



**Modelo de coordinación**  
**MÉDICO-FARMACÉUTICO**  
**para la atención al paciente con**  
**ENFERMEDAD CRÓNICA**  
**en atención primaria**



# Modelo de coordinación médico-farmacéutico para la atención al paciente con enfermedad crónica en atención primaria

## COORDINADOR

**José Miguel Ruiz Maldonado**

Farmacéutico comunitario en Lorca (Región de Murcia).  
Comisión de Cronicidad de SEFAC

## AUTORES

**Aránzazu Aleixandre Català**

Médico de familia del C.S. Los Corrales de Buelna. Servicio Cántabro de Salud.  
Miembro del Grupo de Cronicidad, Dependencia y Enfermedades Raras de SEMERGEN

**Jesús Alonso Fernández**

Médico de familia del C. S. Valdebernardo (Madrid).  
Miembro del Grupo de Gestión de SEMG

**Javier Bustamante Odriozola**

Residente de Medicina familiar y comunitaria C.S. Centro (Santander).  
Secretario del Grupo de Cronicidad, Dependencia y Enfermedades Raras de SEMERGEN

**María R. Fernández García**

Médico de familia del C.S. Las Cortes (Madrid).  
Vicepresidenta de semFYC

**Amalia García-Delgado Morente**

Farmacéutica comunitaria en Sevilla.  
Comisión de Cronicidad de SEFAC.  
Presidenta de SEFAC Andalucía

**Miguel Ángel Hernández Rodríguez**

Médico de familia de la Unidad de Apoyo del Plan de Salud.  
Dirección del Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife.  
Grupo de Utilización de fármacos de semFYC

**Rosa María Llamas Orcajada**

Farmacéutica en Granada.  
Miembro de SEFAC

**Asensio López Santiago**

Médico de familia del C.S. La Unión (Región de Murcia)

**M<sup>a</sup> Dolores Murillo Fernández**

Farmacéutica comunitaria en Sevilla.  
Coordinadora de la Comisión de Cronicidad de SEFAC.  
Vicepresidenta de SEFAC

**Álvaro Pérez Martín**

Médico de familia del C.S. Centro (Santander).  
Coordinador del Grupo de Cronicidad, Dependencia y Enfermedades Raras de SEMERGEN

**Francisco José Sáez Martínez**

Médico de familia del C.S. Arganda del Rey (Madrid).  
Grupo de Gestión de SEMG

**Antonio Villafaina Barroso**

Farmacéutico comunitario en San Isidro de Abona (Santa Cruz de Tenerife).  
Miembro de SEFAC

Este texto es un documento de trabajo que recoge la filosofía de las reuniones mantenidas por los distintos expertos participantes en su confección. El contenido ha sido aprobado por las Juntas Directivas de SEFAC, SEMERGEN, semFYC y SEMG.

Para el desarrollo de este trabajo ha sido de gran utilidad la experiencia de colaboración que, desde hace más de una década, desarrollan un grupo de médicos de atención primaria y farmacéuticos comunitarios en Lorca (Región de Murcia).

Para la realización de este documento se ha contado con la colaboración de Pfizer.

© 2017 SEFAC | SEMERGEN | semFYC | SEMG

Edita: EDITTEC. Tecnología y Ediciones del Conocimiento, SL  
Travessera de Gràcia, 56, 6, 4ª - 08006 Barcelona

DL: B-25127-2017

ISBN: 978-84-697-6251-6

Imprime: Ediciones Gráficas Rey, S.L.

El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren, comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística, científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización escrita de los titulares del Copyright.

# Índice

<b>4</b>	Introducción
<b>5</b>	CAPÍTULO I. Debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades
<b>7</b>	CAPÍTULO II. Aspectos clínicos de la colaboración entre médicos y farmacéuticos
<b>7</b>	1. Intervenciones sobre el tratamiento
<b>8</b>	2. Intervenciones preventivas y de promoción de la salud
<b>9</b>	CAPÍTULO III. Requisitos
<b>9</b>	1. Confianza entre médico y farmacéutico
<b>11</b>	2. Compatibilidad con la rutina
<b>13</b>	CAPÍTULO IV . Redacción de protocolos y operativa del modelo
<b>13</b>	1. Protocolos
<b>14</b>	2. Flujo de trabajo

## Introducción

Las enfermedades crónicas han pasado de suponer, a principios del siglo XX, un diez por ciento de las causas de mortalidad, al noventa por ciento actual. Este cambio implica un enorme reto de adaptación para los servicios sanitarios.

A pesar de la existencia de tratamientos farmacológicos eficaces y accesibles para la mayoría de las pacientes crónicas, un elevado porcentaje no tiene un buen control de su enfermedad y, curiosamente, los datos de control inadecuado son similares tanto si hablamos de distintas patologías crónicas como si miramos zonas geográficas y sistemas sanitarios, en teoría, muy diferentes entre sí. Todo ello nos muestra con claridad la existencia de un problema global, común a todos los modelos de atención sanitaria. El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud afirma: "Los proveedores de salud aún no han sido capaces de adaptar los programas de prevención y los programas de manejo de enfermedad a la realidad que hoy suponen las enfermedades crónicas".

Los objetivos que se persiguen en cronicidad están comúnmente aceptados desde que, a principios de los años noventa, los definiese el Chronic Care Model (CCM): "Conseguir pacientes informados que asuman la adopción de un papel activo en sus cuidados, con las habilidades necesarias para tomar las decisiones adecuadas sobre su salud y unos profesionales sanitarios preparados y con los recursos necesarios para proveer unos cuidados de calidad". Los distintos modelos recomiendan, como forma de conseguir estos objetivos, proporcionar los cuidados en el entorno del paciente, que estará atendido por un equipo multidisciplinar de atención primaria en el que el médico de familia sea el coordinador. Dentro de este equipo multidisciplinar, el farmacéutico comunitario debe ser un pilar importante, dados sus conocimientos farmacológicos y su cercanía al paciente.

La coordinación entre médicos y farmacéuticos facilita la prevención, la educación del paciente, el control de la evolución del tratamiento y la detección proactiva de descompensaciones. Además, permite acercar el sistema sanitario al entorno del paciente, actuando el farmacéutico comunitario como una extensión del

propio sistema sanitario, como dedos de una mano que se adentran en los barrios, llevando hasta ellos los cuidados de primaria.

Pese a los beneficios obtenidos en estudios experimentales, apenas existen experiencias de implantación en un entorno reproducible y de manera sostenida. Médicos de atención primaria y farmacéuticos comunitarios pertenecen a redes distintas, una pública y otra privada, y han trabajado siempre de forma independiente.

Por ello, las sociedades científicas de atención primaria –SEFAC (farmacéuticos comunitarios), SEMERGEN, semFYC y SEMG (médicos de atención primaria)– proponen este *Modelo de coordinación entre médicos y farmacéuticos para la atención al paciente con enfermedad crónica*.

Se trata de un proyecto que implica una cuidadosa planificación. Para tener éxito será necesario el acuerdo entre profesionales, la formación conjunta interdisciplinaria y el desarrollo de las herramientas tecnológicas necesarias.

El modelo que se propone busca cumplir los siguientes requisitos:

1. Ser compatible con el trabajo diario de los profesionales.
2. Ser atemporal.
3. Ser aplicable independientemente de la patología que sufra el paciente.
4. Ser capaz de promover la comunicación y la confianza entre profesionales.
5. Ser capaz de medir resultados en salud y económicos.
6. Ser capaz de integrar a enfermería y a otros profesionales sin los que no puede concebirse la atención adecuada al paciente crónico.

Desde las sociedades científicas promotoras se confía en que este proyecto constituya un paso adelante en la mejora de la atención integral a los pacientes con enfermedades crónicas, contribuya también a una mayor coordinación entre profesionales y sea un pilar para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS).

## CAPÍTULO I

# Debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades

Como primer paso para el desarrollo del modelo se han analizado las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que dicha colaboración ofrece.

A partir de este análisis se han obtenido una serie de puntos que han de estar presentes en el modelo para conseguir colaborar en favor del paciente.

El entorno en que arranca este modelo es adecuado. Por un lado, la situación de partida de médicos y farmacéuticos es favorable, dado que:

- En España el modelo sanitario tiene una alta valoración entre pacientes y profesionales sanitarios. Los pacientes tienen buena percepción de los médicos, como referentes de salud, y de los farmacéuticos, como profesionales cercanos.
- Las infraestructuras, tanto de centros de salud como de farmacias comunitarias, están presentes en todo el territorio y su distribución es bastante uniforme.
- La receta electrónica (RE) ya está implantada en todo el territorio, pudiendo constituir un cauce adecuado de comunicación entre profesionales.
- Existen sociedades científicas fuertes, tanto en medicina de atención primaria como en farmacia comunitaria, cuya implicación y respaldo en este proyecto permite la formación adecuada de los profesionales.

Por otra parte, el contexto de la cronicidad facilita la puesta en marcha de este modelo, ya que:

- En la actualidad hay una gran prevalencia de pacientes crónicos, lo que hace necesario un nuevo enfoque integral. Un modelo coordinado puede facilitar la detección de pacientes descompensados, el control de la enfermedad y el empoderamiento del paciente.
- La concienciación de médicos y farmacéuticos respecto de este problema y de la necesidad de colaborar para asegurar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de estos pacientes es cada vez mayor.

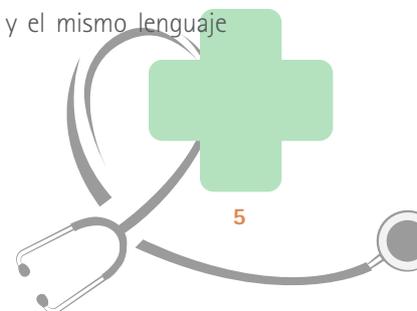
Los puntos anteriores son circunstancias facilitadoras que se deben aprovechar para implantar un modelo en favor de la salud del paciente crónico.

Sin embargo, aún existen aspectos que dificultan el desarrollo y aplicación de un modelo conjunto:

- Las medidas del control del gasto sanitario están disminuyendo progresivamente el margen de beneficios de la farmacia comunitaria, lo que hace que los farmacéuticos opten por otras vías de ingresos más rápidas, fáciles y económicas que el trabajo asistencial.
- Los recortes, precariedad e infradotación de la atención primaria desmotivan a los profesionales.
- La sanidad actual no pivota sobre el médico de atención primaria como debería.

Al analizar los aspectos que hay que incorporar al modelo para conseguir su correcto funcionamiento hay que considerar que:

- Debe centrarse en las necesidades clínicas del paciente y en la obtención de resultados medibles en salud procurando, además, colaborar en el sostenimiento del sistema sanitario y el control del gasto.
- Debe estar consensuado y protocolizado por los profesionales que lo integran para evitar desconfianzas o riesgos de intrusismo. Debe ser un sistema horizontal, basado en el desarrollo conjunto de protocolos aplicados posteriormente en el paciente.
- Debe fomentar la confianza mutua en la forma de trabajar y en el abordaje del paciente, ya que ambos profesionales van a ser responsables de su seguimiento.
- La confianza se fomentará mediante formación específica y sesiones clínicas conjuntas que permitan adoptar los mismos objetivos y el mismo lenguaje clínico.



- El modelo debe estar basado en procesos asistenciales fácilmente integrables en la rutina de trabajo de médicos y farmacéuticos, ya que la carga laboral y burocrática de ambos es, actualmente, muy importante.
- La colaboración ha de darse en el seguimiento del tratamiento farmacológico prescrito por el médico. Para el seguimiento del paciente será necesario que el farmacéutico acceda a datos clínicos del paciente. Ha de establecerse a qué nivel de información y a través de qué vía se da este acceso, así como de qué forma queda constancia escrita de la persona que ha accedido a la información.
- El intercambio de información ha de ser siempre directo entre ambos profesionales, no siendo adecuado emplear al paciente como intermediario. Para ello, se debe establecer un sistema bidireccional de intercambio de información entre médicos y farmacéuticos.
- La colaboración debe ser secuencial: comenzará con procesos de muy baja complejidad y máxima compatibilidad e irá subiendo gradualmente para evitar fracasos por las diferencias entre sistemas de salud, estrategias de cronicidad y *software* de las distintas comunidades autónomas.
- Las reuniones entre médicos y farmacéuticos han de hacerse durante la jornada laboral del médico. Además, se debe buscar la implicación de la gerencia para sustituir a los médicos cuando la puesta en marcha del modelo lo requiera.
- El modelo debe tender a conseguir una integración en los sistemas informáticos de los servicios sanitarios.
- Es importante explicar al paciente la naturaleza de la colaboración y el beneficio que puede obtener, aclarando las ventajas del trabajo conjunto por su salud en un entorno en el que no cambien las características habituales de trabajo: acceso sin cita previa o con cita, según sea en la farmacia o en la consulta del médico, resolución ágil de los problemas...
- La farmacia debe garantizar un espacio de atención personalizada y privada para el paciente.
- El modelo ha de ser capaz de integrar progresivamente a enfermería, de modo prioritario, así como a todos los agentes de salud de la atención primaria. Por tanto, deberá ser un modelo de coordinación en la atención a pacientes crónicos en atención primaria.
- La colaboración entre instituciones como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, otras Administraciones, gerencias de salud, sociedades científicas, colegios profesionales, etc. es importante para facilitar la implantación del modelo y para conseguir la integración de los farmacéuticos comunitarios en el sistema sanitario.

## CAPÍTULO II

# Aspectos clínicos de la colaboración entre médicos y farmacéuticos

Para definir los aspectos clínicos de este modelo se han tenido en cuenta, por un lado, el beneficio potencial del paciente y, por otro, que el modelo pueda ser incorporado en las tareas diarias de los profesionales. Un modelo muy amplio podría generar resistencias que podrían impedir su puesta en marcha. El modelo debe basarse en los requisitos de cuidados comunes de todos los pacientes crónicos y deberá poder ser reproducible adaptándolo a la práctica de las distintas patologías crónicas.

Se definen dos niveles de actuación:

- Un **nivel 1** que corresponde a un nivel de pilotajes, actuación local o, incluso, directo entre un único centro de salud y una farmacia.
- Un **nivel 2** que se corresponde con una implantación apoyada por la Administración.

Las intervenciones que se realicen con el paciente se clasificarán como:

- **A, las iniciales:** son las más sencillas de realizar pues no necesitan un grado de confianza interprofesional elevado para llevarse a cabo.
- **B, más complejas:** aquellas que se podrán realizar una vez se haya generado un alto grado de confianza entre los profesionales gracias al trabajo con las intervenciones tipo A.
- **C, aquellas intervenciones preventivas y de promoción de la salud, incluyendo cribados y detección de elementos ligados a la fragilidad.** Dado al gran número potencial de pacientes sobre las que se llevarían a cabo, necesitan una planificación específica.

Todas estas intervenciones pueden y deben formar parte de ambos niveles de actuación.

La propuesta de colaboración se ajusta a la pirámide de Kaiser, según el estratificador de cada comunidad:

- **Base. Población sin patologías crónicas:** intervención en estilos de vida y promoción de la salud (nutrición, alcohol, drogas, tabaco, ejercicio, vacunas, cribados...).
- **Primer escalón. Paciente crónico leve:** seguimiento farmacoterapéutico con especial atención a la educación en el automanejo.
- **Segundo escalón. Paciente crónico moderado:** seguimiento farmacoterapéutico con especial atención a la detección precoz de descompensaciones, adherencia, conciliación de la medicación y detección de errores de medicación.
- **Tercer escalón. Paciente crónico complejo y enfermedad avanzada:** seguimiento farmacoterapéutico, igual que el anterior añadiendo deprescripción y SPD (sistemas personalizados de dosificación o reacondicionamiento) y atención a la fragilidad.

### 1. Intervenciones sobre el tratamiento

El seguimiento común del tratamiento farmacológico del paciente crónico es el nexo de unión entre los cuidados proporcionados al paciente por el médico y el farmacéutico y permite un abordaje longitudinal.

#### 1.1 La educación sanitaria y el refuerzo de la información a los pacientes sobre determinadas patologías crónicas y sus tratamientos (INTERVENCIÓN TIPO A)

- a) Fármacos de prescripción médica.
- b) Fármacos de indicación farmacéutica.
- c) Comenzar por las patologías más prevalentes: hipertensión arterial (HTA), cardiopatía isquémica (CI), diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), dislipemias, insuficiencia cardíaca crónica (ICC). Consensuar la información que hay que suministrar para evitar mensajes contradictorios y tener en cuenta que no colisione con las recomendaciones de los servicios autonómicos de salud.



### 1.2 Control de la efectividad del tratamiento (INTERVENCIÓN TIPO A)

La falta de efectividad es, sin duda, un problema al que, tanto los profesionales como las administraciones, deben prestar más atención en el manejo de los pacientes con patologías crónicas. Incluye información al paciente sobre autocontroles, controles que puede llevar a cabo en la farmacia y controles que hay que realizar en el centro de salud. Además, incluye establecer y detectar los signos o síntomas de alarma que exigen la consulta urgente al médico.

### 1.3 Control de la seguridad del tratamiento: interacciones y efectos adversos (INTERVENCIÓN TIPO A)

Se descartarán interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas potencialmente graves (según los criterios de cada comunidad autónoma), ya sean en el propio tratamiento crónico del paciente como entre este y algún fármaco de automedicación.

Se detectarán reacciones adversas del tratamiento crónico del paciente y se establecerán los signos o síntomas de alarma que exigen la consulta urgente al médico.

### 1.4 Seguridad del paciente: duplicidades y otros errores de medicación (INTERVENCIÓN TIPO A)

Dado que determinadas duplicidades pueden ser adecuadas y deliberadas, habrán de definirse, en cada protocolo, cuáles son las duplicidades y errores de medicación susceptibles de detectar.

### 1.5 Adherencia terapéutica (INTERVENCIÓN TIPO A)

La mejora de la adherencia de los pacientes a sus tratamientos es uno de los principales objetivos de este modelo de coordinación. En el protocolo se establecerán las herramientas (los test) utilizables, tanto por el médico de familia (MF) como por el farmacéutico comunitario (FC).

En pacientes con dificultades para tomar correctamente su tratamiento se propondrá la realización de sistemas personalizados de reacondicionamiento o dosificación (SPD) en la farmacia.

### 1.6 Información sobre evolución del estado de salud (INTERVENCIÓN TIPO B)

El paciente decide dónde quiere recibir información sobre su estado de salud, la evolución de su tratamiento... Esa información debe estar consensuada entre médico y farmacéutico (incluye consentimiento informado por parte del paciente para salvaguardar la confidencialidad de los datos).

### 1.7 Deprescripción (INTERVENCIÓN TIPO B)

En pacientes polimedicados y/o complejos se llevará a cabo revisión de la medicación teniendo en cuenta el valor potencial y el riesgo en función de la situación clínica del paciente y se introducirán los cambios necesarios.

### 1.8 Conciliación de la medicación

La transición del paciente entre niveles asistenciales es causa habitual de la aparición de errores asociados a la medicación. Con el fin de reducir el número de errores y mejorar los resultados en salud, la colaboración multidisciplinaria e interniveles es prioritaria.

- Seguridad: duplicidad e interacciones. Nivel A.
- Ajustes de dosis, cambios protocolizados en el tratamiento. Nivel B.

## 2. Intervenciones preventivas y de promoción de la salud (INTERVENCIÓN TIPO C)

El modelo de colaboración entre médico de familia o atención primaria y el farmacéutico comunitario debería incluir también la prevención y promoción de la salud. En este campo el farmacéutico comunitario, en coordinación con el médico, puede jugar un papel esencial, por la accesibilidad, cercanía y confianza que los ciudadanos depositan en ellos a diario.

No obstante, las posibilidades de colaboración en acciones concretas, como podrían ser los cribados de enfermedades, deben analizarse detenidamente para que puedan ser aplicables a medio o largo plazo sin perjuicio de la labor de otros profesionales.

## CAPÍTULO III

# Requisitos

En este capítulo se analizan los requisitos para que la colaboración entre médicos y farmacéuticos pueda ponerse en práctica, que son dos: conseguir una relación de confianza entre ambos profesionales y alcanzar un modelo compatible con las rutinas laborales.

### 1. Confianza entre médico y farmacéutico

Entendiendo que la escasa relación profesional médico-farmacéutico es algo generalizado, se debe dar un enfoque holístico a este problema, poniendo en marcha iniciativas estructurales que favorezcan, tanto el inicio como el mantenimiento de esas relaciones, que deben ser asumibles por todos los profesionales.

El desarrollo de la confianza pasa, primero, por el conocimiento y respeto mutuo de las aptitudes y los roles profesionales.

Además, es importante que ambos profesionales conozcan las rutinas laborales del otro, qué hacen y cómo trabajan, tanto en el centro de salud, como en la farmacia comunitaria.

#### 1º Acciones para iniciar una relación profesional entre médicos y farmacéuticos

##### Nivel 1

- La presentación inicial entre el farmacéutico y el coordinador médico de cada centro de salud (o director del centro o jefe de servicio) se hará mediante correo electrónico o teléfono. A partir de ahí se puede acordar una primera cita presencial para conocerse personalmente. Este contacto podrá facilitarse a través del farmacéutico de área. Existe además una figura específica que puede actuar como primer contacto del farmacéutico, facilitando la presentación con el coordinador. Se trata del Responsable de

Uso Racional del Medicamento o similar (también Responsable de Farmacia, o de Gasto en Capítulo IV), que se encarga de ser el nexo de unión con los farmacéuticos de la gerencia (bien de AP o de la integrada, según las comunidades autónomas) y transmitir la información sobre medicamentos, alertas, cambios en la prescripción...

- La colaboración puede iniciarse con una única farmacia e ir incorporando a otras farmacias de la zona, aunque es preferible que aquel farmacéutico que desee iniciarla contacte antes con otros compañeros y les proponga participar.
- Una vez establecido el contacto entre el farmacéutico y el coordinador del centro ha de presentarse al farmacéutico/s al resto de médicos del centro. El espacio común más factible es aprovechar alguna reunión/sesión de las que se hacen habitualmente en los centros de salud para hacer una presentación de los farmacéuticos de la zona.
- Las sociedades científicas confeccionarán un modelo de contenidos y formato para esa primera (primeras) reunión (reuniones) entre médicos y farmacéuticos.
- En esta primera puesta en común el responsable de docencia del centro de salud, junto con un farmacéutico, pueden ser los ponentes o dirigir la reunión.
- La/las reunión o reuniones deberán tener carácter científico, con temas de interés mutuo y con la cronidad y la colaboración interprofesional como eje. En las mismas, ambos profesionales tendrán un papel activo.
- El papel de la gerencia, y en particular de la unidad docente como dinamizador, puede ser importante. Las gerencias pueden actuar como facilitadoras de este contacto. Para ello, previamente, han de conocer tanto los objetivos y dinámicas que se proponen con la colaboración, como el papel específico de la gerencia dentro del modelo.



### Nivel 2

- Una vez confirmado, con un primer pilotaje, que el modelo es viable, debe ser presentado al Ministerio de Sanidad, en primer lugar y, a continuación, a las consejerías de Sanidad y los colegios profesionales y, desde ahí, proponer una línea de trabajo que llegue a los farmacéuticos comunitarios y a los centros de salud.
- Una vez completado el pilotaje, será positivo dar difusión a este documento, haciéndolo llegar a aquellos centros de salud y farmacéuticos comunitarios en los que se plantee la posibilidad de iniciar una colaboración.
- Las sociedades científicas de las zonas en las que se va a trabajar pueden informar a sus socios de este proyecto.

## 2º Acciones para alcanzar el grado de confianza adecuado

### Nivel 1

- Creación de una comisión de seguimiento con médicos de primaria, farmacéuticos comunitarios y de primaria para supervisar la evolución y proponer mejoras periódicas. Esta comisión de seguimiento se ocupará también de ejercer de intermediario y solucionador de problemas cuando surja alguna divergencia.
- Establecer, de forma consensuada, un médico y un farmacéutico que sean referentes en cada centro de salud y zona farmacéutica que participen.
- Realizar contactos periódicos presenciales y no presenciales que contribuyan a mantener y desarrollar la relación de confianza mutua. En las reuniones se tratará tanto de la evolución de los pacientes y otros aspectos de la colaboración como de temas científicos no relacionados con esa colaboración.
- Trabajar de manera protocolizada, lo que requiere un trabajo previo. Establecer un proyecto de colaboración escrito y negociado con los farmacéuticos de referencia del centro de salud donde se fije la periodicidad de los contactos.
- Establecimiento en los protocolos, entre ambos profesionales, de las acciones a llevar a cabo en cada situación, así como del medio de comunicación que se debe emplear en cada caso. Posteriormente, el trabajo diario con los pacientes será la base para conseguir la confianza médico-farmacéutico, teniendo claro cuáles son los límites de actuación de cada uno.

- Las intervenciones han de ser de alta calidad y prioridad para el paciente. Así se evita la pérdida de valoración de los profesionales al tener que dedicar tiempo a situaciones de escasa relevancia.
- Facilitar, para los casos en que sea necesario, líneas de comunicación accesibles y rápidas: teléfono, whatsapp (sin información sobre el paciente) y correo electrónico.
- Empezar con tareas sencillas, que impliquen comunicación bidireccional. Por ejemplo: detección de alergias, eventos adversos o interacciones de alto riesgo.
- Conocer el trabajo mutuo. Puede plantearse la posibilidad de que los farmacéuticos asistan un día a la consulta con el médico y que el médico pueda ver cómo se trabaja en la farmacia, bajo el cumplimiento de la ley vigente.
- Buscar la interacción de ambos con otros activos de la comunidad como, por ejemplo, consejos de salud municipales, asociaciones de pacientes...

### Nivel 2

- Buscar la conexión con las estrategias de cronicidad que se van desarrollando tanto a nivel nacional como autonómico.
- Establecer canales de comunicación *online*. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) son, sin duda, el vehículo con mayores probabilidades de éxito. Hay que desarrollar un entorno *online* en el que se refleje la aplicación de los protocolos conjuntos con cada paciente. De esta forma, el médico y el farmacéutico no solamente saben lo que se va a hacer, porque conocen el protocolo, sino que, en cualquier momento, pueden supervisar las acciones llevadas a cabo con cada paciente. Para ello ha de explorarse el cauce de la receta electrónica, de forma que un mensaje del farmacéutico aparezca como un mensaje de alerta de modificación de la RE (ya está así en muchos sistemas). Hay que evitar que la comunicación entre médico y farmacéutico se aloje en un nuevo icono del menú de OMI (Oficina Médica Informatizada) o de cualquier otro programa.

## 3º Acciones para mantener la confianza

### Nivel 1

- Crear un calendario de contactos periódicos protocolizados con el fin de debatir sobre las dificultades

encontradas en la aplicación de los protocolos y para evaluar los resultados de la colaboración, detectando áreas de mejora y eliminando acciones inefectivas. Discutir igualmente la actuación en situaciones dudosas.

- Los médicos pueden remitir el calendario de las sesiones del centro a los farmacéuticos comunitarios e invitarles a participar en las que consideren oportuno.
- Conseguir resultados positivos para los pacientes en términos de seguridad, resolución de dudas en el tratamiento... y los objetivos que se vayan marcando. Para ello hay que establecer desde el principio sistemas de medición de los resultados de la colaboración.
- Fomentar la realización de trabajos de investigación conjunta.
- Diseñar, exponer y difundir periódicamente indicadores de actividad.

#### Nivel 2

- Impulsar que la participación en programas de coordinación sea un mérito para ambos profesionales (carrera profesional...).
- Exponer los beneficios de la colaboración interdisciplinar a los estudiantes en la universidad.

## 2. Compatibilidad con la rutina

La compatibilidad con las rutinas laborales es un aspecto fundamental en el desarrollo de este modelo de coordinación.

La falta de tiempo, la comunicación y las herramientas, ya que trabajamos en centros diferentes, son los condicionantes de la compatibilidad con las rutinas de médico y farmacéutico.

#### Respecto a la gestión del tiempo, se propone:

1. Trabajar con protocolos previamente desarrollados, ya que permite una atención más rápida al paciente.
2. Como norma general, se clasificarán las intervenciones en:
  - a) *Las intervenciones rutinarias (mayoría)*: deben ser lo más cortas posibles (5 minutos) y deben hacerse en presencia del paciente. En este grupo se encuentran todas las intervenciones descritas en

el capítulo de actividades clínicas excepto los sistemas personalizados de reacondicionamiento o dosificación y la deprescripción. La única actividad rutinaria que requiere más tiempo es la información al paciente ante un nuevo tratamiento o diagnóstico.

- b) *Las intervenciones complejas (minoritarias)*: deben hacerse con citas programadas. En este grupo se encuentran los sistemas personalizados de reacondicionamiento o dosificación y la deprescripción. En la práctica pueden producirse cambios en función de la patología. Por tanto, en cada protocolo se especificarán aquellas intervenciones que necesitan una consulta programada. El criterio común ha de ser la eficiencia, conseguir el mayor impacto positivo en la evolución del paciente empleando para ello el menor tiempo posible.

3. Limitar las acciones a aquellas que tienen un elevado impacto potencial sobre la salud del paciente y que, además, tengan una cierta probabilidad de ocurrir. Para ello se tendrá en cuenta cuáles son las acciones prioritarias para el paciente en función de su estratificación. Esta medida reduce el número de intervenciones, lo que mejora la compatibilidad con las rutinas (además de permitir afianzar la confianza entre ambos profesionales).
4. Evitar duplicidades en las tareas. Definir en los protocolos las intervenciones de cada profesional y la información que se va a dar a los pacientes.
5. Trasladar los protocolos a una herramienta informática reduce sensiblemente el tiempo de intervención, mejora el grado de adecuación al protocolo y permite reducir errores (nivel 2 porque requiere la participación de la administración para canalizarla vía RE).
6. La propia colaboración debe permitir ahorrar tiempo dada la mejoría en salud del paciente (mejora de la adherencia, seguridad...).

#### Respecto a la comunicación, se propone:

Es fundamental para la implantación del modelo conseguir una comunicación bidireccional, con un *feedback* ágil y sencillo.

La comunicación entre el médico y el farmacéutico ha de ser directa. Ya sea oral o escrita y nunca debe ser mediada por el paciente.



Las situaciones que requieran comunicación entre ambos serán de "un paso". Por ejemplo, se genera una alerta, se informa de una interacción, duplicado, etc.

Esta comunicación debe ser especialmente rápida y fluida para la detección y solución de casos graves o complejos en los que pudiera haber abuso de fármacos con idea de poder detectarlos y solucionarlos.

Cada visita en la farmacia comunitaria debe incluir revisión de la adherencia al tratamiento, efectividad a través de un sencillo cuestionario de fácil comprensión para el paciente y fácil aplicación por el profesional y revisión de la seguridad. Debe consensuarse el seguimiento. Por ejemplo, la medición de la efectividad del tratamiento antihipertensivo puede hacerse en la farmacia y el control de microalbuminuria la haría el médico. Ambos intervienen en el control de la efectividad de la forma más eficiente posible, sin duplicarse, e intercambian la información necesaria. En los protocolos se establecerá, para cada situación en que pueda encontrarse el paciente, si requiere o no comunicación entre ambos y si la comunicación ha de ser o no inmediata en función de la gravedad potencial clínica que la situación tenga.

El canal de la comunicación (teléfono/urgente vs presencial/no urgente) en cada situación dependerá de si se requiere o no comunicación inmediata.

La gravedad (y por tanto la inmediatez o no y el canal de comunicación) será definida por parte de los profesionales que van a poner en marcha un protocolo en un entorno concreto.

Otras vías de comunicación son los correos electrónicos y WhatsApp. La seguridad de la información de un paciente sólo se puede garantizar si los farmacéuticos tienen un correo electrónico corporativo. Los correos electrónicos convencionales no se pueden utilizar. Los correos electrónicos no corporativos y WhatsApp solo pueden servir para comunicar al médico o farmacéutico la necesidad de hablar.

Dado que el farmacéutico no puede acceder a la historia clínica electrónica del paciente, la demanda de determinada información necesaria para aplicar los protocolos será una de las principales causas de comunicación. Es un tema pendiente de regularse y los únicos avances que existen son sobre los módulos de receta electrónica de las distintas comunidades autónomas, aunque ningún sistema da acceso a la historia

clínica; solo, en algunos casos, al historial farmacoterapéutico.

En los protocolos debe establecerse qué datos del paciente necesita conocer el farmacéutico para poder aplicar el protocolo y saber la vía por la que se los hace llegar el médico. Esto requerirá el consentimiento informado del paciente. El farmacéutico habrá de custodiar adecuadamente la información del paciente cumpliendo la ley de protección de datos (las farmacias ya tienen contratos con empresas de protección de datos que garantizan la seguridad de los mismos). Desde las sociedades científicas se impulsará que se amplíe la capacidad de intercambio de información a través de los módulos de receta electrónica.

Puede ser útil la aportación de la Administración central que, en la actualidad, intenta integrar los distintos sistemas de receta electrónica, habilitando un módulo de comunicación bidireccional seguro entre los centros de salud y las farmacias. En cualquier caso, para buscar esa colaboración, previamente hay que desarrollar el primer pilotaje.

#### **Respecto a las herramientas, se propone:**

La principal herramienta son los protocolos y su volcado a una herramienta informática. El médico y el farmacéutico dispondrán de un cuestionario corto, sencillo y directo para utilizar y rellenar en cada intervención, siguiendo el protocolo que se redacte para cada patología (los cuestionarios que haya que rellenar en cada situación deben incluirse en la redacción del protocolo). Estos cuestionarios facilitan el trabajo con el paciente al ir orientando al profesional durante la visita, reduciéndose el tiempo y mejorándose la práctica clínica.

En un nivel 1 los cuestionarios deberán estar en papel. En el nivel 2 deberán estar alojados en la RE. Las herramientas informáticas integradas y comunes para los médicos de familia y farmacéuticos comunitarios, a las que tengan acceso todos los profesionales que actúen sobre el paciente, son fundamentales para conseguir, no solo la comunicación efectiva, sino también la reducción de tiempos. Pero solo son útiles si están integradas o "llaman" desde la aplicación de uso habitual en la farmacia comunitaria o el centro de salud (y evitar salir así de una aplicación para abrir otra).

## CAPÍTULO IV

# Redacción de protocolos y operativa del modelo

Este capítulo analiza la operativa del modelo; es decir, la descripción de cómo funcionará el modelo de relación entre médicos y farmacéuticos en el día a día, incluyendo la redacción de protocolos.

### 1. Protocolos

#### a) Redacción y aprobación de protocolos

Las sociedades científicas deben elaborar, de manera consensuada, una propuesta básica de partida ("esqueletos de los protocolos").

Una vez hecho esto, pueden presentarse a las consejerías de Sanidad, para que los avalen e integren en las estrategias de salud. Este aval administrativo no es imprescindible para que médicos y farmacéuticos, en un entorno local, puedan usar el modelo para relacionarse. Es importante buscar la colaboración de los colegios profesionales.

Antes de empezar a aplicar un protocolo, los profesionales que lo van a aplicar revisarán el "esqueleto" y lo adaptarán a su entorno. Para ello se aconseja que formen un grupo pequeño de médicos y farmacéuticos (puede servir la comisión de seguimiento). De esta forma son partícipes de la redacción del mismo, sintiéndolo como propio e implicándose más en su implantación. La revisión conjunta es también una forma de generar confianza mutua y la adaptación al entorno facilita la implantación.

El ámbito de aprobación deberá ser local, el del equipo de atención primaria (EAP) y farmacia comunitaria (FC). Los pilotajes pueden vehiculizarse como proyectos de investigación.

#### b) Contenido de los protocolos

- Definir los objetivos que hay que conseguir.
- Definir la participación de cada profesional (rol), los mecanismos de entrada al protocolo (momento en

que se incorpora cada profesional) y las tareas que hay que desarrollar.

- Definir las herramientas con las que debe contar cada profesional para poder llevar a cabo su tarea (Ej.: para el control de la tensión arterial en pacientes hipertensos en farmacia son necesarios aparatos de medida adecuados).
- Definir la información sobre el paciente que cada profesional necesita saber para llevar a cabo su parte. No se trata de que el farmacéutico tenga acceso a la historia clínica, sino de conocer información adecuada y con el visto bueno del paciente. (Ej. paciente hipertenso, la FC debe conocer las cifras que el médico establezca como buen control o bien conocer los factores de riesgo cardiovascular para saber si el paciente tiene o no un buen control).
- Confidencialidad del paciente. El paciente debe ser informado de la colaboración y dar su consentimiento firmado.
- Definir las responsabilidades y la participación de los pacientes en el protocolo.

Aspectos que deben recogerse en un protocolo:

- Introducción.
- Justificación.
- Objetivos (S).
- Población diana de cada actividad/servicio (S).
- Resumen de la distribución de responsabilidades (S).
- Actividades formativas.
- Sistema de registro (S).
- Cronograma de puesta en marcha.
- Datos de identificación (S).
- Momento de entrada en el protocolo del paciente y de cada profesional. Lo mejor para el paciente es entrar en el protocolo cuando se le prescribe un nuevo fármaco de la patología en cuestión porque así recibe información y seguimiento desde el principio.

- Patología (diagnóstico si ya estuviera establecido) y tratamiento (S).
- Actividades asistenciales: aspectos del seguimiento según patología.
- Establecer qué situaciones requieren intervención y, de ellas, cuáles son los parámetros de control (S).
- Establecer qué situaciones requieren comunicación médico-farmacéutico y canal de comunicación (mensajes estandarizados, evitando en lo posible texto libre, reducir al mínimo los mensajes/contactos).
- Decidir cuándo ha de realizarse una derivación al médico o al farmacéutico.
- Recursos.
  - Profesionales participantes.
  - Recursos materiales.
- Información del paciente a la que accede cada profesional (S).
- Primera visita (S).
- Contenido de las visitas periódicas de control (S).
- Papel del paciente y las asociaciones (pueden ser consultoras, en un nivel local, antes de ponerlo en práctica).
- Evaluación de resultados. Los indicadores de funcionamiento (un número muy bajo de indicadores y que sean de gran calidad, preferentemente vinculados a la actividad, ya que el profesional debe hacer las tareas asistenciales y el sistema mide los resultados) (S).
- Sistema de revisión del protocolo.
- Consentimiento informado (S).
- Bibliografía.
- Anexos.

*NOTA: Con una "S" se señalan los aspectos que han de ser definidos por las sociedades en el "esqueleto" del protocolo.*

### c) Validación y actualización de los protocolos

De manera general, las sociedades científicas redactoras del protocolo establecen los mecanismos y criterios de revisión del protocolo y los indicadores de seguimiento.

Habrán de establecer:

- Un cronograma de revisiones periódicas para los contenidos (por ejemplo, cada 2 años) y una sistemá-

tica básica de trabajo. Si se colabora con otros autores, hay que consensuar un calendario de revisiones.

- Un mecanismo de actualización rápida para corregir situaciones problemáticas. Esto es especialmente importante para el periodo inicial de implantación, ya que el modelo teórico puede dar problemas en la realidad de la farmacia comunitaria o el centro de salud. Se corregirá el protocolo afectado y se enviará la información actualizada a todos los participantes del proyecto en formato electrónico.

A nivel local los protocolos los revisa la comisión de seguimiento compuesta por médicos, farmacéuticos y personal de gerencia, que supervisará la evolución de la colaboración en una zona concreta y que tendrá también funciones de impulso de la colaboración. Los cambios que se incluyan en los protocolos a nivel local han de ser comunicados a las sociedades, como sistema de expansión de las mejoras introducidas.

### d) Fuentes para la redacción

Se debe realizar una revisión sistematizada de la evidencia disponible sobre el tema, utilizando experiencias previas y utilizar fuentes ya validadas/publicadas propuestas por cada Sociedad a través de sus grupos de trabajo. También hay que utilizar un sistema de gradación de la evidencia científica donde sea posible (grados de recomendación).

## 2. Flujo de trabajo

Una vez establecidos los aspectos de la colaboración se deben identificar los pacientes diana. La inclusión de un nuevo paciente será comunicada por correo electrónico, no siendo necesario el visto bueno del otro profesional para empezar a aplicar el protocolo a un paciente.

- La vía de inclusión será doble:

1. El médico de familia, en función del diagnóstico del enfermo crónico (con los actuales criterios de la estrategia nacional o de la autonómica si la hubiera, partiendo de la estratificación de la población).
2. El farmacéutico comunitario, según el conocimiento y la información que tiene del paciente.

---

Habr  un registro de pacientes en la farmacia, que deberá cumplir la ley de protección de datos.

La incorporación del paciente debe implicar el consentimiento previo de este, con la posibilidad de salida voluntaria del mismo, garantizando la absoluta confidencialidad de los datos y su cancelación con la salida del mismo.

Se estandarizar n dos tipos de visitas, una de inicio y otra de seguimiento, con las acciones básicas a incluir en cada una. En la primera visita a la farmacia se incluirá la información al paciente sobre el nuevo tratamiento y el modelo de seguimiento y se descartarán posibles interacciones. La segunda y sucesivas se centran en el control de la adherencia, la efectividad y la seguridad. Para estas visitas se dise nar n formularios sencillos para rellenar por el profesional, con el objetivo de facilitarle la aplicación del protocolo.

En los protocolos, en función de la gravedad clínica de cada situación, se determinará qué situaciones requieren derivar al paciente al médico y cuáles pueden resolverse en la farmacia.

La comisión de seguimiento debe revisar el proceso mediante un sistema de indicadores (número de pa-

cientes incluidos, actividades críticas que hay que desarrollar...) que permitan el seguimiento del proceso y la puesta en marcha de medidas correctoras. Se propondrá el mínimo número de indicadores y se descartarán los que no proporcionen información de alta calidad. Partiendo de unos roles e indicadores ya definidos cada profesional debe poder comparar su actividad respecto a la media y así autoevaluarse e introducir medidas de mejora.

Por otro lado, existen cuestionarios validados que miden el grado de colaboración alcanzado entre médicos y farmacéuticos desde ambos puntos de vista. Además, se llevarán a cabo estudios cualitativos con pacientes, médicos y farmacéuticos.

Es importante una comunicación "abierta" (crear una red de experiencias) para difundir propuestas de mejora que han funcionado o no a nivel local, para poder extenderlas al resto o desestimarlas. Esta red será necesaria para evaluar el impacto global del proyecto cuando empiecen a agregarse poblaciones. Además, crear redes de comunicación directa entre los equipos incentiva a los profesionales participantes y les facilita la presentación de resultados.

