

REIAL ACADÈMIA DE FARMÀCIA DE CATALUNYA

DISCURS

llegit en l'acte d'ingrés de l'Acadèmic corresponent
Il.ltre. Sr. Miquel Carles Aguiló Juanola
celebrat el dia 8 de novembre de 2004

PRESENTACIÓ
a càrrec de l'Acadèmic de Número
Molt Il.ltre. Dr. Xavier Sorní Esteva

“LA FARMÀCIA COMUNITÀRIA, TÉ FUTUR?”

Discurs llegit en l'acte d'ingrés de
l'Acadèmic corresponent
Il.ltre. Sr. Miquel Carles Aguiló Juanola
celebrat el 8 de novembre de 2004

Barcelona
2004

*L'Acadèmia no es fa solidària de
les opinions que s'exposen en les
publicacions de les que és
responsable l'autor.*

ISBN 84-688-7669-0

Dipòsit legal: PM 1522-2004

Impremta Félix Olivas .OLIGRAF - Antoni Ribas, 5 - Palma

PARAULES DE PRESENTACIÓ

de l'Acadèmic de Número
Molt Il.ltre. Dr. Xavier Sorní Esteva

Excel·lentíssim Sr. President,
Molt Il·lustres Senyors Acadèmics,
Senyores i Senyors.

És una satisfacció presentar al Sr. Miquel Carles Aguiló Juanola en aquesta solemne sessió pública en què la Reial Acadèmia de Farmàcia Catalunya es disposa a rebre'l com a acadèmic corresponent.

He de dir que la meva designació, per part de la Junta de Govern de l'Acadèmia, per a dur a terme aquesta grata comesa es deu al fet d'haver estat un dels tres signants de la proposta d'admissió, una proposta a la que no vaig dubtar en afegir-me per conèixer bé la seva trajectòria des dels anys de Facultat, des d'aquells anys en què ja mostrava una extraordinària inquietud per la Farmàcia, per llurs problemes, solucions i expectatives.

En Miquel Carles Aguiló Juanola, natural i resident a Palma de Mallorca, és Llicenciat en Farmàcia per la Universitat de Barcelona, Farmacèutic Especialista en Anàlisis Clíniques, Máster en Atenció Farmacèutica Integral (Universitat de Barcelona) i Farmacèutic Comunitari a Palma de Mallorca. Però, sobretot, és reconegut expert i impulsor de l'Atenció Farmacèutica i la Farmàcia Clínica en la Farmàcia Comunitària.

Ha estat Professor dels Màsters d'Atenció Farmacèutica de les Universitats de Granada, el 1997, de València, entre 1998 i 2002, i de Barcelona, des de 1999. En l'àmbit illenc, és docent en temes relacionats amb el Medicament, la Farmàcia Clínica i l'Atenció Farmacèutica en diversos àmbits, com la Universitat de les Illes Balears, el Col·legi de Farmacèutics i el Centre de Salut de la zona on exerceix.

Lluitador infatigable, a diferents àmbits, per la Professió i per la dignificació i reconeixement de la Farmàcia Comunitària, és pioner en impulsar el

desenvolupament de la Farmàcia Clínica en la Farmàcia Comunitària, duent a terme una gran tasca, materialitzada amb la direcció diversos cursos específics a Balears i posant en marxa sessions periòdiques de Farmàcia Clínica i de casos pràctics per a farmacèutics comunitaris, tant a Palma de Mallorca, a través de l'Acadèmia Mèdica Balear, com a Barcelona, amb la Societat Catalana de Farmàcia Clínica.

El seu quefer i prestigi el portaren a ser nomenat President de la Secció de Farmàcia Clínica i Farmacologia de l'Acadèmia Mèdica Balear, filial de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, càrrec que va exercir durant vuit anys, durant als quals, entre altres iniciatives, va dirigir més de vint Cursos de formació continuada per a farmacèutics i metges. Val a dir que els temes i professorat d'aquests cursos eren molt especialment seleccionats, procurant sempre incloure farmacèutics especialitzats per als aspectes relatius a farmacoteràpia, alimentació o analítica. Ha estat també Assessor Clínic dels "Seminarios en metodología y documentación" de la Fundació Kovacs, entre els anys 1996 i 1998, i és Assessor Científic de la Secció de Farmàcia Clínica i Farmacologia des de que va deixar la seva presidència, a l'any 1996.

És un fervent impulsor de la participació activa dels farmacèutics en les sessions clíniques dels metges en el centre de salut corresponent, com a manera d'establir una relació científica i personal entre prescriptors i dispensadors, la qual ha de facilitar la col·laboració en les diferents qüestions relatives al tractament farmacològic dels pacients. Aquesta activitat, desenvolupada per iniciativa particular a la seva zona des de març de 2000, va interessar tant a les autoritats sanitàries, que institucionalitzaren aquest procés, i actualment es duu a terme a totes les zones de salut de Mallorca i Eivissa.

En crear-se una comissió mixta Ibsalut-Col·legi de Farmacèutics per analitzar les possibilitats de col·laboració entre metges de família i farmacèutics comunitaris, en fou nomenat membre, i dins aquest marc ha participat en el disseny d'un full d'intercomunicació, creat precisament per establir canals de comunicació entre aquests col·lectius. Actualment, es troba en fase d'avaluació mitjançant un pla pilot a 5 zones de salut de Mallorca.

Són nombrosos els càrrecs desenvolupats per en Miquel Aguiló, com ara el de vicepresident de l'Acadèmia Mèdica Balear, durant 4 anys, amb una participació molt activa en diversos aspectes, com l'elaboració d'un nou reglament de règim interior. És col·laborador de la Fundación Pharmaceutical

Care España des dels seus inicis i també, membre del comitè de redacció de la revista The Pharmaceutical Letter.

De fet, amb el currículum a la mà, molt més es podria afegir sobre la feina feta per en Miquel Aguiló en pro de la Farmàcia. Prefereixo, però, no estendrem massa i cloure aquesta presentació amb una succinta visió de la seva personalitat com a farmacèutic.

En Miquel Aguiló és defensor de la Farmàcia Clínica com a filosofia del canvi d'orientació del farmacèutic comunitari, des d'una concepció teòrica dels medicaments a la pràctica del seu ús efectiu i segur en els pacients, i de l'Atenció Farmacèutica com la seva prolongació, amb un compromís del farmacèutic en l'efectivitat de la teràpia farmacològica, que té la seva màxima expressió en el seguiment farmacoterapèutic. Miquel Aguiló considera que aquest seguiment no pot ésser responsabilitat exclusiva del farmacèutic, i que s'ha de fer, des del primer moment, en coordinació estreta amb el metge prescriptor.

Creu fonamental i urgent un canvi significatiu, per part d'un nombre important de farmacèutics comunitaris, al menys en quant als elements bàsics: la sistematització de la farmàcia i l'organització estructural, amb la inclusió de la zona d'atenció personalitzada i la modificació d'altres elements físics, oferint una imatge professional, i una diferenciació positiva, amb una cartera de serveis específica, i implementant per començar el nivell d'Atenció Farmacèutica assolible inicialment per cadascun.

Exerceix actualment dirigint, junt amb el seu pare, una Farmàcia Comunitària a Palma, amb tres farmacèutics i tres auxiliars, amb un concepte diferent de l'habitual: una Zona d'Atenció Personalitzada amb molt d'espai i dues taules d'atenció, ofereix diferents serveis professionals, disposa d'una àmplia biblioteca, i totes les zones estan ben diferenciades, aplicant la sistematització a tots els processos, de la qual cosa n'és també un expert.

Sens dubte, doncs, la recepció, avui, del Sr. Miquel Carles Aguiló Juanola com acadèmic corresponent, significa la incorporació en aquesta Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya d'un del més actius i experts impulsors de l'Atenció Farmacèutica i la Farmàcia Clínica en la Farmàcia Comunitària.

He dit

PARAULES DE SALUTACIÓ:

**Excel.lentíssim Senyor President,
Molt Il.lustres Senyores i senyors Acadèmics,
Senyores i senyors,**

Les meves primeres paraules d'aquest discurs no poden ésser més que d'agraïment.

En primer lloc, als Molt Il.lustres Acadèmics, doctors Eduard Albors, Xavier Sorní, i Miquel Ylla-Català, per haver-me proposat com a nou acadèmic corresponent. I especialment a l'amic Dr. Sorní per les seves amables paraules de presentació. És per a mí, un honor, probablement immerescut, i una immensa il.lusió personal.

En segon lloc, a la pròpia Institució. L'entrada a la **Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya**, en els darrers anys, de farmacèutics de diferents especialitats i àmbits de treball, molts d'ells a la plenitud de la seva vida activa com a professionals, ha de donar l'impuls definitiu a la que ha d'ésser la nostra Institució de referència. I és especialment important l'accés dels **farmacèutics comunitaris (FC)**. No és, el nostre àmbit, el més adient per ésser reconegut, per fer publicacions, per liderar iniciatives professionals o de recerca i, en canvi, hi ha un bon nombre de FC duguent a terme tasques de gran interès.

En tercer lloc, a tants il.lustres companys que m'han recolzat, que han cregut en mí per dur a terme les meves iniciatives. No voldria dir noms, per no deixar-me en algú, però és inevitable citar als doctors Joaquim Bonal, Marian March, Eduard Mariño o Laura Tuneu.

Em permetrà que faci també referència a la meva esposa, la Il.lustre Dra Carme Bofill. La seva força i qualitat científica i personal m'han fet avançar en els moments més difícils, personals i professionals, i per ella i els meus fills

seguiré endavant. Amb el seu exemple i el del meu pare, farmacèutic en actiu als seus 85 anys, no em serà difícil continuar amb la meva tasca.

La meva trajectòria professional ha estat lligada a l'impuls professional del farmacèutic, principalment del comunitari, i a la seva integració a la xarxa sanitària, amb l'idea ben clara de que només aconseguint recuperar el temps perdut, potenciant el nostre exercici professional en uns nivells bàsics de qualitat, per part d'un nombre important dels FC, podem aconseguir, no ja un millor reconeixement per part de la Societat sinó alguna cosa que pot semblar inclús dramàtica, com és la pròpia subsistència.

M'he volgut mantenir sempre al marge de qualsevol tipus de grup dins la professió. Crec amb el treball en equip i la col.laboració entre professionals, però no amb el pensament únic, les etiquetes i els dogmatismes. S'ha de sumar i no dividir, i s'ha de sebre respectar les opinions divergents i acceptar les aportacions basades en l'experiència, el sentit comú, i la bona voluntat, encara que, a priori, semblin massa diferents dels nostres criteris.

El títol del meu discurs és una pregunta ben concreta: la farmàcia comunitària, té futur?. Haurem, per tant, de fer les oportunes reflexions relatives a tot el que envolta al nostre exercici professional, sense oblidar les necessàries referències històriques, analitzar la situació actual, descriure els problemes i proposar les solucions. Si aquéstes són imaginatives i, principalment, aplicables en un curt termini, podrem contestar que sí a la qüestió plantejada.

INTRODUCCIÓ

El març del 96, per iniciativa d'un laboratori farmacèutic, vaig tenir l'oportunitat d'organitzar, a Palma, una taula rodona amb el títol **“El futur de la Farmàcia Comunitària”**, a la que vàrem incloure ponències de representants de l'Administració sanitària, la corporació, l'organització empresarial, la Indústria i la Farmàcia Comunitària. Es va fer especial referència a la Farmàcia Clínica, en la intervenció del Dr Francisco Martínez, i al tema de per a on començar la renovació professional, per part de la meua pròpia ponència.

Vàrem parlar de Professi3, d'oferir diferenciaci3 amb qualitat de servei com la que sols els FC, al seu àmbit, pot proporcionar, i que a la vegada pot ésser l'única garantia de la seva subsistència. Es van veure les diferents iniciatives que, des dels diferent àmbits, intentaven facilitar al FC, amb la base de la formaci3 farmacol3gica, la Farmàcia Clínica i l'incipient Atenci3 Farmacèutica, el seu posicionament en la cadena de l'atenci3 al pacient. Vàrem fer propostes per a la renovaci3, a partir d'un pla d'actuaci3 que hauria de elaborar cada professional particular, començant per fer un autoanàlisi crític, valorar les limitacions pr3pies i de l'entorn, i decidir-se a intervenir amb una actitud positiva.

Varen assistir més de cent farmacèutics de les illes i, inclús, algun de fora, que van seguir amb atenci3 les diferents intervencions. En el col.loqui es varen plantejar les típiques qüestions: temps, formaci3, aïllament, disponibilitats econòmiques, manca de suport, que preocupaven als presents.

Iniciatives de debat similars, amb el mateix suport, es varen dur a terme en altres llocs de l'Estat.

És, per a mi, inevitable, la referència a aquella iniciativa en el tema d'avui, perquè les coses han canviat, però no tant com seria desitjable, per part de tots els implicats: professionals i institucions. Les qüestions com “què és un farmacèutic?, quines funcions té?, inclús, és necessari?”, sempre referint-se al FC, el que més coneix la majoria de la poblaci3, es plantejen encara i són vives, a la Societat mateixa i cíclicament als mitjans de comunicaci3, a vegades estimulades per interessos de determinats grups.

El meu discurs d'avui conté reflexions personals i, per tant, necessàriament subjectives, però amb la proporció d'objectivitat que dona l'esperit crític alimentat al llarg de la meva trajectòria professional. També inclou opinions interessants d'altres autors, i algunes inclús agressives per a la Professió, que en ocasions tenen part de raó, i que en tot cas ens han de fer també reflexionar.

EVOLUCIÓ HISTÒRICA

D'on venim?

És imprescindible començar amb un breu anàlisi del passat. Qualsevol anàlisi de futur seriós ha de comptar sempre amb la perspectiva històrica. Ésser capaç d'acceptar els errors passats permet intentar evitar que es tornin a produir en el futur. Entendre d'on provenen les limitacions actuals facilita la recerca de possibles solucions.

La Farmàcia Comunitària prové de la forma d'exercici més antiga dels farmacèutics i la seva raó d'ésser, la preparació dels medicaments. Les farmàcies, durant segles, amb un cert halo de misteri i un indubtable prestigi, varen ser lloc de trobada d'homes de ciència, intel·lectuals i savis, i el farmacèutic va participar en alguns importants descobriments. A les farmàcies es preparaven medicaments, però també es feien anàlisis clíniques, d'aliments o d'aigües, i es participava en aspectes de prevenció de malalties i salut pública.

En arribar el Període Industrial, la preparació de medicaments a les farmàcies va anar quedant disminuïda, per raons òbvies, fins a un nivell purament testimonial. En aquells moments i durant molts anys, el farmacèutic i, per tant, els propis usuaris de les farmàcies, es demanaven quina era la seva funció, si la farmàcia havia esdevingut un simple comerç i, per tant, per què s'havien d'estudiar tants anys per acabar amb una funció purament mercantil. També les anàlisis clíniques es van anar allunyant de les farmàcies, al requerir unes instal·lacions i aparells cada vegada més tecnificats. El farmacèutic no va saber reaccionar, es va instal·lar en un còmode immobilisme, i es va crear una imatge negativa que perdura fins a l'actualitat.

A principis de la dècada dels 80, va sorgir a Espanya un concepte renovador, la **Farmàcia Clínica**, que va prendre força, principalment a les farmàcies hospitalàries, gràcies a l'impuls de companys insignes com el Dr. Joaquim Bonal. L'antecedent primer d'aquest concepte es podia trobar tan lluny com a l'any 1953, al treball de Youngken, a la Universitat de Washington, "The Washington Experimental-Clinical Pharmacy"¹.

La Farmàcia Clínica va ésser una gran revolució conceptual, que significava un apropament al pacient i una forma d'actuar organitzada. Suposava assumir una sèrie de mètodes i tècniques per a promoure l'ús segur i efectiu dels medicaments, i un canvi de rol d'un farmacèutic orientat exclusivament al

medicament, per un farmacèutic orientat al pacient i les qüestions relatives a la seva teràpia farmacològica.

Alguns ho vàrem considerar com una eina fonamental per vehicular la nostra inquietud professional i recuperar, en part, la dignitat professional i el protagonisme en la farmacoteràpia, lamentablement perduts per la professió. Així varen sorgir grups de treball a Oviedo, Jaén, Palma de Mallorca, o Barcelona. Al 1979 la “European Society of Clinical Pharmacy”. Al 1983 la revista espanyola “Farmacia Clínica”. Es varen organitzar cursos específics arreu de l’Estat; a Balears hi col·laboràrem organitzant cursos de Farmàcia Clínica en Farmàcia Comunitària, per a implicar al màxim nombre de farmacèutics illencs en la nova filosofia. La creació de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica en el marc de l’Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, la nostra secció de Farmàcia Clínica i Farmacologia de l’Acadèmia Mèdica Balear, la inclusió de la assignatura obligatòria de Farmàcia Clínica i Farmacoteràpia a la Facultat de Farmàcia de Barcelona, dirigida pel professor Eduardo Mariño, varen ésser també fites importants en el desenvolupament del nou concepte i en el canvi d’actitud de molts professionals del nostre àmbit².

Encara i així, la implantació fora del marc hospitalari va ésser minoritària, no s’entenia bé el concepte, s’identificava excessivament amb la Farmàcia Hospitalària, i no es va aconseguir l’impacte suficient per a canviar la professió.

En canvi, l’**Atenció Farmacèutica (AF)**, concepte molt posterior, adaptació lliure de *Pharmaceutical Care*, es va entendre més fàcilment i es va difondre ràpidament en tots els àmbits de la Farmàcia Assistencial (Hospitalària, Comunitària i d’Atenció Primària). Desenvolupat per Brodie en 1980³ a partir de la definició de Mikeal i col. en 1975⁴, té com a principals referències els doctors **Charles Hepler i Linda Strand**, i el seu article publicat en 1990⁵. En ell analitzaven “l’oportunitat de la farmàcia per a madurar com a professió acceptant la seva responsabilitat social de reduir la morbi-mortalitat relacionada amb els medicaments”. Indicaven que 12000 morts i 15000 hospitalitzacions degudes a RAM es notificaren a l’FDA al 1987, que moltes d’aquestes situacions són prevenibles, que els serveis farmacèutics poden reduir aquestes i, per tant, disminuir la despesa produïda en hospitalitzacions i iatrogènia. Que els farmacèutics “haviem d’abandonar el sectarisme i adoptar l’AF centrada en el pacient com la seva filosofia de pràctica”. Que “canviar l’enfoc de la pràctica des dels productes i sistemes biològics a l’assegurar la millor teràpia de medicaments i la seguretat del pacient elevarà el nivell de

responsabilitat de la Farmàcia i requerirà canvis filosòfics, organitzatius i funcionals”. Que “serà necessari crear nous models d’actuació, establir relacions de cooperació amb altres professionals de la salut i determinar estratègies per a un marketing de l’AF”. I finalitzava amb l’afirmació de que “la reprofesionalització de la farmàcia serà completa sols quan tots els farmacèutics acceptin la seva funció social d’assegurar una teràpia de medicaments segura i efectiva per a cada pacient individualment”.

Definiren l’AF com la provisió responsable del tractament farmacològic amb el propòsit de lograr uns resultats concrets que millorin la qualitat de vida del pacient: curació, eliminació o reducció dels símptomes, interrupció o enlentiment del procés patològic, o prevenció d’una simptomatologia.

Establiren el procés de l’AF com una cooperació amb el pacient i els professionals en el pla terapèutic a partir de la identificació, resolució i prevenció dels **problemes relacionats amb els medicaments (PRM)**. Strand i col. els definien com una experiència indesitjable del pacient que involucra la farmacoteràpia i interfereix real o potencialment amb els resultats desitjats del pacient”. A més, oferien una primera classificació, amb vuit categories⁶.

Distinguen clarament Pharmaceutical Care de Pharmaceutical Service (tot el que fa el farmacèutic).

S’identificava Pharmaceutical Care amb el **seguiment farmacoterapèutic (SFT)**.

Es plantejaren dues formes d’implementar programes d’Atenció Farmacèutica: seleccionar grups de pacients amb determinades patologies cròniques (Hepler) o seleccionar pacients i exercir en ells una AF global (Strand).

El 1992, Strand, Cipolle i Morley iniciaren un projecte d’investigació (Minnesota Pharmaceutical Care Project) de tres anys “per examinar, de manera crítica, la relació existent entre la teoria emergent de l’AF i la pràctica real” Es va dur a terme a 20 farmàcies comunitàries amb 54 farmacèutics, amb la col.laboració de la Universitat, la Indústria, l’Administració i organitzacions professionals. Es basaba en els seus treballs, realitzats des de 1978, per crear un procés de resolució de problemes aplicat a l’ús dels medicaments⁷. La importància d’aquest primer projecte d’AF no va ésser tant el demostrar els beneficis de l’AF per als pacients, com plantejar una sèrie de mètodes i conclusions, de gran importància pel desenvolupament del propi concepte i de la investigació en AF⁸.

El 1993, la OMS a Tokio defineix l’AF com "el compendi de les actituds, comportaments, compromisos, inquietuds, valors ètics, funcions,

coneixements, responsabilitats i destreses del farmacèutic en la prestació de la farmacoteràpia, amb l'objecte de lograr resultats terapèutics definits en la salut i la qualitat de vida del pacient". S'afirma que "l'AF es un concepte de pràctica professional en la qual el pacient és el principal beneficiari de les accions del farmacèutic"⁹.

Es van realitzar estudis que han servit de referència per a molts posteriors, com els **TOM** (Therapeutic Outcomes Monitoring: monitorització de resultats terapèutics), metodologia desenvolupada per Hepler y cols., aplicada per primera vegada en el TOM-asthma als EEUU¹⁰, o el programa **SCRIP** (Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists), destacat pel seu disseny metodològic¹¹.

Ja des del principi, es plantejava la necessitat d'establir unes bases legals i ètiques per a l'AF, com afirmaven Hutchinson i Schumock a 1994: "creiem que l'èxit del moviment de l'AF serà en funció de tres factors: demanda, justificació del cost, i la nostra acceptació de criteris legals i ètics de la pràctica, sent aquest darrer el més important"¹².

L'AF es va difondre amb força a la Farmàcia espanyola: Es tractà, en primer lloc, al "V Congreso Nacional de Ciencias Farmacéuticas", a la Universitat d'Alcalà de Henares, a on participàrem molts dels que ja treballàvem en Farmàcia Clínica. Es van fer grups de treball d'AF; publicacions; creació de la Fundació Pharmaceutical Care, amb una prestigiosa revista i organització de congressos (el primer, a San Sebastià, l'octubre de 1999, amb més de 1000 inscrits); cursos específics i màsters organitzats per diferents universitats i també la Indústria Farmacèutica; inclús la pròpia Corporació, inicialment reticent per la desconfiança reflexada per l'immobilisme de molts companys, va acabar per prendre una certa iniciativa en la difusió d'aquesta nova forma d'exercici, amb el projecte d'un pla d'AF bàsica, que fós aplicable per a tothom, i la incorporació de mòduls d'AF en el nou programa "BOT plus".

Seguint la metodologia dels projectes TOM, mencionats anteriorment, es va dur a terme el conegut i pioner a Espanya estudi TOMCOR, per a valorar els efectes de l'AF en Farmàcia Comunitària en pacients coronaris¹³, amb uns discrets resultats positius i la importància de servir de referència per a estudis posteriors.

S'han publicat documents, establerts diferents definicions, i noves classificacions de PRM com les del "**Consenso de Granada**"^{14,15}, de 6 categories, eliminant el que eren causes de PRM i no PRM en sí, com es el cas

de les interaccions i l'incumpliment. Tot això amb la bona voluntat d'establir un marc d'actuació relativament uniforme i, per tant, reproducible, encara que no han faltat veus crítiques, com la de Gervas, que califica de poc útil per a la Farmàcia Comunitària la classificació de PRM del segon "Consenso de Granada" en front del primer "Consenso", per ignorar els PRM de prevenció i de gravetat zero, confondre el grau d'afectació del pacient amb el PRM, i centrar l'activitat del farmacèutic en el resultat negatiu¹⁶.

L'excés d'estandarització, les dificultats en l'aplicació pràctica de plantejaments teòrics, inclús el dogmatisme en algun cas, ha ocasionat conflictes entre els professionals i, al final, una certa confusió principalment en el FC, al que li arriba el concepte, ho vol aplicar però no sap per on ha de començar. També en aquest sentit s'han fet esforços en publicacions i cursos específics.

L'assimilació del concepte d'AF ha descartat, absolutament, els últims anys, el concepte de Farmàcia Clínica. Consideram que és erroni, ja que veiem aquèsta com la filosofia essencial per al canvi, que es troba integrada en la pròpia AF, i que defineix la nova actitud del farmacèutic.

El propi Hepler considera que són conceptes similars, compatibles, mútuament complementaris, i que la Farmàcia Clínica és essencial component de les bases acadèmiques de l'AF¹⁷.

Com descriu M.A. Mangues¹⁸, la principal divergència es troba en la naturalesa i magnitud de la responsabilitat assumida pel farmacèutic. En l'AF, es fa responsable del resultat i la prevenció i resolució dels problemes apareguts en la farmacoteràpia del pacient. A més, l'AF requereix majors habilitats de comunicació i una participació més activa amb l'equip assistencial responsable de la prescripció.

No oblidem, finalment, les amenaces de desregulació i liberalització que han planejat cíclicament sobre el sector farmacèutic, les polèmiques sobre els medicaments publicitaris i la seva possible venda fora de les farmàcies i, darrerament, la venda de medicaments per Internet, fet aquest que ha preocupat a les Administracions Sanitàries nacionals i supra-nacionals, per les conseqüències que aquest mercat descontrolat pot produir en els consumidors.

SITUACIÓ ACTUAL

Anàlisi crític: aspectes positius i problemes per solucionar

S'han fet alguns esforços en aquest sentit, a destacar el de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica: “Els serveis farmacèutics des de la perspectiva assistencial. Anàlisi de situació i línies estratègiques”¹⁹, document en el que vaig col·laborar en la seva revisió, que descriu punts febles i forts en les diferents vessants assistencials farmacèutiques, aportant propostes d'intervenció en aspectes com: cartera de serveis, formació de post-grau, incentivació de la demanda, coordinació entre les farmàcies comunitàries, coordinació horitzontal i vertical, sistema retributiu, estructura i recursos, o impacte de les intervencions en AF.

A l'analitzar la situació actual de la professió és necessari exercir l'autocrítica, que no és un signe de debilitat, sinó una eina de treball fonamental per a millorar i s'han d'eliminar tendències habituals d'autocomplacència o victimisme. L'anàlisi crític dels punts febles, com els definits en el document anterior (incomunicació a tots els nivells, sistema retributiu, imatge, formació de pre-grau, poc impacte de les intervencions, aspectes mercantilistes, por als canvis, etc) i l'aprofitament dels punts forts (exclusivitat normativa, accessibilitat als pacients i les seves dades farmacoterapèutiques, titularitat privada, recursos econòmics i humans) seran la base per a les estratègies de canvi.

Veiem seguidament diferents qüestions relatives a l'actualitat.

Quant a l'AF, és elevat encara el nombre de farmacèutics que la desconeixen o hi desconfien: pensen que és un moviment per crear una élite de professionals que, en el futur, pugui captar tota la dispensació a càrrec del SNS. En algun cas la desprecien, argumentant que no és cap novetat, que ells fa molts d'anys que fan atenció als pacients, o que crearà conflictes amb els metges²⁰. O interpreten que es refereix a tot el que fa el farmacèutic, desconeixent la distinció que feien clarament Hepler i Strand, i motivats, probablement, per la confusió generada per la discutida traducció de “care” per “atenció”, que identifiquen amb “assistència”.

En tot cas, és a Espanya, juntament amb el Regne Unit, Holanda i els països nòrdics a on s'està desenvolupant més ràpidament l'exercici real de l'AF,

comptant amb que als diferents païssos s'apliquen models diferents d'actuació.

Amb la progressiva implantació de diferents nivells d'Atenció Farmacèutica a la Farmàcia Comunitària, un reduït nombre de farmàcies ha començat a dur a terme el SFT (també anomenat seguiment de la teràpia farmacològica). S'han fet importants esforços de sistematització, com el del grup Dáder, radicat a la Universitat de Granada, que agrupa a més de 400 farmacèutics de tot el país.

Però es planteja el SFT com un servei, en principi, independent del contacte amb el metge prescriptor (contacte que només existeix quan s'ha de fer un informe al detectar un PRM) i es parteix de la informació que sobre la seva teràpia aporta el propi pacient. S'assumeix un compromís de resultats en una teràpia instaurada per un metge, naturalment, però que indiscutiblement s'accepta com adequada; de fet, el canvi de denominació del PRM 3 del Consenso de Granada, de tractament mal seleccionat a tractament al qual el pacient no respon (inefectivitat no quantitativa) va en aquest sentit; i s'ha de tenir en compte que si el farmacèutic detecta que la prescripció mèdica no és correcta, trenca el "principi de confiança" i té obligació d'actuar per evitar la seva pròpia responsabilitat²¹. D'altra banda, algunes de les intervencions requerides davant certs PRMs, principalment els d'efectivitat o d'indicació, requereixen aspectes d'anamnesi mèdica o diagnòstic pels que el farmacèutic ni està format ni té atribucions per intervenir. Aquestes qüestions, la manca de claretat i suport legal específic, són part de les que fan que la implantació del SFT a les farmàcies espanyoles sigui minoritari, i no la manca de professionalitat o implicació, arguments adduïts en alguna ocasió. D'altra banda, algunes de les objeccions presentades a l'AF, per part de responsables del col·lectiu metge (veure més endavant), es veurien contestades per un diferent plantejament del SFT, amb directa col·laboració amb el prescriptor des del seu inici.

També s'afirma, per a nosaltres erròniament, la necessitat de que moltes farmàcies ofereixin aquest servei de manera que es puguin presentar dades d'efectivitat a l'Administració i així facilitar la interacció de la farmàcia comunitària amb el centre de salut. El nostre criteri és el contrari, de que uns canals adequats, establerts entre la farmàcia comunitària i el centre de salut, tal com es defineixen més endavant, facilitarien la implantació del SFT com un servei en col·laboració constant amb el metge prescriptor.

Quant als propis professionals, i al nº de farmacèutics i llocs de feina, es pot afirmar que, dels aproximadament 56000 farmacèutics espanyols, uns 35000 son FC, treballant en unes 22000 farmàcies, segons dades facilitades pel Consejo General de COFs (CGF). El percentatge actual d'atur, en aquesta forma d'exercici, és baix, comptant amb el nombre de farmàcies noves que es van concedint i amb les ampliacions d'horaris, que obliguen a la contractació de farmacèutics adjunts. Una altra qüestió és el grau de satisfacció d'aquests últims en quant a atribucions, possibilitats de desenvolupament professional, o emoluments.

Quant a l'actitud dels professionals, encara que ha millorat significativament en els darrers temps, la manca de motivació existeix i, de fet, té sentit: la poca claretat en les atribucions, els constants canvis i amenaces de canvis en el marc legislatiu, l'aïllament a l'àmbit comunitari de la Salut, justifiquen un pesimisme que bloqueja la claretat suficient per donar sortida als problemes.

Quant a la formació, el ventall actual és ampli, incloent gran quantitat de cursos a distància i mitjançant Internet, però segueix essent, en general, inadequada. Abunden els cursos de farmacologia que incorporen excessives referències teòriques i molt escasses de farmacoteràpia aplicada; o els cursos d'Atenció Farmacèutica que obliden fer especial èmfasi en les qüestions més bàsiques (estructura de la farmàcia, zona d'atenció personalitzada, sistematització) i es perden, de nou, en aspectes massa teòrics i d'altres de difícil aplicació al nostre àmbit. La formació que ofereixen els col.legis de farmacèutics (COF) no sol respondre a un pla formatiu consensuat i ben estructurat. En suma, és difícil trobar un pla de formació assequible i, principalment, adequat a les necessitats del FC.

La Universitat ha fet alguns esforços en la modificació d'uns plans d'estudis, en molts aspectes, obsolets, i, curiosament, gens dirigits a la sortida professional més habitual ni a cap de les altres assistencials. La Farmàcia Clínica com assignatura, la formació en Atenció Farmacèutica i en Farmacoteràpia aplicada són millores notables, encara que segueix mancant formació pràctica per a resoldre els problemes habituals en l'exercici en el mitjà comunitari. S'intenten suplir algunes mancances amb la formació de postgrau (diplomes i màsters), normalment impartits a distància, que solen presentar alguns dels defectes antes esmentats. És preocupant la disminució de

les inscripcions d'alumnes en aquests cursos, el que fa pensar en la necessitat d'una profunda reestructuració dels mateixos.

La formació en AF, habitualment basada en les diferents patologies, sol dirigir als farmacèutics a establir programes d'AF per a grups de pacients segons aquestes (diabètics, hipertensos, asmàtics), més en la línia plantejada per Hepler. En canvi, consideram més adient el criteri de Strand, de seleccionar pacients i fer una AF global en aquests. Ella ho denomina l'enfoc centrat en el pacient, i considera que la decisió de dedicar-se a una malaltia concreta o a un tipus de medicaments no està centrada en el pacient.

La formació especialitzada, essencialment la via FIR, ha millorat notablement, i darrerament encara més al obtenir per la Farmàcia Hospitalària un quart any en el que es fa rotació pels diferents serveis de l'hospital, el que implica proximitat amb els pacients i integració en l'equip assistencial.

S'ha aconseguit, recentment, l'especialitat d'Immunologia per a farmacèutics per aquella via, i en canvi sorprèn que en cap moment s'hagi fet cap esforç per reclamar l'accés a la de Farmacologia Clínica, exclusiva en Espanya per als metges, que exercint aquesta especialitat coincideixen en competències amb els farmacèutics hospitalaris o amb els d'Atenció Primària, segons l'àmbit d'exercici.

L'assignatura de pràctiques tutel.lades, que es pot dur a terme en farmàcies comunitàries acreditades, és l'únic procés de formació dins aquest àmbit d'exercici. La necessitat o no de l'existència d'una especialitat per a accedir a la Farmàcia Comunitària es, en ocasions, qüestió de debat.

Altres institucions, com l'Institut Médico-Farmacèutic o l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, amb especial esment a la **Societat Catalana de Farmàcia Clínica** i a la **Secció de Farmàcia Clínica i Farmacologia, a Balears**, han fet un esforç de suport a la formació, també del FC. L'àmbit és ideal, per la coincidència amb els metges i altres professionals sanitaris, la seva independència i la seva trajectòria científica, però la manca de suport en general i la necessitat de que els professionals dirigents dediquin el seu temps i esforç al marge del seu horari de feina, fa molt limitada la seva operativitat.

Hi ha iniciatives particulars, de grups organitzats de FC, a Oviedo, Sevilla, València, i altres llocs de l'Estat, la secció de Farmàcia de la "Red Española de Atención Primaria" (REAP), i la recent creació de la "Sociedad Española

de Farmacia Comunitaria” (SEFAC), que alguns consideravem imprescindible ja fa uns anys²², que intenten aglutinar esforços de FC implicats en la recerca, l’aplicació pràctica de l’Atenció Farmacèutica i, en suma, la millora de la qualitat de l’exercici professional. La manca de suport econòmic i institucional, i el número reduït dels seus membres les fa, malhauradament i, de moment, poc operatives.

Així, **quant a les Institucions**, pròpies i de l’àmbit sanitari, es poden decriure multitud d’aspectes a millorar. Són les responsables, junt amb el mateix farmacèutic, de la majoria dels seus problemes estructurals, de l’aïllament i de la indeferenciació.

La Corporació ha presentat estudis en que el farmacèutic (referint-se, sempre, al comunitari) o, en general, la Farmàcia Espanyola, és el servei sanitari millor valorat, és una de les millors d’Europa, etc, donant massa bones expectatives als professionals, que poden afavorir l’immobilisme. Però l’usuari no sol valorar aspectes científics, sino temps d’espera, facilitat d’aconseguir la seva medicació, inclús el tracte considerat per part del professionals de les farmàcies i això ho pot oferir qualsevol estructura organitzada, no especialment dirigida o en propietat de farmacèutics.

Recentment, amb una millor orientació, intentant valorar l’efecte positiu de les intervencions del farmacèutic, el CGF ha fet públic un informe en el que s’afirma, entre moltes altres dades, que les actuacions sanitàries realitzades pels farmacèutics espanyols al marge de la dispensació (3782 milions d’actuacions a la setmana), originen un estalvi al Sistema de 1747 milions d’euros a l’any²³.

D’altre banda, la por a la diferenciació, comú en les institucions corporatives, preconitza un servei farmacèutic massa uniforme i, per tant, susceptible de substitució per part d’una estructura com l’esmentada. Veurem més endavant com la diferenciació ha d’ésser, igual que en moltes altres professions, l’estímul necessari; resulta de la llibertat d’exercici, acotada nomès per l’ètica i la legislació, que marca unes premises bàsiques que ha de complir tothom.

I com a mostra de la confusió present, en ocasions, en membres de l’estructura corporativa, el fet de l’organització, per institucions farmacèutiques, de cursos de “simptomes menors” per als auxiliars de farmàcia, inclús en ocasions patrocinats per algún laboratori farmacèutic²⁴.

L'Administració Sanitària ha fet canvis notables: Lleis d'ordenació farmacèutica a totes les comunitats, incloent aspectes relatius a l'Atenció Farmacèutica i la incorporació del farmacèutic comunitari a l'equip sanitari de l'atenció primària, encara i així, moltes iniciatives requereixen la consolidació normativa i estructural per a poder-les dur a terme. De moment, es pot dir, d'una forma col·loquial, que sols es compte amb el FC per penjar a la farmàcia el póster corresponent a la campanya de torn, en el que habitualment es dirà que es consulti al metge, o a metge, pediatra o infermera, això sí, amb la presència de l'anagrama del COF corresponent. Com a exemple, la Direcció General de Tràfic del govern central, va fer, durant anys, uns anuncis per a prevenir els accidents de trànsit en els que es mencionava que si es prenen medicaments i es condueix, es consulti al metge. Fins el 2002 no es va afegir "o al farmacèutic".

També està canviant la dinàmica obsesiva de culpar als farmacèutics de la denominada "despesa farmacèutica" (que hauria de dir-se despesa en medicaments), tant formalment com instaurant mides punitives per als farmacèutics, amb freqüents disminucions del marge professional. És curiós, comptant en que no és el farmacèutic qui prescriu, i no té, el comunitari, cap influència sobre la prescripció. Així, sorprèn una recent mesura en el sentit contrari, primant al farmacèutic amb un major marge comercial en la dispensació de genèrics.

S'insisteix, per part del col·lectiu, en que es fa una lectura esbiaixada de la despesa en medicaments, al no considerar l'estalvi que proporciona al Sistema de Salut la utilització de medicaments, en evitar ingressos hospitalaris i atenció a pacients. És enormement positiu que veus externes al col·lectiu ja comencen a pronunciar-se en aquest sentit, com és el cas de la Consellera de Sanitat i Consum del Govern Balear, Aina Castillo, en unes recents declaracions²⁵, en les que afirma que "s'hauria d'aprofundir en el coneixement de l'impacte real de la prestació farmacèutica sobre la salut de la població. Es a dir, la generació d'informació útil per a la presa de decisions, com és el conèixer el número d'hospitalitzacions que eviten els tractaments farmacològics".

Quant a les competències funcionals del FC, i en particular a les relatives a l'AF, es contempen en importants resolucions de caire internacional, estatal i autonòmic, si bé és cert que en la majoria dels casos **no es tracta de**

disposicions legals, sinó recomanacions o suggerències per a legislacions futures. Són destacables les següents:

-Les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) sobre la funció del farmacèutic a Nueva Delhi (1988), Tokio (1993), i les conclusions posteriors de la WHA 47 (47^a Assambla Mundial de la Salut), en la que es defineixen, entre altres funcions, la de que “suministrin al públic informació documentada i objectiva sobre els medicaments i la seva utilització i facilitin assessorament tècnic als altres professionals de la salut, òrgans de reglamentació farmacèutica, planificadors i instàncies normatives”. També, que “promoguin, en col.laboració amb els demés professionals de la salut, el concepte d'AF com a mitjà de promoure l'ús racional dels medicaments i participar activament en la prevenció de malalties i la promoció de la salut”²⁶.

-L'informe del Seminari sobre el paper i formació dels FC, del Comitè d'Experts en Qestions Farmacèutiques del Consell d'Europa, en tres reunions (la darrera a Manchester el febrer de 1992), fa una revisió sobre l'evolució i funcions dels farmacèutics, amb la conclusió en dotze objectius, que van des de “assegurar que l'AF es dirigeix principalment al benefici del pacient”, fins a “assegurar que la naturalesa i qualitat de tota l'AF proporcionada és apropiada i fiable”²⁷.

-Posteriorment, té un gran interès la **resolució “ResAP (2001)2”** aprovada pel Comitè de Ministres del Consell d'Europa, el 21 de març de 2001, evidenciant els riscos relatius a l'ús i abús dels medicaments i la vàlua i accessibilitat dels FC²⁸. Inclou recomenacions tan rellevants com que els pacients tenen dret de disposar de contacte directe amb un farmacèutic, que s'ha de desenvolupar l'AF i la Farmàcia Clínica en els tres àmbits farmacèutics assistencials, el paper del farmacèutic com a informador de medicaments, el seguiment farmacèutic i control de les prescripcions mèdiques, o el paper essencial en el control dels incidents relacionats amb la medicació (farmacovigilància i errors de medicació)²⁹. És destacable que no fa cap distinció entre els medicaments de prescripció mèdica i els publicitaris.

A nivell estatal espanyol, la “Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento”³⁰, modificada en diverses disposicions posteriors, a l'article 87 (funcions per a garantir l'ús racional del medicament en l'atenció primària), contempla la necessitat de la **informació** sobre els medicaments als pacients, **seguiment dels tractaments** i farmacovigilància, encara que sense explicitar que es tractin de funcions estrictament del farmacèutic.

Sí té gran importància, en quant a suport legal de les activitats més destacables del farmacèutic comunitari, La “**Ley 16/1997, de 25 de abril, de**

Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia³¹, que a l'article 1 (definició i **funcions de les oficines de farmàcia**) indica: “el farmacéutico titular-propietario de las mismas, asistido...deberá prestar los siguientes servicios básicos a la población...”, seguint amb 10 punts, en els que es pot destacar el 5 (“la información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes”), el 6 (“la colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos...”), o el 8 (“la colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios”).

En canvi, és preocupant la reduïdíssima menció a les activitats corresponents als farmacèutics en la recent “Ley 44/2003, de 21 de novembre, de ordenación de las profesiones sanitarias”, article 6.2.b, en la que no es contempla cap de les activitats relacionades amb l'AF i es parla de “colaboració” en els processos analítics, en una professió amb cinc especialitats oficials de caire analític.

En Quant a les diferents lleis autonòmiques, algunes anteriors a l'esmentada Llei 16/1997, o les disposicions posteriors que les desenvolupen, inclouen la necessitat de l'existència d'una zona d'atenció personalitzada, les funcions d'informació sobre els medicaments a pacients i professionals sanitaris, i algunes contemplen el seguiment del tractament farmacològic dels pacients, com a funció del farmacèutic^{32,33}.

L'any 2001 es va dur a terme una iniciativa que ha marcat un punt d'inflexió en el desenvolupament de l'AF a Espanya, motivada per diverses qüestions:

Existia una confusió generada en quant al concepte d'AF.

-La pròpia traducció discutible a partir de “Pharmaceutical Care”.

-L'ús en diferents textos legals estatals (Ley del Medicamento: “la garantía de la A F...”) i autonòmics (denominació genèrica com a llei d'AF) quan en realitat es volia fer referència a assistència, a tot el relatiu a la prestació o activitat farmacèutica.

-L'àmbit reduït relatiu a identificar AF exclusivament amb el SFT, tal i com succeix amb el “Pharmaceutical Care”, quan semblava necessari integrar en el mateix concepte activitats assistencials del farmacèutic, dins el marc de la Farmàcia Clínica.

D'altre banda, alguns farmacèutics utilitzaven, en diverses publicacions, aquest concepte de manera inadequada. Altres professionals interpretaven el concepte com un intrusisme dels farmacèutics en les seves atribucions.

A més, els propis farmacèutics demanaven a la Administració la seva col.laboració en la implantació del nou model d'exercici professional.

Així doncs, va ésser la pròpia "Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios", del "Ministerio de Sanidad y Consumo", qui va reunir un grup d'experts, incloent FC, i es va redactar un document consensuat, el "**Consenso sobre Atención Farmacéutica**"³⁴, de gran importància per a la professió. En primer lloc, pel que significava de suport a l'AF i, en segon, per ésser un punt de partida, una referència obligada en el complicat procés de canvi d'una professió.

En el "Consenso" es distingeixen les diferents activitats del farmacèutic, les orientades al medicament (les més clàssiques) i les orientades al pacient (les que es preten desenvolupar).

S'estableixen definicions per a l'AF i el SFT (afegint "personalizado").

S' inclou en l'AF conceptes com la dispensació activa (que inclou la informació sobre els medicaments i el seu ús adequat) i la consulta o indicació farmacèutica (relativa a la resolució del que es coneix com a síndromes menors, amb medicaments de consell farmacèutic i altres mides no farmacològiques, tot degudament protocolitzat), junt al propi SFT, com als seus tres pilars bàsics, essencials per al model actual de l'exercici professional del FC, orientat cap al pacient. Es detalla com s'ha de dur a terme cada una d'aquestes activitats, i es recomana la seva incorporació a la cartera de serveis de la farmàcia, i l'aplicació d'un Pla de Qualitat Total aplicat a tot el procés d'AF.

En cada cas, s'estableix clarament que només el farmacèutic pot exercir aquestes actuacions a la farmàcia.

Sense voler restar el mínim de la importància d'aquest document, es considera necessari fer algunes matisacions, coincidint en molts casos amb el publicat per altres companys²⁴:

-Quant a la consulta farmacèutica, es restringeix a la relativa a indicació de medicaments, oblidant tots els altres aspectes relatius a consultes sobre el propi ús dels medicaments, nutricionals, d'explicació de resultats analítics, etc., que també responen a la realitat de la consulta farmacèutica habitual i al que es coneix per una consulta professional en general (entrevista en la que un pacient rep consell, ajuda o tractament professional).

-Quant al SFT, és cert que s'identifica amb la detecció, prevenció i resolució de PRM, però s'hauria de considerar que això també és possible sense fer SFT, és a dir, en pacients puntuals dels que no s'ha obert fitxa de registre, però és detecta un problema i es resol, o, en el cas de la prevenció, en les mesures

generals de dispensació dirigides a prevenir els PRM al màxim nombre de pacients.

D'altra banda, a l'indicar els requisits del SFT, no es menciona expresament la necessitat de disposar de l'historial farmacoterapèutic del pacient signat pel seu metge, no només les dades que proporciona el pacient.

S'indica que el SFT implica un compromís del farmacèutic amb els resultats de la farmacoteràpia del pacient, quan hauria d'ésser un compromís compartit amb el metge. El farmacèutic no disposa d'eines legals ni coneixements per assolir independentment aquest compromís, tal com s'ha esmentat abans.

Menciona el SFT com una “responsabilitat ineludible per motius legals i ètics”, quan malgrat que es tracta d'una nova funció interessant i contemplada a la legislació, ho és com una opció, i no com una obligació. Més comptant amb que manca un marc legal específic, vist les consideracions anteriors i la resposta dels diferents professionals.

-Un darrer document relatiu a les competències del farmacèutic és l'aprovat el 23 de novembre de 2001 pel ple del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut, vinculat a l'Institut d'Estudis Sanitaris, en quant a “Competències de Professions Sanitàries” (IES-CCECS 2002)³⁵. Inclou les “Competències de la professió de Farmàcia”, tant les exclusives dels farmacèutics assistencials, com les compartides pel farmacèutic amb altres professionals de la salut (el cas de les relatives al laboratori clínic).

Es contemplen molts dels aspectes referenciats anteriorment, amb especial èmfasi i detall amb el mecanisme del SFT (entrevista al pacient, registre de dades, identificació i avaluació de PRM, presa de decisions, i comunicació al prescriptor). També els sistemes d'informació sobre els medicaments, oral i escrita, a pacients i a altres professionals de la salut; aspectes novedosos com investigació i desenvolupament; i d'altres com la col.laboració a la docència (pràctiques tutel.lades).

Quant als altres professionals de la salut, principalment els metges, i la seva relació amb els farmacèutics i l'acceptació de l'AF, el plantejament és molt diferent si es tracte de responsables corporatius o de professionals del mitjà comunitari.

Des de l'aparició del “Consenso” citat, i el seu recolzament institucional, i el “Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica”, del CGF, la reacció d'alguns estaments corporatius de la professió mèdica ha estat

demolidora, en alguns casos, i expectant, en altres, com es relaciona a continuació³⁶:

-La “Organización Médica Colegial” (OMC) qualifica, l’abril de 2002, l’AF com intrusisme professional, destaca la seva manca de definició legal, o que és inacceptable que el farmacèutic valori la indicació o duració del tractament instaurat pel metge. S’afirma, inclús, a propòsit de la incidència de PRMs en els pacients que ingressen a urgències, que alguns poden ésser deguts a l’automedicació induïda desde la pròpia farmàcia, en molts casos per fàrmacs de prescripció mèdica dispensats sense recepta.

Posteriorment, el desembre de 2003, l’Assamblea General de l’OMC aprova un document en el que s’exposa que el farmacèutic no és un clínic ni ho pot ésser, que l’AF és innecessària, i que representaria una gran despesa per al Sistema de Salut, provocant una certa privatització, al desviar inversió a sectors privats. Afegeix que en lloc del món hi ha AF, i està limitada a una nebulosa teòrico-experimental, en certs països³⁷.

-El president de la “Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista”(SEMERGEN), declara que “no és acceptable que des de la farmàcia es tractin síndromes menors, ja que per concluir això s’han de descartar causes majors, i això només ho pot fer el metge”. “Poden donar consell sobre un fàrmac, però no posar tractaments”³⁶.

-El vicepresident de la “Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria” (SEMFyC), en canvi, “considera positiu que el farmacèutic, pels seus coneixements, pugui assessorar al metge i no veu malament el paper de l’AF, sempre que aquest professional sigui un sanitari més en la interconsulta”. “La labor farmacèutica està envoltada de dificultats, la majoria de farmàcies no disposen d’ un lloc acondicionat per durles a terme en la intimitat que es requereix. En la majoria, les consultes es realitzen en el mostrador, inclús quan el local està plè de persones alienes a qui s’aconsella sobre la seva malaltia”³⁶. (Veure, més endavant, el nostre criteri relatiu a la zona d’atenció personalitzada o ZAP).

-Altres veus del col·lectiu metge reclamen la manca de participació en el document de Consenso, tot i que en ell apareix el SFT com una pràctica duta a terme en col.laboració amb altres professionals de la salut.

D’altre banda, els metges de família que inicien algun tipus de relació professional amb els FC, quan aquests no van “per lliure” i contacten amb el prescriptor, solen acceptar de bon grau la seva col.laboració, i desapareix aviat el recel previ i les idees d’intrusisme professional.

A Balears vàrem posar en marxa, el març de 2000, una experiència pionera a Espanya, participant els farmacèutics de la zona, de forma activa, en les sessions clíniques dels metges en el centre de salut corresponent, amb l'objectiu d'iniciar una col.laboració dins un marc científic³⁸. El que va començar com una iniciativa particular, a la nostra zona, va arribar al coneixement de les autoritats sanitàries d'Atenció Primària, que varen estimular la implantació de l'experiència a tot Mallorca. A rel d'aixo, es va crear una comissió composta per metges de família i FC (particularment els que engegàrem l'experiència inicial), amb membres de l'Administració Sanitària i el COF. L'objectiu principal era el d'analitzar i estimular la relació entre els dos grups professionals i posar en marxa projectes de col.laboració amb la finalitat principal de millorar l'ús dels medicaments. Fins el moment, després d'analitzar la situació actual, s'ha actuat en dos sentits: facilitar el projecte inicial de participació conjunta en les sessions clíniques, a les diferents zones de Mallorca i Eivissa, i crear un full d'intercomunicació, amb el suport institucional, dissenyant un projecte d'aplicació del full en 5 zones bàsiques de salut durant un any³⁹. També s'ha definit la figura de farmacèutic coordinador de zona, escollit entre els mateixos FC, com a pont entre els FC i els metges del centre, a través del coordinador metge del centre de salut corresponent. Aquest farmacèutic coordinador és el que rep, mensualment, el programa de sessions clíniques del centre.

Altres iniciatives amb suport institucional s'han dut a terme (projecte Calatrava a Ciutat Reial)⁴⁰ o estan en projecte d'execució (equips multidisciplinars a Madrid, inclosos en el concert vigent d'aquesta Comunitat)⁴¹, i altres no han passat de l'elaboració de documents de bones intencions. Iniciatives particulars, principalment a l'àmbit rural, a on el contacte entre els professionals és més estret, han demostrat que la col.laboració és possible i útil per als pacients.

A l'àmbit internacional, la necessària cooperació de metges i farmacèutics en la farmacoteràpia es veu reflectida en declaracions de diferents associacions mèdiques i farmacèutiques, com la declaració conjunta del Col.legi de Metges Generalistes a Alemanya (BDA) i l'Associació Federal de Col.legis farmacèutics (ABDA), en 1997⁴², o la de "aproximació a la elevació de la qualitat del tractament farmacològic", de l'Associació dels Farmacèutics de Canadà (CPA) amb la dels metges del mateix país (CMA)⁴³. En aquest últim document, s'accepta el paper del farmacèutic com a expert del medicament, la seva funció informadora a pacient i prescriptor, la pròpia AF, la necessitat de treballar junts metges i farmacèutics per a obtenir un

tractament farmacològic òptim, i es defineix la **responsabilitat del metge i del farmacèutic en el SFT**.

Per últim, cal citar la declaració de l'Associació Mèdica Mundial (WMA) sobre la relació laboral entre metges i farmacèutics en el tractament medicamentós, aprovada a Tel Aviv, Israel, a l'octubre de 1999⁴⁴. En aquesta s'indiquen per al farmacèutic responsabilitats relatives a “control d'interaccions, reaccions alèrgiques, contraindicacions i duplicitats terapèutiques”, recomanant discutir aquestes amb el metge prescriptor, i funcions relatives a la informació de medicaments, entre d'altres.

Quant als propis medicaments, i concretament a l'existència i maneig dels que s'anomenen **especialitats farmacèutiques publicitàries (EFP)** i a la publicitat sobre medicaments.

Les EFP són aquelles de les que s'autoritza una publicitat controlada per les autoritats sanitàries, per ésser fàrmacs segurs i efectius per a tractar processos aguts. És un tema d'especial importància per al propi futur de la Farmàcia Comunitària, i és necessari analitzar algunes qüestions:

-La pròpia denominació: EFP a Espanya, OTC a l'estranger (over the counter, sobre el mostrador, que inclou també a tots els productes no medicaments), de consell farmacèutic, són varies de les que s'utilitzen en diferents àmbits. Hi ha altres medicaments que, sense ésser publicitaris, són de venda sense recepta. La Indústria Farmacèutica anomena “ètics” als medicaments de prescripció mèdica, per diferenciar-los dels publicitaris (implica que aquests no són ètics?). Arrel d'això ens podríem plantejar si el que no és étic realment és fer publicitat dels medicaments, encara que controlada per l'Administració, i si s'han de considerar o no un bé de consum. També s'ha plantejat denominar-los de prescripció farmacèutica, el que pot ésser conflictiu ja que la prescripció de medicaments és competència del metge.

-Hi ha el perill de limitar el paper del farmacèutic en aquests medicaments, quan la seva funció assessora ha d'ésser aplicada a totes les especialitats. Quan se'ls anomena “de consell farmacèutic” sembla que els altres no ho son.

-El fet de que siguin exclosos de la prestació pel sistema públic de Salut fa que no formin part del circuit d'informació que reben els metges, donant-se el cas de que, per determinades patologies agudes, com l'estrenyement, el metge

no disposi pràcticament de cap medicament de prescripció, ni informació sobre nous medicaments, exceptuant els massa potents.

-Els anuncis de medicaments acaben sempre amb la frase “consulti al seu farmacèutic”. Això ha estat de gran importància per a estimular la demanda d’informació per part dels pacients per a tots els medicaments, publicitaris o no.

-També se’n parla de “automedicació responsable”. No té massa sentit, quan el propi fet d’automedicar-se ja es considera nociu. A més, en aquests casos no es sol considerar el paper assessor del farmacèutic. Per ocasionar encara major confusió, a vegades es sumen les dades referides a vendes d’aquests fàrmacs a les xifres de despesa en medicaments, quan aquests no afecten a la factura en fàrmacs del Sistema Públic de Salut.

-Tant la Indústria, per poder publicitar els seus productes i que disposin de preu lliure, com la pròpia Administració, per excloure medicaments de l’oferta del sistema de salut, estan interessats en augmentar la xifra d’EFP.

La Comissió Europea, a través de la Direcció General de Salut i Protecció del Consumidor, va elaborar una llista de possibles situacions susceptibles de “automedicació responsable”, amb o sense diagnòstic metge inicial⁴⁵. Hi ha grans diferències en la consideració o no de un principi actiu com a OTC entre els diferents països del món, com es pot consultar a la “pàgina web” de l’AESGP (Associació de la Indústria Europea de Automedicació)⁴⁶. Així, la selecció d’aquests no està exenta de controvèrsia, hi han principis actius que no sembla convenient la seva publicitat, altres que haurien d’èsser inclosos sense dubtes, i altres que la seva inclusió és innecessària i perjudica la qualificació de medicaments de les EFP, per la seva nul·la activitat terapèutica: això últim dona arguments a les multinacionals de l’alimentació, que pretenen poder vendre aquests productes, com es fa en certs països amb alguns d’ells.

-Per al maneig de les EFP, en els **síndromes menors**, existeixen **protocols** d’actuació elaborats per institucions o professionals que, al no ésser adaptats ni elaborats pel propi farmacèutic poden ésser poc útils o presentar algun dels següents aspectes limitants: els autors no exerceixen a Farmàcia Comunitària, és massa teòric o poc aplicable, inclou medicaments de prescripció mèdica, no inclou la selecció del medicament a recomanar, inclou aspectes de diagnòstic mèdic, indica erròniament remissió al metge o resolució per al farmacèutic en determinades situacions, hi ha diferències significatives entre diferents

protocols per a la mateixa situació, procedeix de laboratori farmacèutic i no és prou subjectiu en quant a l'elecció del fàrmac a recomanar, o apareix a una revista farmacèutica "casualment" junt a un anunci d'un fàrmac implicat. Veurem, més endavant, quins poden ser alguns aspectes bàsics per a elaborar correctament els nostres procediments i els convenients criteris de selecció de medicaments en el nostre àmbit.

-Altres aspectes en discussió afecten a l'exposició d'aquests productes a la zona de dispensació de la farmàcia, de forma discreta o massa destacada, els fullets i cartellons que proporcionen els laboratoris farmacèutics, inclús la recent comercialització de màquines expenedores d'EFP per a situar a les farmàcies.

-La selecció d'aquests medicaments per part del farmacèutic es sol fer sense aplicar uns criteris bàsics, i sense aplicar una sistematització a tot el procés que va des de l'adquisició, fins a la dispensació, passant per la inclusió als protocols d'actuació corresponents.

D'altra banda, s'està discutint, en el marc de la UE, la possibilitat de publicitar algunes de les especialitats anomenades ètiques, com s'està fent ja, en algun cas, als EEUU, amb el que es coneix com DTC (Direct to consumer). En aquest país, el 1997, el Congrés va aprovar l'"Acta de Modernització" de la FDA, en referència a la tramesa d'informació terapèutica als pacients per part de l'Indústria, establint una via de coneixement previ per part del metge i altres professionals de la Salut. A l'Europa, es va plantejar l'any 2001 la possibilitat de modificar la Directiva 2001/83/CEE per a permetre la publicitat en tres grups patològics (sida, diabetis i malalties broncopulmonars), essent refusada la proposta. Enmig d'això es troba la polèmica pel dret del ciutadà a rebre informació terapèutica complementària a l'oferida pels prospectes, encara que no es contempla clarament a la legislació actual⁴⁷.

Quant a l'informació sobre els medicaments. Veurem la necessitat de que el FC disposi d'informació objectiva per a proporcionar als seus pacients i als metges o altres professionals sanitaris. L'accés a les principals bases de dades no sol estar a l'abast de l'economia de la Farmàcia Comunitària. La informació que reb dels laboratoris està millorant en algun cas: actitud dels visitadors, documentació lliurada, però segueix essent inadequada a les necessitats. La Indústria Farmacèutica segueix transmetent molt poca informació al FC sobre els nous fàrmacs, solsament fitxes tècniques o documents clarament de propaganda de producte.

Les mateixes mancances es troben a l'accedir a Internet, per la manca de pàgines acreditades i per l'escassa utilitat de la informació aportada a les pàgines dels laboratoris, coincidint les nostres dades al respecte amb les d'un estudi publicat recentment per farmacèutics de Pontevedra⁴⁸, en el que sols es consideren útils un 10,3% de les 116 webs de laboratoris analitzades. Ningú ofereix al farmacèutic informació objectiva (com a molt una fitxa tècnica resumida, per part d'algún laboratori) sobre els nous fàrmacs, abans o en el moment de la seva comercialització. Com es pot així informar als pacients o als propis metges prescriptors quan ens demanen dades relatives en aquests nous productes?.

Així i tot, a un recent estudi poblacional, en quan a la qualitat de la informació rebuda sobre els medicamentes, es puntua amb un 7.5 sobre 10 a la proporcionada pel farmacèutic, per damunt de la rebuda d'altres fonts (metge: 7.1, infermera: 6.9, o prospectes: 6.2)⁴⁹.

Quant a la imatge que ofereix el FC a la Societat i la percepció que tenen els seus membres dels farmacèutics.

Hem comentat alguns informes excessivament optimistes de la Corporació. N'hi han d'altres, en sentit contrari, fets per associacions de consumidors o altres entitats, a vegades amb la suposició de que hi han determinats interessos al darrera, francament negatius per a la professió. Es pot criticar la forma de fer aquests estudis, si es plantegen preguntes-trampa, si la selecció de farmàcies no és aleatòria, o el nombre de dades insuficient, però el cas és que els resultats no són gens positius: és el cas d'un recent estudi de la organització de consumidors i usuaris (OCU) a 98 farmàcies de 15 ciutats⁵⁰, a les que es presentava un pacient manifestant símptomes d'una faringitis, demanant que l'atengués el farmacèutic, sense dur cap recepta mèdica, i sol·licitant alguna cosa per millorar; s'insistia en demanar un antibiòtic si no se'ls hi donava d'entrada. A 54 farmàcies se'ls va dispensar un antibiòtic; només a 5, algún tipus d'informació. (S'ha de dir que l'estudi es va fer també en 74 consultes mèdiques, i a 25 varen receptar un antibiòtic a una persona totalment sana).

Veurem, més endavant, aspectes relatius a la imatge de les farmàcies, habitualment massa comercial i poc professional, amb l'absència generalitzada de la obligatòria i, per a nosaltres, imprescindible **zona d'atenció personalitzada (ZAP)**: com a dada significativa, a un recent estudi, de 98 farmàcies, només 1 en disposava⁵¹. I recordem, també, les declaracions

al respecte del vicepresident de la SEMFyC citades abans. A més, en molts casos s'ubica en el propi despatx del farmacèutic, amb el que es perd tot l'impacte positiu d'imatge professional que ofereix una ZAP ben situada³². I es considera la seva presència, en estudiar la pràctica professional dels FC en les diferents farmàcies europees, com un indicador de qualitat⁵². El propi van Mil, conegut impulsor de l'AF, ha afirmat recentment que és un deure l'existència d'una zona separada per a consultes, i que per assessorar aconsellar i discutir amb els clients, part essencial de l'AF, es necessària una estància separada i tranquil·la, proposant un doble espai, un per les consultes i l'altre per al SFT⁵³.

La mateixa denominació de les farmàcies com a “oficina de farmàcia”, que mantenen la Corporació i l'Administració, és profundament desafortunada. Respònd al concepte oficial relatiu a les preparacions farmacèutiques, però la majoria de les persones ho identifiquen amb una oficina, o sigui, amb feina administrativa, ben diferent de la nova imatge que es preten oferir. En canvi, la denominació de Farmàcia Comunitària reflexa molt millor el seu àmbit d'actuació, s'utilitza ja a totes les publicacions i a la Universitat, així com a la OMS (community pharmacist) i a molts països del nostre entorn.

Al finalitzar la revisió de la situació actual podem repetir la pregunta, de si som realment necessaris, que planeja cíclicament sobre la professió. Al ben mig de l'eufòria per l'AF va aparèixer el conegut article de Philip Brown, Dr en Farmàcia, “¿Són necessaris els farmacèutics? Raons professionals i econòmiques”⁵⁴, que va causar una certa commoció. L'autor, entre altres qüestions, dubtava de la necessitat d'un científic llicenciat de quatre anys per dispensar medicaments amb recepta, envasats i etiquetats; afirmava que rompre el monopoli beneficiaria econòmicament als pacients; i en quan al consell farmacèutic, que no es necessari en medicació prescrita, que el farmacèutic no té coneixements per fer un diagnòstic diferencial i prescriure un tractament en enfermetats menors, i que en molts casos ven el medicament un professional no qualificat.

Estam en condicions, ara mateix de contestar que sí són necessaris?. La Societat, l'Administració com a la seva prolongació, els altres professionals i, inclús els propis farmacèutics d'altres modalitats d'exercici, perceben al FC com quelcom necessari?. Aquesta percepció de necessitat correspon al que nosaltres volem oferir a la Societat?.

PROPOSTES PEL FUTUR IMMEDIAT

Després de plantejar els problemes, és necessari proposar les solucions. Només es pot parlar de futur quan s'és capaç de superar els reptes actuals.

S'ha fet algun intent institucional, com l'elaboració del "Llibre blanc per la integració de les activitats preventives a l'oficina de farmàcia"⁵⁵, elaborat per un grup d'experts amb la col.laboració de diferents entitats professionals i de l'Administració Sanitària Catalana. Té un indubtable interès com a font de consulta, però ha mancat el desenvolupament pràctic posterior de les propostes plantejades.

Ja a l'any 1996² plantejavem un pla d'actuació per a la renovació professional del FC, de 12 punts: Analitzar la situació actual; valorar les pròpies limitacions; afrontar les dificultats pròpies del Sistema; decidir-se a intervenir: actitud positiva; optimització; qüestions d'imatge; adequar l'estructura de la farmàcia; establir clarament les funcions del personal; sistematitzar; implantar les necessàries fonts de recolzament; iniciar el seguiment de pacients; implantar un programa d'AF. El plantejament descrit és perfectament assumible en l'actualitat. Malhauradament, molt poques farmàcies han iniciat el camí i tenim el temps en contra nostra.

Quant s'en parla de la implantació de l'AF en Farmàcia Comunitària és evident que no es pretén que es faci efectiva a totes les farmàcies espanyoles. Frequentment, el Dr. Joaquim Bonal, de referència obligada per a molts de nosaltres, afirma que amb una implantació del 20%, per la que es necessita que passin al menys uns 10 anys més, l'AF en FC es faria visible per a les autoritats sanitàries i per al públic, i garantiria, d'alguna forma, la subsistència de la pròpia FC. És evident que no es pot esperar que tots els farmacèutics actuïn de la mateixa manera, i assoleixin una excel.lència professional similar, però s'ha de tenir ben present que **el FC no és imprescindible per definició**²². A més d'aquest 20% desenvolupant programes complets i ambiciosos d'AF, i comptant amb un suport legal adequat, és també imprescindible que un percentatge molt més alt arribi a uns mínims de qualitat, que s'haurien d'establir. Ja hem dit que la professió tota, i no sols l'àmbit comunitari, depèn en gran forma de la imatge i actitud professional dels comunitaris. Si no s'aconsegueix arribar en aquest objectiu, la resposta a la pregunta inicial comença a ser evident.

Com afirma **Hepler** a 1990, **el futur de cada societat professional depen de l'èxit dels seus membres, i de l'astúcia dels seus líders**. Encara que

considera que l'èxit últim depèn dels responsables de la professió, la reprofessonalització de la Farmàcia arranca de les iniciatives individuals, i els farmacèutics de qualsevol nivell poden contribuir a la maduració de la Farmàcia com una professió clínica⁵⁶.

Per tant, acceptem que **el FC ha d'actuar decidida i urgentment en una sèrie de fronts, com els següents: organització d'espais, funcions i actuacions; qualitat; formació; diferenciació positiva (cartera de serveis i fidelització de clients); rotura de l'aïllament; impacte social positiu; i recerca.**

1- ESTRUCTURA FÍSICA DE LA FARMÀCIA

És imprescindible modificarla sensiblement, tant per aspectes operatius com d'imatge. Aquests darrers, perquè difícilment es poden presentar uns serveis professionals de qualitat en un marc similar a una tenda de productes de consum; no es tracta de prescindir de la venda de productes que d'alguna forma col.laboren a la sustentació econòmica de la farmàcia, sino tenir cura en una discreta presentació (escaparats i zona de dispensació), i evitar decididament aquells productes "miracle" que tan mala imatge donen. La resta de la farmàcia: zona de magatzem, de recepció de comandes, d'atenció als representants, laboratori, etc. hauran d'estar a l'altura de la nova situació.

I, principalment, com s'ha esmentat, la inclusió d'una **Zona d'atenció personalitzada (ZAP)**. Imprescindible per imperatiu legal, per imatge professional, per la necessària confidencialitat a l'atenció del pacient, per operativitat i eficàcia.

La ZAP haurà d'ésser propera o visible desde la zona de dispensació, accessible, diferenciada i identificada, i consideram que ha d'ésser una zona apart del despatx del farmacèutic, criteri amb el que coincidim amb altres autors⁵⁷ i que contempla la pròpia legislació farmacèutica a Balears⁵⁸. Haurà d'oferir suficient confidencialitat, i un aspecte digne i professional.

Una ZAP operativa estarà integrada en lo que es pot definir com a zona d'influència del farmacèutic, aprop de les zones de que es disposi en les que sigui imprescindible la presència del farmacèutic, com a medicació de la tensió, o sistemes analítics de química seca.

Haurà de disposar d'una taula de dimensions suficients, sistema informàtic d'accés a les bases de dades internes i al programa de gestió, sistemes d'accés

extern (telefonía, fax, Internet) dues cadires pels pacients, i una reduïda biblioteca . És convenient habilitar, a un altre lloc de la farmàcia, un espai-biblioteca de consulta, que servirà per fer sessions clíniques i reunions del personal.

Proper a la ZAP és molt pràctic situar una petita zona d'espera per als pacients que requereix d'atenció personalitzada; allà s'ubicaran els fulls d'informació seleccionats. També és convenient poder accedir fàcilment desde la ZAP al despatx del farmacèutic, per a les consultes que requereixin una privacitat absoluta.

En resum s'ha de dir que la implantació d'una ZAP sempre és possible, amb imaginació i un mínim cost, i l'impacte d'imatge professional és extraordinari³².

Disposant de suficient espai, altres estructures poden donar un nivell de servei molt destacable, com incloure un gabinet de dermofarmàcia, una zona específica per dispensar productes d'ortopèdia, separada de la zona de dispensació. Inclús un aula de formació, per a dur a terme sessions informatives per als pacients, com estan fent ja alguns FC (per citar alguns: N. Franquesa, a Barcelona; J.L. Ribas, a Mataró; J. Tudela, a Màlaga⁵⁹; o M.D. Espinosa, a Toledo).

2-ORGANITZACIÓ

El primer aspecte a considerar és l'**optimització**, és a dir, obtenir el màxim profit dels recursos disponibles a la farmàcia. Una anàlisi acurada i crítica de tots els sistemes i estructures permet fer modificacions sense noves inversions.

Amb la mentalitat d'optimitzar, s'ha de posar en marxa el segon aspecte de gran importància per a la reforma, després de l'estructura física, com és la **Sistematització**.

Elaborar una guia de procediments consensuada internament, que impliqui totes les activitats i situacions de la farmàcia, proporciona una eina de feina molt útil, que estalvia esforços, que es poden dirigir al nou model de farmàcia que es vol assolir. A més, actuar de la mateixa forma en similars situacions, i de manera adequada, proporciona la impressió d'ordre, eficàcia i qualitat de servei, que afecta a la imatge de la farmàcia i col.labora a la fidelització dels pacients.

Un **mètode de sistematització** haurà de complir dues premises fonamentals: adaptació a les característiques del centre concret a on s'apliqui, i ésser elaborat amb la col.laboració del personal que hagi de dur a terme cada procediment. Alguns col.legis professionals, com el de Balears, proporcionen una guia de procediments, elaborada en format de Word, que proporciona una base molt útil per desenvolupar la majoria dels procediments que les disposicions legals exigeixen a totes les farmàcies de Balears.

Per a elaborar cada un dels procediments, és convenient establir un mètode a seguir, pel que proposam els següents apartats:

- 1- Antecedents, situació de partida: analitzar críticament la bibliografia corresponent, si és el cas; adequació a les pautes actuals a la farmàcia; valoració de les necessitats detectades; i dificultats relatives al desenvolupament del tema.
- 2- Àmbit d'aplicació: inclusió a l'estructura funcional de la farmàcia i personal a qui va dirigit.
- 3- Sistemàtica: pla d'elaboració i execució de la metòdica corresponent.
- 4- Evitar: actituds negatives relacionades amb el tema descrit i la seva implantació a la farmàcia.
- 5- Material de suport: s'elabora o planteja la necessitat d'elaborar o adaptar a la farmàcia material extern, com fulls d'informació per als pacients, o taules o esquemes d'ús intern.
- 6- Implantació i seguiment: es fitxa la data d'implantació del protocol i s'estableix una pauta de revisió i actualització.

Per començar, el més operatiu és seleccionar determinades situacions, funcions o intervencions, per dur a terme la seva sistematització. Poden ésser aquelles en les que es considera més urgent intervenir, les que poden servir de model per altres similars, les que ja s'havien començat a desenvolupar, o les que presenten una major contradicció entre les fonts consultades. En tot cas, s'haurán d'incloure finalment totes aquelles exigides per les disposicions legals vigents a la corresponent Comunitat Autònoma.

Un exemple de selecció pot ésser el següent:

- Protocols funcionals: funcions del personal, recepció dels pacients, atenció als representants, sistemes personalitzats de dosificació.
- Protocols de gestió: control de caducitats, recepció de comandes, errades d'existències i encàrrecs.
- Recerca bibliogràfica (selecció de fonts d'informació internes i externes): valoració de propostes bibliogràfiques rebudes, anàlisi de pàgines web.

-Selecció de medicaments: llista selectiva directa (medicaments-aplicació) i inversa (síndrome-medicament), el seu maneig i registre. Disposar d'una llista selectiva, pròpia de la farmàcia, amb els noms comercials de les especialitats seleccionades és d'una utilitat innegable. És el pas previ a la incorporació dels productes als protocols de dispensació, permet optimitzar el procés d'adquisició de productes i uniformitza el consell farmacèutic.

-Protocols d'intervenció farmacèutica:

- Protocol bàsic: el que s'aplica a tot pacient que requereix atenció farmacèutica.
- Protocols específics d'indicació farmacèutica.
- Protocols específics davant situacions d'urgència: reanimació cardiopulmonar bàsica, control d'hemorràgies

-Elaboració de fullets d'informació. Com a exemples: medicació de la temperatura corporal; abordatge de picadures per insectes, animals marins o aràcnids; prendre el sol i l'ús dels fotoprotectors.

-Protocols de comunicació: amb el pacient; amb el metge prescriptor.

Concepte de filtre ³²

És fonamental per a la operativitat de l'atenció al pacient, i es refereix a la necessitat de distingir entre les diferents situacions que plantegen els pacients a la farmàcia, distingint en quins casos és necessària la intervenció del farmacèutic i quan ho pot fer el personal auxiliar.

Requereix una formació adequada de tot el personal, i l'aplicació del procediment relatiu a les funcions de cada persona que treballa a la farmàcia. És important que el personal auxiliar conegui quins són els fàrmacs de marge terapèutic estret, els pacients de major risc, inclús les interaccions de extrema gravetat, per poder avisar al farmacèutic en el cas de detectar qualsevol possible problema.

S'aplica en la recepció a la zona de dispensació. En aquesta, el pacient és rebut habitualment per un auxiliar, o en ocasions pel propi farmacèutic. Si es necessita la seva intervenció, més enllà d'una senzilla informació, es trasllada el pacient a la ZAP, a on l'atendrà un farmacèutic. Si, finalment, s'ha de procedir a una dispensació, es traslladarà de nou el pacient a la zona de dispensació.

Intervencions farmacèutiques

Una de les excuses habituals per a no intervenir es la de que és impossible fer-ho en tots els pacients que arriben a la farmàcia. És evident que, igual que per alguns processos esmentats, s'haurà d'aplicar una prioritització, en funció d'uns criteris racionals. S'haurà d'intervenir: en tots els casos de consulta farmacèutica, quan es creu necessari una dispensació activa, i en grups de pacients prèviament seleccionats (possibilitat d'incumpliment, polimedicats, fàrmacs de marge terapèutic estret), per formar part de programes específics de seguiment farmacoterapèutic, o sistemes personalitzats de dosificació, o per que pertanyen a grups en els que es pretén actuar especialment, tant formant part de campanyes generals o particulars de la farmàcia, en un temps definit o indefinidament.

Registre de les intervencions

La seva manca és un mal endèmic del FC. **El que no es registra, no s'ha fet.** Com es poden demostrar les intervencions farmacèutiques al nostre àmbit si no estàn documentades?. A més, és imprescindible quan s'estableixen serveis d'AF, utilitzant documentació normalitzada.

Es pot fer un registre senzill de totes les intervencions o només de les relatives a consulta farmacèutica; o un registre molt més detallat, incorporat a un suport informàtic per a ser recuperable, de les intervencions que requereixin una recerca i una resposta al pacient ajornada, o les de resposta immediata més complexes o d'especial interès.

És convenient dissenyar el sistema de registre de forma que sigui molt operatiu: recollir el màxim de dades d'interès en el mínim temps possible. Per això, convé basar-se en el criteri dels farmacèutics de la farmàcia i amb sistemàtiques ja publicades, com els fulls de registre de T. Eyaralar⁶⁰, o la fulla individualitzada de monitorització farmacoterapèutica de l'Hospital Universitari Dr. Peset⁶¹, per citar dos exemples de especial interès.

3-GESTIÓ DE LA QUALITAT

L'evolució natural del farmacèutic interessat en oferir un servei de qualitat és la implantació, a la farmàcia, de la norma internacional **UNE-EN-ISO 9001:2000**. L'aplicació dels processos que duren a l'obtenció de la certificació de qualitat permetrà, no tan sols poder disposar d'aquest distintiu, sino

millorar eficaçment el servei ofert per la farmàcia als seus pacients, amb una sistemàtica dirigida a l'optimització, eliminació de les errades, satisfacció del personal, i un segur d'adaptació permanent a les noves situacions.

L'esforç que es duu a terme en analitzar els processos interns i externs, recollir totes les incidències i analitzar les causes, protocolitzar i documentar totes les activitats, establir sistemes de control i avaluació interns i externs, es compensa amb la certesa de millorar sensiblement els serveis oferits.

No és encara un requisit obligatori per a les farmàcies comunitàries; hi ha, en aquests moments, un nombre petit de farmàcies que s'han certificat o es troben en aquest procès, recolzat normalment pels col·legis professionals, que no, de moment, per l'Administració.

També per al desenvolupament de l'AF, és necessari aplicar els conceptes de qualitat en tot el procès, i es, per tant, un tema que es considera prioritari actualment.

4-FONTS DE CONSULTA.

Per l'amplitud de l'arsenal terapèutic disponible, la seva complexitat, la freqüent aparició de "nous" fàrmacs, el FC ha de disposar d'un font bibliogràfic suficient i actualitzable. No és excessiva la inversió per dotar de les fonts internes bàsiques primàries (revistes científiques amb articles originals), secundàries (bases de dades i programes informàtics), i terciàries (llibres i revistes); sí és més complexe l'accés a fonts externes de qualitat, habitualment restringides a suscripcions prèvies.

El FC ha d'exigir el suport de les institucions en aquest sentit:

-Els col·legis professionals, amb una biblioteca actualitzada i ben dotada, amb centres d'informació dels medicaments (CIM) operatius i de nivell adequat, fent suscripcions de col·lectivitat per a les principals publicacions, donant facilitats per a l'adquisició de bibliografia, i formació en quant a la documentació bàsica.

-L'Administració Sanitària local, que exigeix a les farmàcies una dotació mínima bastant àmplia i unes funcions per a les quals n'és imprescindible, ha d'ésser conscient de que les farmàcies són centres sanitaris amb disponibilitats limitades, i col·laborar de manera similar o en coordinació amb els COF. S'ha de facilitar també l'accés a serveis de farmàcia i documentació de la Sanitat Pública.

-La pròpia Universitat, al signar convenis de col.laboració com el de les pràctiques tutel.lades. Ja que els farmacèutics tutors d'alumnes en pràctiques exerceixen com a professors d'una assignatura obligatòria sense cap compensació, tendria sentit fer-la efectiva facilitant mitjans bibliogràfics en aquestes farmàcies.

-La Indústria farmacèutica, que fa una gran despesa en facilitar bibliografia als metges, ha d'ésser conscient de les necessitats del FC en aquest sentit.

És molt convenient elaborar un protocol de revisió i valoració de la documentació que es rep a la farmàcia, la seva indexació, i l'accés a fonts externes, incloent també uns criteris clars d'avaluació de la pròpia font i la documentació trobada, especialment en l'accés a Internet.

5-SELECCIÓ DE MEDICAMENTS⁶²

La selecció de medicaments mereix un apartat destacat en les accions de sistematització. Haurà d'implicar des de l'adquisició de les especialitats fins a la dispensació als pacients, mitjançant la inclusió en els protocols corresponents.

Els camps d'actuació del FC, en quant a selecció de medicaments, són els següents:

- Especialitats farmacèutiques publicitàries (EFP).
- Especialitats de venda sense recepta, no EFP.
- Recepta mèdica per DCI.
- Substitució, en els casos excepcionals descrits per la legislació vigent, de la prescripció mèdica.
- Valoració de fàrmacs, nous o ja coneguts, per a oferir informació objectiva a metges i pacients.
- Intervenció en quant a una selecció prèvia realitzada pel pacient.

Quant als nous medicaments susceptibles de dispensació per consell farmacèutic, és convenient sistematitzar tots els aspectes relatius a la recepció de la informació, els criteris de valoració, l'anàlisi de les dades obtingudes, la presa de decisions i la inclusió a la sistemàtica d'adquisició i dispensació.

La informació arriba habitualment a partir de laboratoris farmacèutics, revistes professionals o accés a Internet. El farmacèutic ha de filtrar prèviament tota aquesta informació.

Posteriorment, s'aplicaran els **criteris de valoració** del nou producte, prèviament establerts:

-**Criteris científics**: utilitzant les fonts de consulta esmentades, es valoraran aspectes relatius a efectivitat i seguretat del principi actiu.

-**Criteris d'adaptació i acceptabilitat** per part del pacient a qui pot anar dirigit. Són fonamentals per facilitar el compliment terapèutic. Com exemple, citem tipus d'envàs i seguretat, forma farmacèutica, forma d'administració, excipients, i el PVP en preu/unitat de presa.

-**Criteris administratius i funcionals**: existències a la farmàcia de productes equivalents, opcions de sumministrament, tipus d'envàs (tamany, precinte de seguretat, pictogrames), i prospecte.

-**Criteris econòmics**: sempre secundaris, i definitius únicament quan, entre diferents especialitats, no hi ha diferència en quant als criteris anteriors.

Avaluats els diferents criteris aplicats, s'analitzen les dades recollides i se pren la decisió corresponent. Si es tracta d'incorporar el producte en la sistemàtica de la farmàcia, es farà en la llista selectiva i el protocol d'actuació corresponent.

Quant a la selecció de medicaments que realitza el propi pacient, a partir de la publicitat, el consell d'altres o la seva pròpia experiència anterior, el farmacèutic pot intervenir eficaçment. A priori, seleccionant el material d'informació que s'ofereix a la pròpia farmàcia. A posteriori, comprovant si la selecció feta pel pacient és o no correcta pel seu problema de salut, aconsellant de manera raonada l'opció més adequada, segons el criteri del farmacèutic.

6-MANEIG DE LA DOCUMENTACIÓ

A la farmàcia arriba, diàriament, una gran quantitat de documentació, requerida o no, que és precís avaluar, indexar la que té interès, i arxivar adequadament. Per això és imprescindible dur un **registre** específic i programar una **sessió científica** periòdica⁶², plantejant els següents paràmetres:

-Periodicitat i duració: setmanal ó bisetmanal, d'unes dues hores de durada, millor fora de l'horari habitual de la farmàcia (s'haurà de compensar al personal assistent).

-Lloc: és ideal si la farmàcia disposa d'una petita biblioteca-sala de reunions. Si no és el cas, en el despatx del farmacèutic o qualsevol altre estància disferenciada.

-Assistents: Habitualment, tots els farmacèutics de la farmàcia. En sessions puntuals serà convenient convidar a altres membres del personal, si es troben implicats en els temes a desenvolupar.

-Preparació prèvia, que es fa a partir del registre esmentat, a on constaran també tots els temes susceptibles de ser tractats a la sessió.

-Temes a tractar: uns aspectes, fixos: documentació rebuda des de la darrera sessió, intervencions realitzades, fórmules magistrals; uns altres, variables: revisions de temes científics, funcionals (protocols), o legislatius, cursos de formació continuada que es segueixen a distància, etc.

7-FORMACIÓ

En aquest aspecte és fonamental, com en altres casos, l'autocrítica i l'objectivitat. El FC ha de valorar les seves necessitats formatives i establir un programa d'acord amb les seves disponibilitats.

És necessària la formació científica, però també la relativa a gestió de recursos materials i personals i les tècniques de comunicació.

A Espanya, de moment, no és obligatòria pels professionals lliberals, encara que sí ho és a altres països, i no és això una ventatja: el nivell de servei ofert seria, necessàriament, millor si s'establís un cert grau d'obligatorietat, amb el consens corresponent entre les Institucions i els afectats.

Els responsables de la formació dels professionals: universitats, col·legis, i altres institucions hauran de variar sensiblement l'oferta actual que, per al FC, és sensiblement millorable. S'ha d'exigir que la formació sigui útil, adequada, adaptada i d'aplicació immediata.

En quant al **pre-grau**, la formació a les universitats, sempre s'ha dit que és inadequada per a l'exercici futur de les professions, el que es compleix particularment en el cas de la Farmàcia Comunitària. Hem esmentat que les facultats han millorat lentament els plans d'estudi, però és necessari fer un canvi molt més radical, que els professionals puguin intervenir directament en la modificació d'aquests plans, que es multipliqui l'anecdòtic contacte de la Universitat amb els professionals en exercici. La formació ha d'anar molt més orientada a les necessitats reals dels FC, incorporant formació exhaustiva en farmacoteràpia, aspectes d'atenció als pacients, comunicació, recerca, qualitat, i qüestions pràctiques d'organització, per citar alguns exemples.

La formació universitària de **post-grau**, lamentablement, ha de suplir les carències del pre-grau, requerint un important esforç econòmic i de temps per

part dels professionals. Tal vegada seria necessari una unificació (n'hi ha massa) i un esforç per part del seus responsables en quant a l'adaptació a l'exercici real de la professió.

Els COF, responsables últims de la qualitat del servei que ofereixen els professionals, han d'establir un pla de formació que compleixi les premises abans plantejades, de forma consensuada i urgent. Una opció interessant, ja que de moment no es pot obligar a la formació, seria la d'incentivar als farmacèutics que participen en programes de formació, en forma de reducció de quotes o la que es decideixi, procedint a una evaluació sèria, fent públic quins són els professionals adscrits als programes, o qualsevol altre mida que faci que el nivell formatiu i, sobretot, d'actualització dels farmacèutics resulti òptim.

Aquests programes col·legials necessiten de la voluntat política corresponent, per requerir una dotació pressupuestària suficient, començant per la contractació de personal específic per a la seva organització, independent dels CIM. S'han de detectar les necessitats formatives de cada col·lectiu concret: què volen els professionals i què es considera que han de saber i, inclús què demanden els propis metges prescriptors, dels farmacèutics. S'han d'establir nivells diferents a cada curs de formació; mantenir els cursos molt bàsics per a iniciar-se a l'AF o a la formació clínica, junt amb cursos molt més específics per a iniciats; seleccionar molt acuradament el professorat i els programes a desenvolupar; fer que totes les intervencions siguin relacionades i conseqüents amb l'objectiu del curs; i establir un programa de seguiment de l'aprofitament i implantació dels coneixements. Els CIM, deslligats del programa formatiu del COF, s'han de dedicar a la funció que els defineix, però no tan sols a la informació passiva, es a dir, respondre i resoldre les consultes dels col·legiats, sinó establir un programa d'informació activa. Són útils revisions de temes concrets, protocols, però la informació imprescindible, que no es rep mai, és la relativa als fàrmacs nous. I no es tracta de remetre la fitxa tècnica, sino una recerca adequada, a partir de les disponibilitats dels CIM col·legials, amb un anàlisi objectiu dels diferents assatjos clínics disponibles del fàrmac en qüestió, estudis comparatius, dades de seguretat, valoració com a possible novetat terapèutica, etc.

En quant a la formació especialitzada, els debats relatius a la possible especialització en Farmàcia Comunitària, la denominació de la de Farmàcia Hospitalària, i la manca d'especialitat per a l'exercici a l'Atenció Primària, s'acabarien unificant-les totes en una especialitat en Farmàcia Assistencial o

Atenció Farmacèutica, que després s'exerciria en qualsevol dels tres àmbits, amb la formació en els centres oportunament homologats, incloent farmàcies comunitàries⁶³.

8-CARTERA DE SERVEIS. AF

Cada farmàcia ha d'establir la seva cartera de serveis, el llistat dels diferents serveis que ofereix aquella farmàcia. Respon a la necessitat de diferenciació. Els pacients han de triar farmàcia, no només per proximitat, sinó també per el millor i més complet grup de serveis oferit, tal i com es fa davant qualsevol altre activitat.

Hi ha una serie de serveis que han d'ésser presents a l'oferta de totes les farmàcies, com són la pròpia gestió adequada d'adquisició, maneig i dispensació (activa) de tots els productes farmacèutics, la informació sobre medicaments (funció principal del FC actual, **la farmàcia és un vertader CIM**)⁶⁴, la formulació magistral (en el nivell escollit), la indicació farmacèutica o la farmacovigilància.

Relacionat amb la **farmacovigilància**, dins el que es coneix com a **incidents relacionats amb la medicació**, la detecció i notificació voluntària d'**errors de medicació**.

Altres serveis que es poden establir per a donar contingut a la feina del FC, poden ésser:

- Els que integren l'Atenció Farmacèutica: la dispensació activa; la consulta farmacèutica; la prevenció, identificació i resolució de PRM; el seguiment farmacoterapèutic (SFT).

- Els sistemes personalitzats de dosificació (SPD).

- El suport a la teràpia substitutiva amb nicotina (TSN).

- Els que requereixin una autorització administrativa, com la dispensació de Metadona.

- Els que precisen d'una titulació especial, com l'òptica oftàlmica, audiometria i ortopèdia.

- La presa de tensió arterial de forma adequada, millor amb aparells manuals de mercuri i al menys tres tamanys de braçal, o automàtics sotmesos a calibració periòdica.

- La determinació, mitjançant aparells homologats i sotmesos a control de qualitat, de nivells plasmàtics de glucosa o colesterol, amb finalitat de cribatge, sense consideració d'emetre informes analítics.

-La realització de sessions informatives de temes concrets per als pacients, a la pròpia farmàcia.

-La participació activa en campanyes institucionals, o en programes de formació a pacients externs (a col·legis, residències de gent gran o locals veïnals).

En tots ells podrà haver un grau major o menor d'implicació, però sempre hauràn de complir els mínims de qualitat esmentats, actuant amb protocols normalitzats de treball (PNT) perfectament establerts.

Quant als **errors de medicació**, es refereixen a incidents prevenibles, que poden arribar a ser de màxima gravetat per als pacients, i de diferents causes, com l'etiquetat incorrecte dels medicaments, similituts ortogràfiques o fonètiques, errors a la prescripció o a la dispensació. S'ha de destacar la presència d'un grup de treball a la Societat Catalana de Farmàcia Clínica, amb suport institucional, i al que es poden donar d'alta també les farmàcies comunitàries com a centre notificador⁶⁵. També el "Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos"(ISMP)⁶⁶, a l'Hospital Universitari de Salamanca, que ha dut a terme programes de notificació nacionals juntament amb el CGF.

Quant al **SFT**, com aspecte clau de l'AF, s'haurà de plantejar de forma diferent a la manera com s'està duent a terme habitualment, si es vol que sigui operatiu, valorable, i incontestable, i respongui a les expectatives com un dels pilars en el futur de la Farmàcia Comunitària. Consideram que s'ha d'iniciar en grups molt reduïts de pacients, de forma similar a com duim a terme els SPD: selecció acurada del pacients objectiu del servei, considerant el nombre màxim de pacients que es poden incloure per les disponibilitats de cada farmàcia; contacte previ amb el metge prescriptor oferint el servei com a suport de la seva estratègia terapèutica; no iniciar cap SFT sense comptar amb l'informe escrit i signat pel metge amb tota la teràpia farmacològica prescrita, amb dosificació i durada, i la conformitat signada del pacient amb el compromís de comunicar qualsevol modificació del tractament de forma escrita i signada pel metge prescriptor. En cap cas el farmacèutic hauria de fer SFT sense el contacte estret amb el metge, ja que el que es pot oferir és una col·laboració en el SFT del pacient i no la responsabilitat total en el SFT.

A més, s'ha de contemplar la possibilitat de fer prevenció, identificació i resolució de PRM independent del SFT, com estan realitzant les farmàcies que, sense tenir pacients en SFT, actuen eficaçment en el control de PRM.

Els PRM s'han d'estudiar sempre com un problema del pacient relacionat amb el seu tractament, i no com un problema que provoca el medicament, i s'ha de prestar especial atenció a les causes que l'han produït (interaccions, incumpliments, duplicitats i moltes altres). Igual com s'ha intentat fer amb les classificacions de PRM esmentades, seria molt convenient establir una **classificació consensuada sobre les causes dels PRM**: considerem aquestes com a tant importants com el propi PRM produït, pel que significa d'establiment d'activitats preventives, i una classificació de causes tendria més interès per als estudis d'investigació en AF que les de PRM, que provoquen confusió al no existir unificació entre els diferents professionals i investigadors.

Quant a l'AF en general, tal vegada sigui necessària una "tercera via" en el seu abordatge en la Farmàcia Comunitària. Aprofitant els esforços de regulació fets pels principals grups de treball, la necessitat d'arribar a un número molt més significatiu de companys, establint unes pautes realment aplicables en la pràctica de la Farmàcia, obviant abordatges que ultrapassin les competències legals i possibilitats professionals del farmacèutic, o les postures excessivament dogmàtiques, i L'incloure també als metges prescriptors en el projecte, fa necessari un replantetjament per caminar en l'AF per terra ferma, obtenint resultats valorables i significatius amb les premisses d'efectivitat i eficiència de la farmacoteràpia en els pacients.

Quant a la **participació en campanyes institucionals**, el FC, a través dels seus representants corporatius, ha d'exigir un nivell de participació digne, actiu, d'acord amb el seu nivell professional, en cap cas inferior al de altres professionals de la salut. I, d'altra banda, que aquestes campanyes es refereixin al medicament; per citar un exemple, en lloc de fer campanyes per detectar hipertensos, s'haurien de fer campanyes per a promoure l'ús racional dels fàrmacs antihipertensius⁶⁷.

9-COMUNICACIÓ

Podem considerar que la comunicació, juntament amb la informació, són eines imprescindibles en el món actual. També el farmacèutic haurà de desenvolupar habilitats específiques de comunicació en diferents àmbits:

-Amb el personal. Una empresa petita, com és la Farmàcia Comunitària, necessita explícitament la col·laboració i implicació de tot el personal en

assolir els objectius d'assistència plantejats. D'una banda, instaurant una reunió de personal periòdica, en la que s'analitzin totes les qüestions relatives al funcionament de la farmàcia, es marquin noves estratègies, es discuteixin els procediments, s'avaluin els problemes detectats i, en fi, es dongui en el personal l'oportunitat de presentar les seves inquietuts en un marc general que impliqui a tots quan hi treballen a la farmàcia. D'altra banda, i per l'operativitat dels diferents procediments de la farmàcia, el contacte del farmacèutic amb el personal implicat en cada un d'ells haurà d'esser amb la freqüència que requereixi cada protocol.

És molt convenient que el farmacèutic comunitari es formi en tècniques relatives a gestió del personal i habilitats directives. L'autoritat, el control, la subsanació de les deficiències detectades, requereixen una comunicació adequada amb el personal, que es facilitarà per la pròpia actitud i aptitud del farmacèutic: prestigi, seguretat, compromís, capacitat de persuasió i aplicació justa de la correcció. Convé aprofitar els cursos relatius en aquestes tècniques que patrocinen, en ocasions, determinats laboratoris farmacèutics.

-Amb els pacients. També hi ha cursos específics i capítols dedicats en aquest tema en els principals cursos i màsters d'AF. És fonamental adquirir habilitats per a afrontar l'entrevista amb el pacient: actitud del farmacèutic, inclús la posició física, el lèxic emprat, tipus de preguntes, com afrontar les respostes, o com finalitzar l'entrevista. També tots els aspectes relatius a la informació oral que es dona als pacients, i a la informació escrita específica (la que s'elabora després de l'entrevista) o ja impresa (els fullets d'informació o altre material, com llibres o vídeos) que es troben a la disposició dels pacients a la farmàcia.

També s'ha d'establir una comunicació amb els grups de pacients, com les associacions de determinats malalts, o les generals de consumidors, a través d'iniciatives particulars i, fonamentalment, dels COF i altres institucions.

-Amb el metge. Hem descrit algunes experiències al respecte. El FC ha de fer un gran esforç per augmentar la comunicació amb els metges prescriptors. Tant en projectes comuns a partir de reunions o sessions clíniques conjuntes entre els metges i farmacèutics de cada zona, com reforçant els canals de comunicació directe (telèfon específic, correu electrònic) o a través del pacient, mitjançant fulls d'informe propis de la farmàcia o fulls d'intercomunicació consensuats.

L'elaboració de protocols consensuats amb els metges, relatius a l'abordatge dels síndromes menors i, per tant, de l'ús de les EFP, és una feina de futur molt destacable per a la col.laboració d'ambdós professionals i, per tant, per al

benefici del pacient. A més, recolzaria l'actuació del farmacèutic en la indicació farmacèutica.

La participació en la informació objectiva als metges, l'aportació dels coneixements del farmacèutic en la seva decisió terapèutica han d'ésser objectius a mig plaç; existeix un notable precedent amb farmacèutics hospitalaris. A Balears, la Direcció General de Farmàcia preveu disposar que en les sessions de presentació dels nous fàrmacs als metges dels centres de salut, per part dels representants dels laboratoris farmacèutics, hi participin els FC de la zona La col.laboració més estreta en campanyes de prevenció, per iniciativa de la zona o en les d'origen institucional, pot ésser també de gran interès.

-Amb els altres farmacèutics. L'aïllament del FC es dona també en relació als companys farmacèutics i les diferents estructures relatives als farmacèutics assistencials. S'han d'estimular, per tant, les reunions de zona, o reunions periòdiques amb altres FC especialment motivats; la relació amb els farmacèutics d'Atenció Primària, com a pont amb l'Administració i amb els altres professionals de Primària; i l'oportuna coordinació amb els farmacèutics d'hospital.

10-SISTEMES DE RETRIBUCIÓ

És evident que el futur de la Farmàcia Comunitària passa per un canvi en el sistema de remuneració professional. No té massa sentit que un farmacèutic implicat en el control de l'abús dels medicaments depengui de la seva venda per a obtenir els seus ingressos. I tampoc el té, que s'ofereixin serveis (com alguns dels descrits al punt 8) sense cap tipus de compensació. És, no obstant, un tema complex, en el que s'han de considerar molts aspectes:

-La farmàcia té una faceta empresarial irrenunciable, amb la necessitat de mantenir un estoc molt elevat; i els medicaments, la seva part fonamental, tenen preu fix, no es poden renovar fins a la seva data de caducitat, moment en el que la devolució no és sempre possible, i en tot cas amb una pèrdua del 10% del valor de venda. Aquesta labor empresarial requereix un volum de retribució proporcional a la inversió que s'ha de realitzar. És el que es coneix com el marge professional. Diferents intents de modificació d'aquest en forma de disminució global, o introducció d'escalats segons preu, han estat motiu de reivindicació per part del col.lectiu, en algun cas obtenint resposta judicial

favorable, en quant principalment a l'impacte en les farmàcies més petites o la injustícia general de la mida aplicada.

-D'altra banda, no té sentit que el farmacèutic ofereixi diferents serveis de forma totalment gratuïta, quan diferents professionals, en actuacions similars, obtenen una gratificació determinada. És el cas de la pròpia informació sobre aspectes dels medicaments a la seva demanda, els sistemes personalitzats de dosificació, el seguiment farmacoterapèutic, o l'assessorament i control en la deshabitació tabàquica, per citar alguns exemples.

-Els tipus de serveis, anomenats cognitius, que els farmacèutics comunitaris poden oferir es distribueixen entre els que beneficien a la Societat i els que beneficien a un individu. Per obtenir una retribució per serveis oferits és necessari definir clarament aquests serveis, consensuar el seu valor, la disposició del farmacèutic per mantenir-los, separar pagament de serveis i productes, i documentar l'efecte dels serveis en l'evolució del pacient⁷. I en tot cas, per a obtenir retribució en serveis d'AF, s'han de complir els criteris d'eficàcia, efectivitat i eficiència⁶⁸.

A Espanya, s'ha obtingut remuneració en alguns casos, com és el dels farmacèutics que suministren Metadona a les seves farmàcies (48,08€/pacient/mes, a Balears), o els farmacèutics del programa TOD (tractament d'observació directa), de suport a la farmacoteràpia dels pacients tuberculosos, a València (50 €/pacient/mes). D'altra banda, hi ha un projecte de la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya, per remunerar l'actuació del farmacèutic en formació farmacològica a metges de primària, programes educatius socials, o per la ubicació de la seva farmàcia en llocs amb dispersió geogràfica. Presenta dos sistemes de pagament, un per complements resultants de certs variables, i l'altre segons el model actual de pagament capítatiu en alguns consorcis territorials de Catalunya⁶⁵.

A l'estranger, hi ha alguns exemples:

-Els farmacèutics que ofereixen serveis d'Atenció Farmacèutica als EEUU (Washington i Florida) o al Japó, obtenint una compensació econòmica per intervenció farmacèutica realitzada, per l'assegurança privada, segons uns barems clarament establerts.

-El de Québec (Canadà) des del 1978: el govern de la província paga el cost d'adquisició dels medicaments més un tant per dispensació. A més, es paga la "opinió farmacèutica" (identificació amb resolució de PRM) i "refusar la

dispensació” (detecció de contraindicació). A la pràctica, el sistema no s'utilitza molt, per la complicació administrativa i el temps que requereix⁷⁰.

-El projecte australià per anar compensant econòmicament alguns aspectes de l'AF⁷⁰.

-El recent projecte de seguiment de pacients diabètics a Portugal, amb retribució al farmacèutic per número de pacients controlats.

La important Resolució ResAP(2001)2, esmentada abans, fa menció també de la remuneració del farmacèutic, en el seu punt 1: “...El seu sistema de remuneració ha d'ésser reexaminat considerant, no els marges i el volum de vendes, sino el servei professional proveït, com ha estat previst per la Resolució ResAP(1993)1, sobre la funció i la formació del farmacèutic comunitari²⁸.

L'AF té un cost, per al farmacèutic i, inicialment, per a la pròpia Administració, motivada per les intervencions del farmacèutic. Aquest cost s'ha de veure superat pels beneficis obtinguts a mig plaç al reduir el consum de recursos o millorar els paràmetres farmacoeconòmics; d'aquí poden sortir les bases per a establir un sistema de remuneració⁷¹.

Hi ha un document recent que proposa un sistema mixt de retribució de les oficines de farmàcia, amb tres trams: un fix per pertinença a la xarxa del Sistema Públic de Salut i per programes sanitaris específics, major en farmàcies rurals; un pagament per actuació mitjançant mòduls per recepta; i un tercer per retribuir la logística de la dispensació, amb un marge escalonat. S'apunta que els dos primers trams no serien tan “inflacionistes” com el marge fix actual, i que en els dos segons s'hauria de primar l'eficiència (com al fer substitucions per bioequivalents de preu inferior al de referència)⁷².

El que sembla més lògic és un **sistema mixt**, amb una retribució fixa relativa a la dispensació, similar a l'actual amb un marge relativament menor, però suficient per mantenir un adequat nivell d'existències i serveis bàsics imprescindibles, amb un suplement variable provenent del compromís amb campanyes institucionals determinades, i dels diferents serveis oferits, a grups determinats de pacients o globals (a tots els pacients o a pacients concrets), uns coberts en part o totalment per l'Administració, i d'altres per part dels usuaris. En tot cas, és un assumpte complex en el que hi juguen moltes variables i interessos, del que s'ha de fer una anàlisi acurada i que, en el cas de modificar el sistema actual, qualsevol canvi s'ha de aplicar de forma molt gradual i monitoritzada.

11-FIDELITZACIÓ

És constant l'amenaça sobre el sector en forma de cadenes de farmàcies, possible desregulació o venda de EFP a fora de les farmàcies, disminució de marges, etc. A vegades es planteja si la solució ha d'ésser la concentració en macrofarmàcies, amb molts farmacèutics i serveis oferits, com succeeix en certs països nord-europeus. És possible, però de moment, el plantejament seriós ha d'ésser el d'oferir uns serveis de qualitat que condueixin a la fidelització del pacient-client. En altres activitats professionals o comercials, l'especialització i la qualitat han permès subsistir a petites empreses davant la potent oferta dels grans grups comercials.

És important analitzar quins instruments pot emprar el FC per fidelitzar als seus clients-pacients. Molts dels aspectes contemplats en aquesta exposició contribuiràn eficaçment en aquesta fidelització a la farmàcia. L'estructura de la farmàcia, la cartera de serveis, l'actitud del personal, la imatge de servei organitzat, net, eficaç, modern, professional, la qualitat de les intervencions farmacèutiques, el contribuir a solucionar els problemes de salut dels pacients, donar informació per escrit, inclús temes que puguin semblar menors com l'aspecte exterior, la il.luminació o l'a accesibilitat, influiran decisivament en la fidelització del pacient.

Però també és fonamental analitzar quins són els aspectes que valora el pacient-client per mantenir-se fidel a una farmàcia. I no són en principi, els aspectes professionals, per desconeixement, per manca d'oferta, o per manca de percepció de la importància que poden tenir. Així, qüestions com vendre tot tipus de productes, horaris ampliat, ofertes, rebaixes en preus de venda (és legal en el cas del EFP) són valorats i, per tant, oferits per farmacèutics que cerquen més aviat el benefici immediat que la subsistència a llarg plaç. I no es preten afirmar que aquest tipus d'ofertes siguin del tot incompatibles amb una oferta professional de qualitat, però és evident que l'esforç de fidelització ha d'anar en el sentit professional. I és la pròpia actitud dels farmacèutics la que genera la resposta dels pacients. Aquella farmàcia que ofereix habitualment informació oral i escrita, que oferta uns serveis professionals útils per als seus clients, farà que aquests es tornin necessaris per a ells; l'oferta de serveis genera la demanda i, per tant, aquell pacient cercarà la farmàcia que li ofereixi aquell servei amb el que abans no hi contava, però que ara considera ja imprescindible.

Com afirma P. Gascón, L'AF no ha de contemplar la fidelització com un dels seus objectius que, ja hem vist, són exclusivament de realització professional i servei als pacients. Però funciona, a la fi, com un instrument per fidelitzar clients⁷³. Es disposa de l'exemple de l'oferta de serveis de Pharmaceutical Care a determinats estats dels EEUU, a la que els pacients han respost suscribint aquests serveis en contractar la seva pòliza d'assegurança mèdica privada.

12-JUSTIFICACIÓ: ESTUDIS D'INVESTIGACIÓ

A les acaballes d'aquest discurs, quan hem fet una ràpida revisió de problemes i possibles solucions, d'autocrítica i propostes de futur, és moment de plantejar, de nou, si existeix una justificació per a la pròpia existència del FC, i que aquesta justificació és també una de les necessitats de futur.

Des del punt de vista del professional motivat no hi ha dubtes, és molt el que pot fer el farmacèutic per a la Societat.

Des de l'anàlisi de la realitat sanitària, la seva intervenció en el control de l'ús dels medicaments en el mitjà comunitari és imprescindible. Les dades relatives a PRMs apareguts en diferents estudis a la població, tant en farmàcia comunitària⁷⁴ com en pacients que arriben a un servei d'urgències hospitalari⁷⁵, i principalment, les dades referides a ingressos hospitalaris deguts a PRMs, de les que hi ha estudis fets a Espanya⁷⁵ i a diferents països⁷⁶, amb resultats diferents però sempre molt significatius, i amb la despesa sanitària i inclús la mortalitat que això ocasiona⁷⁷, justificarien clarament les funcions del FC en AF, sobretot comptant amb que una gran part d'aquests PRMs podien ésser evitats. És interessant aconseguir quantificar l'estalvi que pot proporcionar l'AF al Sistema de Salut (ja n'hem parlat de l'eficiència): com exemple, s'ha fet una avaluació a partir del Projecte TOMCOR obtenint unes dades de 12€/pacient/any⁷⁸.

Però és conscient la Societat?, ho és la comunitat científica?: clarament no. La percepció del farmacèutic pels ciutadans segueix sent més comercial que professional; i no es demanden serveis com l'AF simplement per que no es coneixen.

D'altra banda, és cert i demostrable que els farmacèutics que realitzen AF contribueixen a disminuir la morbiditat dels PRM, que s'obtenen resultats en salut dels pacients?.

Els diferents estudis fets sobre l'impacte real de l'AF en el mitjà comunitari, alguns dels quals s'han esmentat, presenten tal variabilitat metodològica (com la d' incloure solament FC motivats i preparats o tots els d'una zona), tan diferents objectius, un volum de mostra habitualment petit, i manca de valoració de despeses i sobre tot de resultats de salut en els pacients, que no permeten crear una imatge d'efectivitat i eficiència de l'AF en aquest mitjà. En aquest sentit, hi ha dues publicacions que, criticant els estudis realitzats, aporten recomenacions per als futurs. Així, un meta-anàlisi publicat per Singhal i altres a Ann Pharmacoter en 1999, sobre 95 treballs cercats a Medline (1966-98) i IPA (1970-1998), 21 d'ells fets a farmàcia comunitària, conclou que pocs gaudien d'un disseny d'investigació adient i que s'haurien de realitzar projectes que mesurassin els tres tipus de variables ECHO (resultats econòmics, clínics i humanístics). D'altra banda, la revisió publicada pel Centre Cochrane, incloent treballs publicats a Medline, EMBASE, Pharmaline, IPA, i altres, entre 1966 i 1999, seleccionant 25 estudis; es reflexa en ells el paper del farmacèutic en educació a pacients i metges, però es critica la definició de les intervencions analitzades, la manca de valoració de costos i resultats en pacients, i es recomana investigacions més riguroses per a poder documentar els efectes de les intervencions dels farmacèutics sobre pacients ambulatoris⁷⁹.

Com dèiem abans, el que no està escrit no existeix. És imperiosa la necessitat de publicar estudis amplis, ben elaborats, reflectint un impacte positiu de la intervenció dels FC en el marc de l'AF.

És necessari promoure la investigació que faciliti les respostes a les dubtes que ocasiona l'AF, i respondre a les limitacions de l'AF com a resposta als PRM, descrites recentment com la manca de coneixement científic per donar una base sòlida a les iniciatives professionals i polítiques per al progrés de l'AF, la continua confusió entre el procés millorable (PRM) i la millora del resultat (AF), i l'exageració en la cerca i resolució de PRM oblidant altres aspectes de l'AF i altres funcions del FC⁸⁰.

Finalment, es manifesta la necessitat de classificacions, normes i estàndards que permetin l'anàlisi de més esdeveniments que els PRM, pel desenvolupament de l'AF¹⁶.

El debat, com en tots els aspectes, és enriquidor, sempre que es faci amb correcció i a l'àmbit adequat, i serveixi per al objectiu de clarificar les bases en les que sustenten la reprofessionalització de la Farmàcia Comunitària, eix de la seva pròpia justificació.

CONCLUSIONS

Podem afirmar, per concloure, que **la Farmàcia Comunitària sí té futur, però un futur condicionat:**

-Condicionat a una renovació estructural i funcional fruit d'una profunda autocrítica, que afecti a la gran majoria dels centres: el futur d'una professió no ve suportat per accions puntuals o minoritàries dels millors professionals sino per una evolució positiva d'un número suficient per a crear imatge, una imatge molt diferent de l'actual, oferint uns serveis, una utilitat, que actualment no s' estan proporcionant.

-Condicionat a un suport documental, a l'existència d'estudis d'investigació seriosos, ben dissenyats, amb resultats en salut dels pacients i en estalvi de la despesa sanitària.

-Condicionat a obtenir una cobertura legal suficient, que impedeixi qualsevol objecció per part d'altres professionals, i a **un marc d'actuació professional ben clar,** que unifiqui les línies bàsiques d'actuació. És imprescindible la **col.laboració amb el metge prescriptor des de l'inici de qualsevol procés de SFT.**

-Condicionat a un suport institucional amb una integració real i operativa a la xarxa sanitària, amb una percepció per part de tota la resta dels professionals de la Salut implicats en la farmacoteràpia de que ho faran molt millor, de que el pacient obtindrà el màxim fruit de la teràpia medicamentosa, si uns FC propers i efectius li donen suport.

-Condicionat, finalment, a una percepció per part de la Societat de que s'ha de mantenir un model de farmàcia perque és necessari, perque és un actiu de la pròpia Societat i de que la renovació que significa l'AF ha d'ésser un bé essencial dins aquest model.

Confiem, finalment, en que no sigui massa tard i fem, entre tots, un esforç per dur a la Farmàcia Comunitària al lloc de privilegi que hauria de tenir en l'Atenció Primària de Salut de tots els ciutadans.

Moltes gràcies per la seva atenció.

BIBLIOGRAFIA

1. Mariño EL. [editorial]. *Farm Clin* 1996;13(1):5-8.
2. Aguiló MC. Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. ¿Por dónde empezar?. *Farmacia Profesional* 1996;10(11):38-45.
3. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug-related services. *Am J Pharm Ed* 1980;44:276-8.
4. Mikeal RL, Brown TP, Lazarus HL, Vinson MC. Quality of Pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1975;32:567-74.
5. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990;47:533-43.
6. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug – related problems: their structure and function. *DICP Ann Pharmacother* 1990 Nov; 24(11):1093-7.
7. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *El ejercicio de la Atención Farmacéutica*. Madrid: Mc Graw-Hill, 1999.
8. Tomechko MA, Strand LM, Morley PC, Cipolle J. Q and A from the Pharmaceutical Care Project in Minnesota. *Am Pharm* 1995 Apr;NS35(4):30-9.
9. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud [informe]. *Pharm Care Esp* 1999;1(3):207-11.
10. Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, Segal R, Doty RE, Ben-Joseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc* 1997;NS37(6):647-61.
11. Tsuyuki RT, Johnson JA, Teo KK, Simpson SH, Ackman ML, Biggs RS, et al. A Randomized Trial of the Effect of Community Pharmacist Intervention on Cholesterol Risk Management: The Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). *Arch Intern Med* 2002;162(10):1149-55.
12. Hutchinson RA, Schumock GT. Need to develop a legal and ethical base for Pharmaceutical Care. *Ann Pharmacoter* 1994;28(7/8):954-956.
13. Álvarez de Toledo F, Arcos P, Eyaralar T, Abal F, Dago A, Cabiedes L, et al. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (estudio TOMCOR). *Rev Esp Salud Pública* 2001;75(4):375-88.
14. Panel de consenso ad hoc. Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Pharm Care Esp* 1999;1(2):107-112.

15. Comité de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharmaceutica* 2002;43(3-4):175-84.
16. Gérvas J. Introducción a las clasificaciones en Atención Primaria, con una valoración técnica de los “Consensos de Granada”. *Pharm Care Esp* 2003;5(1):98-104.
17. Hepler CD. What is the relationship between clinical pharmacy and pharmaceutical care?. *ESCP Newsletter* 2002 Mar;(106):5-6.
18. Mangues MA. Farmacia Clínica y atención farmacéutica: semejanzas y diferencias. *El farmacéutico* 2002;(274):59-64.
19. Segú JL, Casasín T, Gilabert A, Madrudejos R, March M, Prats M, et al. Los servicios farmacéuticos desde la perspectiva asistencial. Análisis de situación i líneas estratégicas. *Pharm Care Esp* 2000;2(4):223-258.
20. Morales M. [carta al director]. *Acófar* 1997 Set;(357):7-8.
21. Abellán F. La responsabilidad profesional del farmacéutico en sus diferentes ámbitos. En: Curso de Bioética y Derecho Sanitario. *Faes Farma. Módulo 1 unidad 2.*
22. Aguiló MC. El desafío de hacernos imprescindibles. *Farmacia Profesional* 1997;11(3):102.
23. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Valoración del Consejo Sanitario de las Oficinas de Farmacia. Madrid: Acción Médica, 2003.
24. Barbero A, Gérvas, J. Más allá del Consenso de Atención Farmacéutica. *Pharm Care Esp* 2002;4(6):387-392.
25. Hay que profundizar en el impacto real de la prestación farmacéutica en la sociedad [entrevista]. *Farmacéuticos* 2004 Mar;(285):30-31.
26. Organización Mundial de la Salud. WHA47.12 Función del farmacéutico en apoyo de la estrategia revisada de la OMS en materia de medicamentos. *Pharm Care Esp* 2000;2(4)282-4.
27. Consejo de Europa. Informe del Seminario sobre el papel y formación de los farmacéuticos comunitarios. *Pharm Care Esp* 2000;2(4)285-299.
28. Council of Europe. Resolution ResAP(2001)2 concerning the pharmacist's role in the framework of health security. Committee of Ministers' web site 2001 [consultat: 2004 Jun 2]. Disponible en: <http://cm.coe.int/ta/res/resAP/2001/2001xp2.htm>.
29. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Errors de medicació: introducció, definició, importància i impacte. *Butlletí de prevenció d'errors de medicació de Catalunya* 2003 Abr;1(1):2-3 [consultat: 2003 Set 16]. Disponible en: <http://www.errorsmedicacio.org>

30. Cortes Españolas. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. BOE 1990;(306):38228-46.
31. Cortes Españolas. Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de los Servicios de las Oficinas de Farmacia. BOE 1997;(100):13450-2.
32. Aguiló MC. Estructura Física de la Farmacia. En: Faus MJ, Martínez F, editores. Máster en Atención Farmacéutica Comunitaria. 1ª ed. Valencia: General Asde; 1997. Unidad 1: p. 71-85.
33. Jacome JA, Iñesta A. La Atención Farmacéutica comunitaria contemplada en la legislación española. Pharm Care Esp 1999; 1(4):231-238.
34. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
35. Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. Competencias de la profesión de Farmacia. Fundación Pharmaceutical-Care España. Dic 2001 [consultat: 2002 Gen 18]. Disponible en: http://www.pharmaceutical-care.org/com_farmacias.htm.
36. La complicidad de sanidad en el intrusismo profesional de la atención farmacéutica. i-espana.es. 2003. [consultat: 2004 Jun 7]. Disponible en : <http://www.iespana.es/inspeccion-uvmi/inde2474.htm>
37. Organización Médica Colegial. Declaración de la OMC sobre la Atención Farmacéutica. 2003 Dic 13. [Consultat: 2004 Jun 7]. Disponible en: http://www.cgcom.org/informes/pdf/declaracion_omc_atencion_%20farmaceutica.pdf
38. Aguiló M C. Colaboración entre farmacéuticos y médicos: experiencia en el medio comunitario. Pharm Care Esp 2001;3(1):59.
39. Aguiló M C, Oliver B, Fe A, González J, Rovira M. Diseño y aplicación de una hoja de intercomunicación entre farmacéuticos y médicos en el medio comunitario. Pharm Care Esp 2003;5(1):59-60.
40. Molina P. Farmacias de Ciudad Real testarán un método de interconsulta con AP. Correo Farmacéutico 2003;2(73):74.
41. Ibañes L. Compromiso madrileño para la creación de equipos multidisciplinares. Correo Farmacéutico 2002;2(60):6.
42. Colegio de Médicos Generalistas en Alemania (BDA), Asociación Federal de Colegios Farmacéuticos (ABDA). Colaboración de Médicos y Farmacéuticos en la Farmacoterapia. Declaración conjunta, 19 dic 1997. MSD 1998:1-7.
43. Canadian Pharmaceutical Association, Canadian Medical Association. Declaración conjunta. Aproximación a la elevación de la calidad del tratamiento farmacológico. Pharm Care Esp 2000;4(2):264-71.

44. World Medical Association General Assembly. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la relación laboral entre médicos y farmacéuticos en el tratamiento medicamentoso. *Pharm Care Esp* 200;4(2):279-81.
45. Development of an information policy for medicinal products. AESGP; 2002 Jan. [consultat: 2004 Jun 21]. Disponible en: <http://www.aesgp.be/ResearchProject/FinalReport.pdf>.
46. OTC classification ingredients tables. AESGP. [consultat: 2004 Jun 21]. Disponible en: <http://www.aesgp.be/Ingredients/intro.html>.
47. Amarilla M. La Información Terapéutica Directa al Ciudadano (ITDC). *Aula de la farmacia* 2004;1(5):44-8.
48. Casal C, Losada MJ, Marín C, Rodríguez AM. COF Pontevedra. Evolución de la información suministrada por los laboratorios farmacéuticos en la red. *B.I.M. Farma* 2002 Dic;(43):1-4.
49. La información sobre medicamentos ofrecida por el farmacéutico, la más valorada. *Farmacéuticos* 2003 Jun/Jul;(277):54.
50. Demasiados antibióticos sin motivo. Encuesta en consultas médicas y farmacias. *OCU-salud* 2003 Jun-Jul;(48):20-24.
51. Acosta J, Alzaga A, Álvarez L, Gudiel M, Fernández-Llimós F. Estructura y servicios de atención farmacéutica ofrecidos en farmacias de Alcorcón (Madrid) y Bilbao. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2003 Oct;1(3):120-3.
52. Cancrinus-Matthijsse AM, Lindenberg SM, Bakker A, Groeneweben PP. The quality of the professional practice of community pharmacists: what can still be improved in Europe?. *Pharmacy World & Science* 1996; 18(6):217-228.
53. "Pharmaceutical care in a double room: is UK pharmacy up to challenge?" *The Pharmaceutical Journal* on line. 2004 Jul 3. [consultat: 2004 Set 7]. Disponible en: http://www.pharmj.com/Editorial/20040703/forum/forum_pca/html.
54. Brown P. ¿Son necesarios los farmacéuticos?. Razones profesionales y económicas. *Farmacia Profesional* 1994 Nov;8(10):53-6.
55. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya. Llibre blanc per a la integració de les activitats preventives a l'oficina de farmàcia. Barcelona: El Departament i el Consell; 1997.
56. Hepler CD. The Future of Pharmacy: Pharmaceutical Care. *Am Pharm* 1990;NS30(10):583-9.

57. Gilabert A, Serra J, Sedano E. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad (I): educación sanitaria. Detección de casos. El farmacéutico 1998;(210Supl):3-11.
58. Conselleria de Sanitat i Consum. Decret 64/2001, de 27 d'abril, pel qual s'estableixen els requisits tècnics sanitaris que han de reunir les oficines de farmàcia. Butlletí Oficial de les Illes Balears 2001 (55): 6517-6520.
59. Hernández M. La Farmacia educativa. Activo Bayer 2000;(3):22-23.
60. Eyaralar T. ¿Qué necesita un farmacéutico para practicar Atención Farmacéutica?. El farmacéutico 2002;(280):65-77.
61. Jiménez V, Font I, Climente M. Problemas farmacoterapéuticos. Guía para su prevención y resolución. Valencia: AFHPE. Hospital Universitario Dr. Peset, 2003.
62. Aguiló MC. Selección de medicamentos en Farmacia Comunitaria. En: Máster en Atención Farmacéutica Integral. 1ªed. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2001. Módulo 7 Tema 1.
63. Martínez F. ¿Una especialidad en Oficina de Farmacia? [editorial]. Pharm Care Esp 1999;1(3):171-2.
64. Aguiló MC. Un repte diari [Fent de...farmacèutic comunitari]. Annals de Medicina 2000;83(2):117-8.
65. Societat Catalana de Farmacia Clínica. Notificació d'Errors de Medicació. [consultat: 2004 Jun 11]. Disponible en: <http://www.acmcb.es/societats/farmcl/em/asp/emasp06.asp?IDIOMA=CAT>
66. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Programa de Notificación de Errores de Medicación. [consultat: 2004 Jun 14]. Disponible en: <http://www3.usal.es/~ismp/formulario.pdf>
67. Román B. ¿Qué entendemos por Atención Farmacéutica?. Cuadernos de Farmacia 2002 Nov 15;(125):8-9.
68. Sanz A. Retribución de la atención farmacéutica. Acófar 2003;(425):10-11.
69. López JM. Cataluña estudia pagar al boticario por prestar servicios añadidos. Correo Farmacéutico 2004;4(147):40.
70. Barbero A. Remuneración farmacéutica. Sistema mixto. Farmacia Profesional 2002;16(8):14-6.
71. Sanz A. Efectos económicos de la atención farmacéutica en pacientes con hipercolesterolemia. Panorama Actual Med 2002;26(251):219-22.
72. Puig-Junoy J, Llop J. Universitat Pompeu Fabra. Department of Economics and Business. Laboratorio de Alternativas. Doc 50/2004. [consultat: 2004 Jun 3]. Disponible en:

<http://www.econ.upf.es/~puig/publicacions/docsfinallaboratori502004.pdf>.

73. Gascón P. Atención Farmacéutica. Fidelización del paciente en la Farmacia Comunitaria. Primer seminario de la Farmacia Balear. Fundació de Ciències Farmacèutiques de les Illes Balears; 1999 Nov 20.
74. Cipolle RJ, Strand L, Morley PC. The Outcomes of a Pharmaceutical Care Training Program. En: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guipúzcoa, editor. I Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. San Sebastián: El Colegio; 1999. p. 97-101.
75. Tuneu L, García-Peláez M, López S, Serra G, Alba G, de Irala C, et al. Problemas relacionados con los medicamentos en pacientes que visitan un servicio de urgencias. *Pharm Care Esp* 2000;2(3):177-92.
76. Alonso P, Otero MJ, Maderuelo JA. Ingresos hospitalarios causados por medicamentos: incidencia, características y coste. *Farm Hosp* 2002;26(2):77-89.
77. Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2002;118(6):205-10.
78. Cabiedes L, Eyaralar T, Arcos P, Álvarez de Toledo F, Álvarez G. Evaluación económica de la Atención Farmacéutica en oficinas de farmacia comunitarias (proyecto TOMCOR). *Rev Esp Econ Salud* 2002;1(4):45-59.
79. Iñesta A. Atención Farmacéutica, estudios sobre uso de medicamentos y otros. *Rev Esp Salud Pública* 2001;75(4):285-90.
80. Gérvas J, Álvarez de Toledo F, Eyaralar MT. Limitaciones clave de la Atención Farmacéutica como respuesta a los problemas relacionados con los medicamentos. *Pharm Care Esp* 2003;5(1):55-58.