puedan dedicar tiempo a coordinarse con equipos externos en su centro de trabajo
- Establecer canales de comunicación normalizados pactados entre ambos colectivos: listados de teléfonos, circuitos, horarios de llamada, listados de correos, hoja de interconsulta, etc.

Una vez iniciada la colaboración, con el fin de mantenerla, será necesario:

- Seguir incentivando a los profesionales para que puedan dedicar una parte de su tiempo a la tarea de coordinación con el otro profesional.
- Realizar reuniones periódicas de seguimiento en las que participen todos los médicos y farmacéuticos y en las que se evalúe el alcance de los objetivos comunes previamente pactados y se planteen objetivos nuevos.

Es muy recomendable que aquellos equipos que decidan iniciar una colaboración utilicen

registros para poder mostrar que los objetivos consensuados, ya sean clínicos o administrativos, han sido alcanzados. De esta manera, los equipos tendrán datos objetivos que apoyarán sus argumentos en caso de que se pida ayuda a la administración para realizar estas actividades.

Además, el registro incrementará la percepción de utilidad positiva dentro del equipo, facilitando la continuación de la relación. En caso de que los objetivos no hayan sido alcanzados, el equipo podrá reflexionar sobre las causas que lo han impedido y el desarrollo de nuevas estrategias.

Cabe destacar que, en nuestro entorno, las experiencias en que la colaboración se ha producido con éxito se han observado en áreas básicas de salud donde el Centro de Atención Primaria era gestionado por Entidades de Base Asociativa o por PAMEM. Estas experiencias se llevaron a cabo en equipos de profesionales que tenían un mayor control sobre el presupuesto del equipo de atención primaria y sus resultados, facilitando la implementación de estrategias como ésta para mejorar la eficiencia.

Desde las universidades, se debería formar a todos los profesionales de la salud en la importancia del trabajo interdisciplinario y colaborativo. Esto se podría conseguir aprovechando las asignaturas transversales y compartidas por los diferentes estudiantes y futuros profesionales para mezclar los estudiantes. Además, se debería incluir en el currículo una asignatura sobre las herramientas necesarias para comunicarse y gestionar efectivamente los equipos multidisciplinares.

Por último, si realmente se quiere conseguir que médicos y farmacéuticos de atención primaria colaboren, es imprescindible que las administraciones no sólo fomenten esta colaboración sino que faciliten los recursos y las herramientas necesarios para que los profesionales lo hagan. Estas van desde la financiación de la actividad hasta facilitar un espacio dentro de la historia clínica compartida

donde se puedan intercambiar los datos necesarios para alcanzar los objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Butlletí Oficial de l'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.

