

QUIÉN ES QUIEN

F. FERNÁNDEZ

El incumplimiento terapéutico es un grave problema sanitario que condiciona la eficacia de los tratamientos. Por ello, el COF de Barcelona ha puesto en marcha un programa para implantar un Sistema Individualizado de Dosificación (SIDD) en las farmacias barcelonesas. El coordinador de dicho programa, Rafael Borrás, explica en esta entrevista concedida a OFFARM las características de esta iniciativa y su incidencia en la vertiente asistencial de la oficina de farmacia.



Rafael Borrás

Coordinador del programa sobre Sistemas Individualizados de Dosificación del COF de Barcelona

«El incumplimiento terapéutico supone desaprovechar recursos sanitarios y asistenciales»

Recientemente, el COF de Barcelona puso en marcha un programa para implantar un Sistema Individualizado de Dosificación (SIDD) en las farmacias barcelonesas. ¿Realmente es tan grave el problema del incumplimiento terapéutico? Es un verdadero problema de salud pública, ya que hay una parte muy importante de la población que no sigue los tratamientos tal como se les ha prescrito, y esto significa

que no conseguiremos obtener los resultados esperados. Por otro lado, el incumplimiento terapéutico supone desaprovechar recursos sanitarios y asistenciales.

¿Son los SIDD la solución definitiva al problema del incumplimiento?

En absoluto, el incumplimiento terapéutico es un problema multifactorial. Los SIDD pueden ser una ayuda en la organización y planifi-

cación de la farmacoterapia. Esta nueva prestación puede ser muy útil para acercarnos más al usuario y trabajar otros aspectos relacionados con la adherencia y que requieren de un contacto profesional en el que el afectado tenga verdadera confianza en el sanitario que le atiende.

¿Podrían considerarse a los SIDD como un elemento más de la atención farmacéutica?

No exactamente, pero son elementos que contextualizados en un programa global de asistencia pueden ser de gran ayuda en la puesta en marcha de la atención farmacéutica. Ésta ha de ser permeable y dar cabida a iniciativas que den juego a los que la han de desarrollar (los farmacéuticos), aceptar y valorar (los pacientes) y los que han de creer en ella (los responsables de la Administración sanitaria).

No ha incluido en ese juego al resto del equipo asistencial...

Evidentemente, tenemos que buscar el consenso con el resto de profesionales sanitarios, pero es difícil entrar en los llamados «equipos asistenciales», algunas veces porque no creen en nuestra capacidad y otras por cuestiones corporativas, cosa que me parece poco relevante cuando lo que realmente está en juego es la salud del paciente. Eso sí, la aplicación de los SIDD es un primer paso para entrar en el equipo pluridisciplinario, pues es una labor que no se aprecia como intrusismo, sino como cooperación en una disciplina, el cumplimiento terapéutico, que se le escapa de las manos al resto de los profesionales de la salud.

¿Por qué se les acusa de intrusismo?

No nos engañemos. Muchas actuaciones en las que el farmacéutico tiene posibilidades y conocimientos para participar y decidir las hacemos con cierta reserva porque otros profesionales, con la fuerza de sus organizaciones, se nos echan encima tachándonos de «intrusistas». Pero si nos atenemos a la Ley del Medicamento, nos damos cuenta que en ella los conceptos de atención farmacéutica y farmacovigilancia están claramente defini-



«Adquirir responsabilidades, ofertar servicios y combinar asistencia y logística serán los tres ejes fundamentales de la farmacia en el panorama sanitario del futuro»

dos, así como en las respectivas leyes de ordenación farmacéutica. Algún día tendremos que reunirnos los diferentes colectivos sanitarios y redefinir de una vez por todas las responsabilidades profesionales de cada uno. Espero que eso sea el inicio de un reconocimiento de la labor asistencial del farmacéutico y no sólo de su labor como distribuidor minorista de medicamentos.

¿Es esa la verdadera visión que se tiene del farmacéutico?

Que se tiene o que se quiere tener. En el mundo del medicamento hay muchos intereses creados y a según quién le interesa dar una visión distorsionada de nuestro



colectivo. Además, los que pretenden dar esta imagen tienen un gran poder mediático, que sólo podemos contrarrestar en nuestra labor diaria con los pacientes, dándoles una buena asistencia.

Ámbito de responsabilidad

¿Son los SIDD aplicables a todos los pacientes?

En absoluto. La oficina de farmacia tiene que ir ofreciendo prestaciones diferentes que se apliquen a aquellos colectivos o grupos de pacientes que lo requieran. Los SIDD tienen que ofrecerse a pacientes que sean candidatos a incumplir el tratamiento y a los que estos dispositivos les puedan ser beneficiosos. En otros casos

encontraremos pacientes incumplidores que requieran otro tipo de actuación.

Puede haber quien piense que este servicio supone una mayor carga de trabajo y de responsabilidad...

Evidentemente hay más trabajo, pero la oficina de farmacia seleccionará los pacientes según prioridades y capacidad de actuación, pues es mejor controlar un grupo reducido de pacientes con un alto contenido asistencial, que ofrecer el sistema a muchos pacientes y no poder seguir el proceso como se requiere. En cuanto a la responsabilidad, es cierto que hay una mayor responsabilidad, pero ésta es sinónimo de afianzamiento y permite que se valore el trabajo que uno hace.

Tengo entendido que la aplicación de un SIDD conlleva cierta responsabilidad civil. ¿Cómo piensan salvar este escollo?

Desde el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona hemos conseguido que esta prestación esté amparada dentro de la póliza de responsabilidad civil que tenemos concertada, y sin recargo alguno. Creo que esto es positivo y da seguridad a los colegiados.

¿Y qué me dice de los requisitos legales?

Lo estamos enfocando como un acto de posdispensación. Hay un documento, que firman el paciente y el farmacéutico, en el que, por un lado, el paciente conoce y acepta las características del programa y deja en depósito de la oficina de farmacia la medicación no acondicionada; por su parte, el farmacéutico se compromete a proteger los datos farmacológicos del paciente. Con todo, hay que decir que la Ley del Medicamento no contempla esta práctica, sencillamente porque en el momento de elaboración y redacción de la Ley no se habían planteado este tipo de iniciativas. Pero es importante matizar que el programa está en plena consonancia con el verdadero espíritu de la Ley: el uso racional del medicamento.

Ahorro sanitario

¿Cuál ha sido la reacción de la Administración sanitaria a esta iniciativa?

Participamos en una comisión mixta con el Departamento de Sanidad de la Generalitat, de la que ha salido el documento definitivo para la implementación del programa. La Administración sanitaria catalana ha aceptado la iniciativa y lo que quiere son garantías de que las cosas se harán bien. Por mi parte, no hay dudas al respecto: las personas que han participado en la elaboración del programa son profesionales rigurosos y que saben lo que hacen, al igual que los farmacéuticos que lo desarrollarán.

¿Deberá pagar el usuario por esta prestación?

Actualmente hay farmacias que cobran y otras que no. Desde el

Colegio no podemos fijar las bases económicas de particulares, pero si llega el momento en que podamos demostrar a la Administración que estos programas consiguen disminuir el gasto sanitario (menor número de PRM, menos ingresos hospitalarios, mayor autonomía de los pacientes, menor número de cambios de estrategia terapéutica, etc.), será el momento de negociar una contraprestación económica. De momento, la prioridad es que el programa se implemente, funcione bien y sea positivo para los pacientes.

«Las personas que han participado en la elaboración del programa son profesionales rigurosos y que saben lo que hacen, al igual que los farmacéuticos que lo desarrollarán»

¿Cree que los SIDD son una aportación a la disminución del gasto sanitario?

Pueden serlo. Los farmacéuticos estamos contribuyendo en muchos aspectos, un ejemplo claro es la política de genéricos y precios de referencia, pero no podemos consentir estar siempre en el centro de un debate exclusivamente económico. Contribuir sí, pero a través de programas que perduren en el tiempo, que repercutan directamente en el paciente, que afiancen nuestra labor y que consecuentemente ayuden a contener el gasto. Esto, claro está, dentro de la partida que nos corresponde, porque otros fondos del saco necesitan una profunda revisión. Pero parece que esta última revisión es más compleja y laboriosa, y a los responsables de realizarla les es más fácil recortar de aquellas partidas que tienen claramente definidas y desglosadas.

Biografía profesional

Nacido en Badalona (Barcelona) en 1970, Rafael Borrás es licenciado en Farmacia por la Universidad de Barcelona. Farmacéutico de oficina desde 1994, Borrás es vocal del COF de Barcelona desde 1997, miembro de la Comisión de Seguimiento de Tratamientos del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya desde 1998, colaborador en varias asignaturas de la Facultad de Farmacia desde 1998, máster en Sida por la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona y diplomado en Nutrición. Asimismo, ha sido comisionado en Drogodependencias y Enfermedades Asociadas del COF de Barcelona (1997-2000) y participó activamente en la elaboración de Programa de Mantenimiento con Metadona puesto en marcha por el Departament de Sanitat y el Consell de Col·legis Farmacèutics .



Coordinador de varias campañas de prevención y autor de numerosos artículos sobre aspectos asistenciales del farmacéutico, Rafael Borrás es actualmente el coordinador del programa sobre Sistemas Individualizados de Dosificación del COF de Barcelona. □

SIDD y EFP

En una entrevista concedida a Europa Press usted dijo que suspenderían el programa si las EFP salían de la oficina de farmacia. ¿Se ratifica en esas declaraciones?

Yo dije que si las EFP salían del canal farmacéutico sería mucho más difícil seguir haciendo el programa. La primera fase de los protocolos es la revisión de las interacciones de los fármacos que toma un determinado paciente. ¿Podemos comprometernos a preparar un SIDD si no conocemos todos los medicamentos que toma el paciente? Personalmente, creo que no. Es importante defender la idea de que la oficina de farmacia es el centro donde convergen todos los tratamientos que toma un determinado paciente, sean del origen que sean. Hoy día, una persona acude a varios médicos (cabecera, privado, mutua, especialista) y en otras ocasiones se automedica o toma un fármaco de recomendación farmacéutica. ¡Alguien tendrá de controlar tanto fármaco y tanta posibilidad de interacción! Los farmacéuticos son los profesionales idóneos para realizar esa tarea, pero, como he dicho antes, hay

que creer en ellos y contar con su experiencia.

Por cierto, ¿cómo ve la posible salida de las EFP del canal farmacéutico?

Las grandes empresas del sector de la distribución no farmacéutica están ejerciendo mucha presión. Sospechosamente, el Tribunal de Defensa de la Competencia apoya a estos grandes grupos empresariales y algunos ex dirigentes del Tribunal están embarcados en una insistente campaña de desgaste contra nuestro colectivo. Si a esto añadimos el talante liberalizador de un sector importante del Gobierno, el panorama es, cuando menos, inquietante. A pesar de todo, creo que al Gobierno le va a ser muy difícil tomar esa decisión, ya que el problema sanitario podría ser grave y los consumidores están en contra de la medida. De todas formas, no tengo muy claro si en el caso de que no tomen esa decisión será realmente por convicción o por los múltiples problemas que afectan la sanidad actual. En cualquier caso, las grandes superficies comerciales seguirán insistiendo y lanzando «globos sonda» a la opinión pública. Nosotros sólo podemos contrarrestarlo con profesionalidad,



unión y diálogo con la Administración, pero un diálogo en el que se ponga de manifiesto nuestro papel asistencial y no utilizando un discurso que suene a férreo corporativismo.

Aplicación

Volviendo a los SIDD, ¿en qué dirección está trabajando el grupo de trabajo del COF de Barcelona?

Tenemos cuatro líneas de trabajo claramente definidas: la aplicación del programa a pacientes ambulantes, a las residencias geriátricas, a los pacientes invidentes y a la asistencia domiciliaria.

¿Por qué a las residencias geriátricas, los pacientes domiciliarios y los invidentes?

En el caso de las residencias geriátricas, es una manera de ofrecer una prestación asistencial que se traducirá en una mayor seguridad por parte de los profesionales de la institución y la adición de un valor añadido mucho más allá de la presencia de la farmacia como puro operador logístico.

En cuanto a la asistencia domiciliaria, se trata de que los farmacéuticos participen en una disciplina cada vez más arraigada. Los enfermos dejan las instituciones socio-sanitarias para ser atendidos en su domicilio. Este tipo de asistencia debe contar con un programa pro-

pio que incluya la aportación de la farmacia en el cuidado del paciente. Nos alejamos otra vez del tema puramente logístico, pues la asistencia domiciliaria no es el mero reparto de medicamentos a domicilio. Creo que siempre que aparezcan o se afiancen nuevas formas de asistencia, el farmacéutico ha de estar presente.

En el caso de los invidentes, estamos en contacto con los responsables de la ONCE para conseguir implementar un programa que beneficie a este tipo de pacientes. También estamos estudiando hacer etiquetas en Braille y dedicar una atención especial a un colectivo que usa medicamentos y tiene poco acceso a la información de los mismos.

¿No podría aplicarse el programa a los pacientes que toman fármacos antirretrovirales?

También estamos trabajando esa faceta. Quizá los SIDD sean adecuados para el control y la dispensación de la terapia antirretroviral, pues el grado de incumplimiento entre los pacientes que toman este tipo de medicamentos es realmente alarmante, y el hecho de acudir al hospital a buscar la medicación dificulta la normalización y les supone un problema. Pero siempre nos encontramos con el mismo problema: el económico. Planteemos, pues, programas en los que se remunere al farmacéutico por acto asistencial. Tenemos el ejemplo de los programas de mantenimiento con metadona, que funcionan y son beneficiosos para los pacientes, ya que contribuyen a su normalización y desestigmatización. En contrapartida, el farmacéutico es retribuido por su servicio profesional.

¿Han contactado con organizaciones de enfermos y evaluado la potencialidad del servicio que ustedes proponen?

No sólo con este tipo de organizaciones, sino también con organizaciones de consumidores y ONG. Precisamente son este tipo de colectivos nuestros principales interlocutores y quienes con su fuerza pueden afianzar a la farmacia en el lugar que le corresponde socialmente. La Administración es

claramente sensible a las propuestas de estos grupos y por eso hemos de trabajar con ellos y hacerles partícipes de nuestros proyectos, inquietudes y motivaciones.

¿Puede ser la implementación de los SIDD un paso hacia la dispensación en unidosis?

En absoluto. Una cosa es la unidosis, que es proveer al paciente de un número exacto de unidades de un determinado medicamento, y otra cosa es organizar la medicación en unos dispositivos multidosis para mejorar el cumplimiento terapéutico. Son conceptos diferentes que pueden aplicarse independientemente uno del otro. Nuestra propuesta es claramente asistencial y su objetivo es la disminución de PRM y la mejora del uso de los medicamentos, evitando así problemas de morbilidad y mortalidad que, a su vez, se traducirán en un claro ahorro económico.

«En el mundo del medicamento hay muchos intereses creados y a según quién le interesa dar una visión distorsionada de nuestro colectivo»

Presente y futuro

Cambiando de tema, me gustaría que nos diera su opinión sobre la Ley Foral de Atención Farmacéutica de Navarra.

En mi opinión, el verdadero objetivo de la Ley es la concertación selectiva basada en el descuento para que las oficinas de farmacia puedan ayudar a disminuir el gasto, ser más poderosas y soportar un menor número de ingresos.

La Administración necesita farmacias potentes, y como es legal, ética y políticamente incorrecto disminuir el número de oficinas de farmacia, cree que es mejor abrir el mercado y que sea éste quien haga una selección natural. Esto va en



detrimento de las farmacias menos poderosas y puede dejar desabastecidas muchas zonas. Por otra parte, espero y deseo que esta situación no vaya en detrimento del uso racional del medicamento y del acceso inmediato al mismo, ya que en según qué situaciones será difícil mantener unos stocks amplios. Es otro ejemplo de una visión estrictamente económica de la farmacia y que olvida su labor asistencial.

¿Cómo ve el futuro de la farmacia en nuestro país?

Creo que es un futuro en el que aún dependemos de nosotros mismos, pero hay que tener claro que el entorno no nos ayudará. En mi opinión, adquirir responsabilidades, ofertar servicios y combinar asistencia y logística serán los tres ejes fundamentales de la farmacia en el panorama sanitario del futuro.

¿Quiere añadir algo más para los lectores de OFFARM?

Lo que me gustaría decir quizá lo exprese mejor con una cita y la recomendación de un libro. La cita es de Tom Peters y es la siguiente: «Los triunfadores del mañana serán los que sepan operar en medio del caos, los que vean el caos como una fuente de ventajas de mercado y no como un problema que hay que evitar.» El libro que recomiendo es ¿Quién se ha llevado mi queso?, de Spencer Johnson. Creo que Haw, uno de sus protagonistas, debería ser farmacéutico. □