Resumen mesa 8.

Lecciones aprendidas del proyecto de los farmacéuticos vascos y españoles.

Esta exposición estará a cargo del Dr. Miguel Angel Gastelurrutia Garralda, Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Guipúzcoa y del Consejo de Farmacéuticos del País Vasco y será coordinada por el presidente de FEFARA Farm. Manuel Agotegaray.

Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda es Licenciado en Farmacia por la Universidad de Navarra y Dr. en Farmacia por la Universidad de Guipúzcoa.

**Dr. Gastelurrutia.**  Muchas gracias, en primer lugar quiero agradecer la invitación a FEFARA y, sobre todo, a su Presidente Manuel Agotegaray por haberme permitido volver a este gran País que me encanta.

He disfrutado estos dos días, que han sido muy intensos, y es fantástico que un viernes a esta hora esté la sala llena con tanta gente joven. De verdad que lo estoy viviendo como una experiencia muy especial.

Yo voy a hablar solo de farmacia comunitaria y ya sé que los farmacéuticos de hospital son unos grandes profesionales están muy bien ubicados, pero yo vivo de una farmacia, trabajo en una farmacia y aunque soy Presidente de todos los farmacéuticos de la zona donde yo ejerzo, ellos ya saben que tengo el sesgo de defender la farmacia comunitaria, que es la que más profesionales acoge. Y, nosotros decimos que es el patito feo de la profesión. Según algunos, somos los vendedores, los menos profesionales y, sin embargo, muchos sabemos y creemos que la farmacia comunitaria es tan profesional o más que otros entornos asistenciales.

Tengo suerte, vivo en una ciudad muy bonita en el norte de España. Soy el presidente del Colegio de esta pequeña provincia, que es la más activa profesionalmente en farmacia comunitaria. Soy Presidente, además, del Colegio de Gipúzcoa y colaboro desde el 97 con el grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Es decir vivo en una ciudad bonita y, hago la investigación en Granada que es otra ciudad maravillosa, los invito a visitarnos.

Voy a analizar de dónde venimos para poder explicar dónde estamos y que estamos haciendo en relación con los Servicios profesionales farmacéuticos.

Yo desde el 1997 me convertí a esto de la Farmacia Asistencial, de la farmacia clínica o farmacia comunitaria. Dos investigadores dijeron hace mucho tiempo, en 1999, que nuestra Profesión en realidad son tres profesiones distintas. Que no tienen nada más que dos aspectos en común, el nombre Farmacia y el Medicamento.

Una profesión se dedica a fabricar, a elaborar medicamentos, y que después se separa en dos franjas, el hospital que se dedica a gestionar la farmacia del hospital, a acercarse al paciente y entonces aparece la farmacia clínica. Por otro lado la Comunitaria se queda con una función más de distribución y consejo.

Digamos ya, que esto último, está muy bien pero tiene sus limitaciones. Por ello, ya deberíamos estar en una fase menos centrada en el producto y más en el paciente y digo deberíamos porque creo que es evidente que todavía no lo estamos en la medida necesaria.

Estamos en una profesión relativamente nueva, esta fase tercera la farmacia clínica surge en el año 60 y allí se empieza a hablar del uso seguro del medicamento lo cual es hoy es algo muy habitual.

La primera vez que aparece el término Farmaceutical Care es en una publicación del año 1975, también recientemente en un Documento se dice que la Dispensación es algo más que la entrega del medicamento. En un documento legal de Estados unidos en 1990, el mismo año que en nuestro país se nos dice que tenemos que empezar a pensar en el paciente. Nosotros estimamos el inicio del debate de la Atención Farmacéutica en aquellos años en un congreso en Alcalá de Henares. Allí se consiguió que se creara el grupo de investigación de Granada, en el que estoy participando, la Fundación farmacéutical care, en fin, tuvo un impacto muy grande.

En 2001 en España se publicó una ponencia que separaba las actividades relacionadas con el producto, la compra, mantenimiento, conservación, etc. De las actividades de atención farmacéutica clínica, y nos decía a los farmacéuticos tenéis que pasar de pensar en el medicamento a pensar en el paciente.

Por otra parte, yo siempre hago la reflexión, en mi farmacia, de cuantos ingresos consigo del medicamento, y cuantos consigo de actividades orientadas al paciente. Sinceramente muy pocos de estas últimas, lo que llamamos Atención Farmacéutica, va muy despacio. Aunque, repito, soy muy optimista.

Sin embargo, yo creo que hay motivos suficientes para pensar que el farmacéutico como profesional de la salud debe orientar su actividad hacia otro sitio. Hay, por ejemplo, una necesidad social no cubierta que es la morbimortalidad relacionada con el uso de los medicamentos.

Al respecto un estudio que se hizo en Granada hace unos años demostraba que el 30 por ciento de las personas que utilizaban un medicamento iba a urgencias o mejor dicho el 30 por ciento de los que iban a urgencias iban porque utilizaban un medicamento. Que es más correcto y ese estudio lo replicamos en 9 hospitales de España y en todos ellos obtuvimos unos resultados muy similares. El 35 por ciento de la gente acudía a urgencias por utilizar un medicamento. Bien o mal. No solo mal. Bien o mal. Y lo más importante para nosotros,como farmacéuticos, es que podíamos haberlo evitado en un 80 por ciento de los casos, si hubiéramos hecho seguimiento fármaco terapéutico a esos pacientes.Esto no lo digo yo, ni lo dicen los autores de estos artículos, esto lo decían las Asociaciones de médicos internistas que evaluaron todos los casos.

Hay necesidad sanitaria no cubiertas y el farmacéutico formado en la universidad para que cumpla unas competencias básicamente sanitarias, no mercantil, debería aprovechar esas muchas oportunidades de actuación. Además, en la farmacia estamos en una crisis económica total y absoluta, la rentabilidad va a peor y va a seguir bajando. Esto ocurre en todos los países del mundo. Porque tenemos un margen real y las autoridades sanitarias siempre quieren disminuir el coste en medicamentos. Además, la mayoría de los medicamentos que están en farmacia comunitaria son ya maduros, muy antiguos y están bajando su precio relativo. Porque están siendo sustituidos por los medicamentos nuevos y, no tenemos acceso a ninguno de estos, porque toda la innovación va al hospital. En concreto, la situación de la farmacia española económicamente va a peor y va a seguir yendo a peor, y no sé qué va a pasar en Argentina, pero supongo que será algo parecido.

En España algunos han intentado buscar la alternativa de vender más productos de los que llamamos parafarmacia, cosmética, etc. esas cosas que a mí no me gustan nada pero que al final hay que vender porque hay que llegar a fin de mes. Y creen que puede ser una alternativa, pero realmente no lo es. Puede tener un efecto inmediato pero no tiene futuro porque luego van cayendo a supermercados y otros comercios y al final los perdemos.

Entonces estamos en la fase del ¿qué hacemos?

Diversificamos sin perder la imagen sanitaria, profundizamos en los servicios, profundizamos en la atención farmacéutica, o seguimos aumentando el área de venta de productos para sacar una rentabilidad inmediata que al final no nos asegura ningún futuro. Lo dejo para la reflexión.

Mientras tanto, nosotros en España seguimos hablando de que hay que hacer una farmacia asistencial pero en la práctica sigue siendo más discurso que realidad. Antes se hablaba de la atención farmacéutica ahora todo es farmacia asistencial y a mí me gusta preguntar qué es la farmacia asistencial.

En ese sentido, me voy a referir a una definición que utiliza el Foro de atención farmacéutica en farmacia comunitaria de España. En 2.015 allí definimos que son: Todos los Servicios Sanitarios que se prestan desde la Farmacia. Pueden hacerse en la farmacia pero también en el domicilio de un paciente o en una residencia de ancianos, etc. Siempre por un farmacéutico que utilice sus competencias y no un técnico, con objetivos de prevención de la enfermedad o mejora de la salud o también de optimizar el proceso de uso de los tratamientos y sobre todo de los resultados sanitarios.

Porque los farmacéuticos, en general, nos hemos olvidado de los resultados en salud. Estoy totalmente de acuerdo que los farmacéuticos tenemos que empezar a cobrar por servicios en función del valor que añadimos a esos servicios. Pero, para ello, tienen que ser específico, unitario, tener entidad acorde con su definición, fines, procedimientos y registro que permita su evaluación.

Aclarado que es un Servicio Farmacéutico Asistencial puedo decir qué no lo es. Algunos ejemplos, cabina de cosmética, visitas de esteticistas, gabinetes de podólogos, etc. etc. No voy a profundizar más, pero creo que es importante que el farmacéutico se dedique a utilizar sus competencias sanitarias.

Los Servicios, los separamos en dos grandes grupos. Aquellos donde hay siempre un paciente y un medicamento. Y, los Servicios de salud comunitaria, o de salud pública, como quieran llamarle. Además diferenciamos aquellos orientados a evaluar el uso del medicamento, y aquellos enfocados a evaluar el resultado final en salud, que al final es lo que más nos importa.

Hay muchos, hay dispensación, indicación farmacéutica, conciliación de la medicación, adherencia terapéutica, formación magistral,revisión de la medicación, vacunación y los orientados a los resultados como el seguimiento fármaco terapéutico, del que luego hablare un poquito más. Porque es mi servicio preferido.

Luego hay aquí una serie de servicios relacionados con la salud comunitaria que consisten en hacer educación sanitaria, hacer revisión de la medicación, conciliación terapéutica, seguimiento fármaco terapéutico, información a otros agentes de salud y al final la prescripción farmacéutica que incluiría medicamentos que no necesitan receta.

Bueno, vamos a ver que tenemos en este momento en España. Como servicios farmacéuticos asistenciales remunerados que nos pagan, tenemos la formulación magistral que nos paga la Administración, los programas de metadona, no en todas las comunidades autónomas, allí nos pagan un dinero por paciente y mes. El tratamiento directamente observado de tuberculostáticos, el paciente va a la farmacia toma la pastilla delante del Farmacéutico y eso nos lo pagan en Valencia y en el País Vasco.

La detección temprana del sida, que se hace en distintas autonomías, también nos pagan y estamos teniendo unos resultados muy buenos.

En el País Vasco tenemos un programa de Mejora del Uso de la medicación. En la farmacia hacemos una revisión de la medicación, y le preparamos los sistemas personalizados de dosificación, los blíster. Esto lo paga el Sistema de salud.

Y estos son todos los servicios asistenciales que están remunerados en España por la Administración y hay otros servicios que los pagan los usuarios, como la medida de la presión, hacer la glucemia, colesterol, una hemoglobina glicosilada y otros.

Esta es la foto de la realidad en este momento en España. Es verdad que estamos trabajando mucho para que cambie pero en este momento es la que es. Y en el país vasco, por el programa de la metadona nos pagan 58 euros por paciente y mes. El HIV nos pagan 18, 19 euros por pacientes y mes y el paciente tiene que pagar 5 euros.

Y lo bueno es que estos pacientes eligen la farmacia a pesar que tienen dos alternativas gratis, Centro de salud o las ONG de gays y lesbianas. Pero la farmacia es el centro de salud al que más pacientes están yendo y estamos dando la mayor tasa de positivos. Por este Servicio nos pagan 31 euros paciente y mes. Y yo creo que está, también, muy bien pagado.

Junto a estos tres servicios estamos haciendo un piloto de seguimiento fármaco terapéutico pagado por la Administración vasca, 20 euros paciente y mes, en tres municipios. Si conseguimos que los resultados salgan como espero, habrá que conseguir que la Administración lo implante de una manera real en todos los grupos de pacientes que ellos quieran.

Al respecto, yo tengo muchas aspiraciones y mucha esperanza. De hecho, uno de los motivos por el que, a mi edad, volví a presentarme a Presidente del Colegio era para pelear esto. Creo que puede ser un pequeño gran paso en el futuro de la farmacia comunitaria española.

Estamos trabajando en muchos servicios en el país vasco, programas de intercambio de jeringuillas, programas de comunicación, no me voy a entretener, detección de diabetes mellitus. Además, acabamos de poner en marcha un programa un servicio de seguimiento de uso de medicamentos nuevos .Además, queremos trabajar en recuperar los antiretrovirales que se nos fueron y tenemos personas con VIH que nos están insistiendo para que vuelva el programa a la farmacia para recoger el medicamento. Y en esto tendremos que abordar un cambio en el sistema de remuneración, porque creo que es más importante tener los medicamentos que mantener un sistema de rentabilidad por productos que nos está asfixiando.

Además, en nuestro Colegio empezando a trabajar con colectivos sociales. Este es un mundo que para nosotros era desconocido y hemos estado trabajando con ellos y ya somos una Organización reconocida por los servicios sociales municipales y de las diputaciones de todo Gipúzcoa. También hemos definido una farmacia amigable para las personas mayores, estamos trabajando a nivel de barrios, y, quiero que sepan que son otras de las líneas importantes que tenemos para trabajar y para hacernos un hueco en el mundo actual.

Bueno, el Colegio y la Cefac a nivel Nacional están trabajando en muchos temas, medida de presión y riesgo cardiovascular, dolor, sobreindicación, y dependencias de nuevas tecnologías. Pero me voy a parar en conSIGUE. Que es seguimiento farmacoterapéutico.

Entendemos que para evaluar ese servicio tenemos que seguir los pasos que sigue un medicamento. Cuando hay una necesidad se diseña y se desarrolla un medicamento, se hace un ensayo clínico en condiciones muy controladas para evaluar la eficacia de ese medicamento y, una vez que sabemos que lo es, lo llevamos a la sociedad para ponerlo en marcha y evaluarlo en la práctica. Lo llevamos a la calle para que se use en condiciones habituales y a esto lo llamamos implantación.

Brevemente, el programa conSIGUE es un programa de seguimiento farmacoterapéutico, que consiste en una relación personal con el paciente, sistematizada para detectar problemas relacionados con el medicamento y resolver resultados negativos.

Este estudio controlado lo hicimos del 2009 al 2013 en cuatro provincias y hubo 1400 pacientes, quiero decir una muestra importante. En el programa el criterio de inclusión era pacientes mayores de 65 años o más, polimedicados.

El resultado fue que en seis meses disminuimos los problemas de salud no controlados, y esto no es que lo digamos nosotros, porque esta todo publicado, son resultados contrastados. Una disminución de casi el 50 por ciento en las visitas a urgencias y esto lo lograron farmacéuticos comunitarios en colaboración con los médicos.

Pero estos son datos que, sobre todo, a la juventud farmacéutica le tienen que animar a trabajar en este tema, porque disminuimos un 55 por ciento las hospitalizaciones, aumentamos 6.6 puntos la calidad de vida sin modificar el número de medicamentos que tomaban. Pagando al farmacéutico 22 euros paciente y mes, generando un ahorro importante al Sistema de Salud. Por cada euro invertido se genera un beneficio de 3.3 euros. Estos son los argumentos que hemos utilizado para conseguir un programa piloto en el país vasco. Y no me digan que estos no son unos resultados espectaculares.

Después, dijimos lo vamos a implantar, para ver si el farmacéutico es capaz de integrarlo en su práctica habitual y lanzamos dos proyectos de implantación, el último ya tenía un cuaderno de datos electrónicos.

Una figura que hemos desarrollado en España y que denominamos formadores colegiales, se podría llamar facilitadores y como aquí me decían, tutorías. El truco es que ese señor va a la farmacia a solucionar problemas del farmacéutico y si el no puede captar pacientes le explica como hacerlo, sin no sabe de clínica le explica, o si no sabe identificar el problema lo ayuda a resolverlo y le explica cómo hablar con el médico.

Hemos descubierto que estos formadores fueron la clave, de todo el éxito en la implantación de nuevas Prácticas además de la participación comprometida de muchos Colegas. Y en cuanto al modelo de implantación tenemos uno muy interesante que nos permite evaluar resultados, clínicos, económicos, humanísticos, y, en salud, porque para que nos paguen debemos mostrar resultados evidentes.

En estas dos fases participaron 1428 pacientes y 211 farmacias con el formador colegial, vendíamos como digo resultados y el progreso de los mismos, el alcance, la fidelidad, el nivel de integración del servicio en la farmacia. Y luego los resultados en salud. Y todo eso lo volvíamos a chequear a los doce meses.

Una disminución de problemas de salud, no controlados, de más de 50 por ciento, de visitas de urgencias y hospitalizaciones y una pequeña disminución de medicamentos. También un cambio en la calidad de vida medible. Evidentemente, tenemos una herramienta magnífica en nuestras manos, pero lo tenemos que saber y creer nosotros. Y, este es el verdadero problema que padecemos los farmacéuticos.

También desarrollamos un modelo de comunicación, de relación farmacéutico médico y vimos que, con el tiempo fue creciendo la cooperación, y mejorando de una manera muy interesante. Todo bueno.

Que hemos aprendido del programa Consigue, que tenemos un programa de formación a disposición de todos los farmacéuticos y con resultados clínicos, económicos y humanísticos garantizados. Además, estudios fármaco económicos que nos permiten negociar una remuneración por el servicio y un modelo de implantación que nos funciona bien.

En fin estamos haciendo unos informes periódicos para mostrar los resultados obtenidos y ahora intentando que lo entienda el Consejo General para que se ponga en marcha en toda España. Les ofrecemos una herramienta que no son conscientes de lo potente que va a ser. Y, que le dejo aquí a FEFARA para lo que quiera.

Y como consecuencia de todo, el colega Español que habló esta mañana les decía que este trabajo de los farmacéuticos es bueno, genera resultados y debe ser remunerado. Y Juan lo afirma desde fuera de las Instituciones colegiales porque pertenece a una muy respetada Agencia privada ligada a la Industria.

Muy brevemente, hemos logrado un 30 por ciento de adherencia a estos programas y mejorado el asma y la epoc, la presión arterial. Mejoramos también la calidad de vida 5 puntos y aquí el coste efectividad es muy bueno.

Respecto al otro programa que es el de Indicación, hay un artículo que a mí me gusta mucho y que describe lo que pasaba en Canada, Inglaterra, Holanda, Escocia y Estados Unidos. Allí dice que los farmacéuticos en estos países, están intentando conseguir que el medicamento sea efectivo, seguro, eficiente y prevenir o gestionar las enfermedades crónicas que es el gran problema que tenemos y va a ir agudizándose.

Bueno, lo que quiero transmitir con esto es que en todo el mundo se está trabajando en lo mismo en servicios profesionales farmacéuticos asistenciales.

En Europa se está trabajando es dispensación, formulación magistral, gestión de la medicación, la revisión de la medicación y el New medicine service de Inglaterra que pretende mejorar la adherencia en cuatro patologías, hipertensión, anticoagulantes, asma y Urgencias. También la vacunación, Cesación tabáquica, medidas de presión arterial y gestión de enfermedades crónicas.

También tenemos en España una agencia nacional que se llama Sigre, Sistema integrado de gestión de residuos y que lo paga la patronal de la industria y, con ello, financiamos la recogida a través de todas las farmacias de todos los medicamentos caducados o que sobran. Y esto es una tónica similar en todos los países de Europa.

Respecto a vacunas, en 9 países europeos ya están vacunando las farmacias. Y con mucho éxito y en Portugal que es uno de los primeros países que empezó a vacunar, cobrando insisto, está por hacerse cargo de la remuneración la Administración Nacional.

Y qué hemos aprendido, que es lo que me preguntaba Manuel. Bueno, mi opinión es que después de todos estos años trabajando en los servicios creo que el futuro debe ir más allá de la dispensación. Creo que la distribución está superada, pero tenemos que intentar mantener el medicamento en la farmacia el mayor tiempo posible. Sin embargo, como dice la Fip y la Oms, la Organización mundial de la salud, no hay futuro en el exclusivo acto de dispensación. Sin embargo, dicen también, que sí tenemos mucho futuro si empezamos a realizar servicios asistenciales orientados al paciente.

Yo creo que hay que aguantar como sea la dispensación, porque de eso vivimos todavía, pero hay que empezar a dar saltitos en otro sentido. Por ejemplo, no hay que olvidar lo Social porque crecen la vulnerabilidad, la soledad, la dependencia, la fragilidad. Y esto es algo que los farmacéuticos comunitarios que estamos en todos los barrios, en todas las zonas más desfavorecidas podemos ayudar con la práctica de servicios remunerados que atiendan necesidades no cubiertas. Lo que está solucionado no lo vamos a abordar. Hay que abordar necesidades sociales no cubiertas que nos permitan tener una relación personal con el paciente y que sean coste efectivos. Y para esto necesitamos, que nos paguen el servicio, que sea rentable y tener programas de implantación para ponerlos efectivamente en marcha.

Necesitamos observar necesidades sociales sin atender para generar servicios y resultados en salud . En el país vasco estamos haciendo estos Programas piloto porque somos los únicos que llevamos años pidiendo que se nos paguen esos servicios, no somos especiales simplemente lo pedimos. Y hay mucho miedo a pedir, yo creo que debería ser la prioridad de todos nuestros dirigentes profesionales, al menos en España. Nosotros siempre que vamos a hablar de cualquier tema acabamos ofreciendo y pidiendo que se nos paguen los servicios.

Gonzalo Souza Pinto, portugués, dice que el modelo de remuneración de las farmacias es quizás la principal barrera para la implantación de esos servicios y agrega que el Farmacéutico es el único profesional sanitario cuya remuneración depende de la venta de un producto.

He dicho que la dispensación nos ha mantenido durante siglo y medio, pero está disminuyendo su margen, necesitamos ir aumentando ingresos por otra vía, y puede ser la de los servicios asistenciales de Salud. Y así, empezar a compensar la caída de rentabilidad porque si no tenemos un futuro incierto. Competimos con las nuevas tecnologías, no ya de los medicamentos si no con todo lo que viene de inteligencia artificial, internet, la transformación digital, porque grandes empresas tipo Amazon están observando con interés este Mercado. Entonces, debemos mantener esto como sea, pero todos notros debemos intentar que haya Servicios remunerados porque eso es fundamental.

Creo que la farmacia o es asistencial o no será. Yo ya a mi edad no tendré problema, pero todo el sector joven si no consigue tener servicios remunerados tendrá un futuro incierto. Creo en Nosotros y soy muy optimista, pero hay que hacer el análisis de la realidad, bien hecho.

Yo creo que hay un futuro ilusionante si tenemos Servicios Asistenciales Remunerados y que se pueden conseguir, su implantación y su generalización por lo tanto les animo a seguir trabajando a seguir peleando e implantar nuevos servicios y a pensar en el futuro que es lo que a todos nos interesa.

Cualquier consulta, a su disposición y ha sido un placer, muchas gracias.