

¿POR QUÉ LA INSPECCIÓN FARMACÉUTICA DEBE INCORPORARSE A LOS ACUERDOS DE COLABORACIÓN CON LOS CENTROS SANITARIOS PÚBLICOS?

¿Por qué la Inspección Farmacéutica debe incorporarse a los Acuerdos de Colaboración con los Centros Sanitarios Públicos?

¿Cuál es nuestro papel en la evaluación de las Estrategias del Sistema Público?
¿Qué metodología es la más adecuada para realizar nuestra tarea, sin entrar en el campo de trabajo de los técnicos del medicamento y/o farmacéuticos A4?

¿Qué valor añadido incorporamos en esta tarea de evaluación e identificación de áreas de mejoras?

Responder a estas cuestiones, posiblemente pueda clarificar algunas dudas y servir para justificar nuestra incorporación en mayor medida a la **mejora de la calidad en la prestación farmacéutica**.

Coincidiremos todos, que hoy prácticamente estamos ausente de los centros sanitarios públicos, sean de atención primaria o de asistencia especializada, siendo escasas nuestras aportaciones, en la **evaluación** del uso adecuado y seguro del medicamento, en relación al enorme potencial que tiene la Inspección Farmacéutica.

Con esta incorporación también se pretende abundar en nuestro desarrollo profesional, ampliando funciones, habilidades en evaluación y conocimiento de las estrategias del SSPA.

Para responder a las preguntas señaladas al comienzo, es necesario referirnos al marco normativo básico que regula nuestras funciones.

El DECRETO 224/2005, de 18 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Junta de Andalucía, dispone en su art.6.2d que son funciones de la Inspección de Servicios Sanitarios en materia de centros, establecimientos y servicios sanitarios “*el seguimiento de los objetivos incluidos en los contratos- programa entre la Consejería de Salud y el SSPA, que la Consejería de Salud acuerde*”. Como todos sabemos estos objetivos, establecidos anualmente orientan y priorizan en cada centro el grado de desarrollo de las estrategias del sistema público. Nunca faltan referencias al Uso Adecuado y Seguro del Medicamento.

También se recoge en el mencionado Decreto que “*La Inspección de Servicios Sanitarios desarrollará sus funciones de acuerdo con el Plan Anual de Inspección*”. Este año se incorpora en el Plan Anual de Inspección, la realización de acuerdos con los centros públicos, con una clara orientación de colaboración con los equipos directivos en la **identificación de áreas de mejoras** en el desarrollo de sus objetivos. Sería

inaudito que, dada la relevancia en el control de la prestación farmacéutica que la Consejería de Salud-SAS traslada anualmente en los objetivos de los Centros, la Inspección farmacéutica quedara fuera de los acuerdos de colaboración, que como he señalado, tienen la vocación de colaborar en la identificación de áreas de mejoras, de entre otros aspectos el de la prestación farmacéutica.

Los profesionales sanitarios toman decisiones clínicas, que afectan a la continuidad asistencial, a la seguridad clínica, a la accesibilidad, al consumo de recursos, etc. El objeto de la Gestión Clínica es dotar de mayor efectividad y eficiencia estas decisiones. Mediante la Gestión se traslada mayor responsabilidad de los recursos a los profesionales. Sustraer la **evaluación de las áreas de mejoras del proceso de Gestión Sanitaria** es un error, si además no incorporamos la evaluación de la gestión de la prestación farmacéutica, sería doble error. Hay que situarse allí donde se toman las decisiones y en todos sus ámbitos.

Estas decisiones clínicas se pretenden justificar en la evidencia. Para ello, se desarrollan los procesos asistenciales, los cuales se configuran como una hoja de ruta a seguir en la atención sanitaria. Hay que considerar por tanto la integralidad de la asistencia como un valor fundamental. No es posible segregar en el estudio de la áreas de mejora de cualquier proceso asistencial, la atención sanitaria de la de cuidados o de la prestación farmacéutica. Estaríamos haciendo un análisis incompleto.

Por la propia necesidad del sistema de mayor efectividad y eficiencia, por encontrarse en nuestro marco normativo, por el análisis integral de las mejoras, por el desarrollo de nuevas funciones y **por nuestro propio desarrollo profesional**, no debe ser cuestionable que la Inspección Farmacéutica, Inspección Sanitaria al fin y al cabo, se incorpore con fuerza a los Acuerdos de Colaboración con los Centros Sanitarios del SSPA.

Para definir nuestro papel en el desarrollo de los acuerdos, es conveniente señalar en primer lugar, cual no es. No debemos evaluar a los farmacéuticos de los distritos, eso ya lo hacen sus equipos directivos o la Inspección de Servicios. No debemos evaluar la prescripción farmacéutica de los profesionales, esto ya se hace en los programas de hiperprescriptores o por sus propios técnicos del medicamento. No debemos evaluar el grado de consecución de objetivos o del Índice Sintético de Calidad, esto ya lo hace la Gerencia del SAS, incluso incorporando incentivos económicos.

No estamos directamente en la gestión del medicamento, estamos en **la identificación de áreas de mejoras en los resultados que se obtienen en la gestión del medicamento.**

Por ello, que todos los implicados en la gestión del medicamento, profesionales médicos y de enfermería, farmacéuticos de centros, y equipos directivos, nos vean como participantes en el mismo objetivo de mejora, es la primera y más importante tarea a realizar.

Estas funciones de asesoramiento, colaboración, formación, detección de áreas de mejoras no son nuevas en la Inspección de Servicios Sanitarios. En la UMVI cada Médico Inspector tiene asignado un grupo de médicos de familia a los que en su función de Inspección de Control de la Incapacidad Temporal, asesora, forma y/o aporta mejoras en su proceder respecto al paciente. Estos Médicos Inspectores de UMVI, participan en sesiones Clínicas trimestrales con presencia de Inspectores del INSS y médicos de Atención Primaria donde el principal objeto de tales sesiones es buscar la mejora de la gestión de la prestación. Otro de ejemplo de colaboración con la gestión es el programa de control de la I.T del personal propio del SSPA, mediante el que se establecen circuitos de comunicación entre los equipos directivos de distritos y hospitales con el objeto de firmar acuerdos de colaboración.

Del mismo modo en Inspección de Centros es por todos conocido el apoyo y asesoramiento que solicitan los órganos Directivos de la Gestión en materia de incompatibilidad, autorizaciones de funcionamiento y otros temas, todo ello porque no cabe duda, somos considerados el colectivo con mas credibilidad, valía y profesionalidad para resolver tales cuestiones.

La pregunta ahora sería ¿por qué se comprenden esas funciones de formación, asesoramiento, detección de áreas de mejora en I.T y Centros y no en farmacia.?

La Inspección Farmacéutica debe encaminarse hacia la consecución de un mayor numero de competencias, a ser reconocida por su vasta formación y valía para aportar mejoras y detectar ineficiencias del sistema todo en pro de garantizar el derecho a la protección de la salud de los pacientes, debemos tomar una actitud activa para que las competencias de la inspección no vayan en declive, como podemos comprobar si comparamos el mapa competencial de la década de los 70 y 80 con el actual

El incorporar nos con naturalidad a las comisiones de uso adecuado del medicamento, nos va a permitir conocer la realidad en el desarrollo de las estrategias del medicamento en los centros, tener más habilidades en el manejo de sistemas de información, proponer mejoras y dar continuidad a la evaluación que hayamos efectuado. También estando más cerca de las decisiones, hay más oportunidad de detectar ineficiencia y/o fraudes, colaborando en ello con los centros.

El análisis de prescriptotes, de grupos terapéuticos, de prescripciones inadecuadas, de seguridad del medicamento, de diferentes índices de consumos y de gasto, realizados en entrevistas, por aplicación de protocolos de consensos o por check-list, son actividades que realizan los farmacéuticos de centros con mayor o menor generalización.

No se trata de reproducir esta metodología, porque ya se está haciendo. Se trata de apoyarse en los resultados obtenidos en esta gestión del medicamento, para que con nuestros conocimientos y competencias, identifiquemos áreas de mejoras y estimulemos buenas practicas, allí donde se constate que no se realizan.

No se trata de identificar profesionales con prescripciones inadecuadas, se trata de apoyándonos en esta información, buscar en consenso con los órganos de decisión, cómo podemos mejorar la prescripción, en efectividad y en eficiencia.

No se trata de aumentar en términos absolutos la carga anual de trabajo sino **sustituir** parte del existente por este, es decir compatibilizar los programas existentes con los acuerdos de manera que no suponga un esfuerzo titánico al Inspector Farmacéutico que por motivo de plantilla es único en la provincia para la consecución de las actividades de Inspección Farmacéutica. Todos somos muy conscientes que la plantilla esta infradimensionada lo que imposibilita el realizar más objetivos que los ya existentes, ora bien, si podríamos sustituir parte de este, **en aquellas provincias donde se alcancen**, por lo acuerdos de colaboración.

¿Qué valor añadido incorporamos?. En primer lugar nuestras competencias y compromiso con la mejora de lo público. En segundo lugar, nuestra independencia en el análisis, al no estar ni ligado laboralmente al centro ni en incentivación del mismo. En tercer lugar, **nuestra condición de agentes de la autoridad sanitaria** nos permite un mayor grado de intervención. En cuarto lugar, aportamos una perspectiva más amplia, no es exclusivamente la del centro, podemos trasladar experiencias y buenas prácticas. Y por último podemos aportar nuestra experiencia en el análisis de otros agentes que participan en la prestación, directa o indirectamente, como centros de distribución, o farmacias.