

MANIFIESTO DE SEMAP EN CONTRA DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE DE FARMACIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Debido a la reciente aprobación por parte del Gobierno de la Comunidad de Madrid del nuevo anteproyecto de Ley de Farmacia, la Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP) expone lo siguiente:

Este anteproyecto de ley, en opinión del colectivo de enfermeras comunitarias de la Comunidad de Madrid que desempeñan su labor profesional en Atención Primaria, supone una invasión de su campo profesional. Esta acción generará el consiguiente conflicto entre profesiones y una distorsión de las líneas estratégicas definidas internacionalmente y con consenso de la comunidad científica sobre la atención al envejecimiento y a las personas con enfermedad crónica. Todo ello supone un riesgo importante para la salud de la población y no entendemos que se haya podido gestar sin la participación de nuestro colectivo en las negociaciones.

Como SEMAP mostramos nuestra disconformidad con relación al capítulo II de la presente ley. En su artículo 15 habla de *“concertación de servicios farmacéuticos que se consideren en cada momento adecuados para satisfacer las necesidades sanitarias y asistenciales de los ciudadanos. A tales efectos deberán tenerse en cuenta las prestaciones y servicios que forman parte de la cartera específica de la Comunidad de Madrid”* y por otro lado, en el artículo 2 habla de que *“las oficinas de farmacia, sin perjuicio de las competencias propias de otros profesionales sanitarios legalmente previstas, podrán realizar actividades de atención farmacéutica domiciliaria relacionadas con el seguimiento farmacoterapéutico de los mismos, adherencia de los tratamientos, reacciones adversas u otras...”,* actividades ya cubiertas en la oferta de servicios de la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, y prohibidas, explícitamente, en la legislación vigente (artículo 6 de la ley 19/1998)

Abstrayéndonos a la perspectiva del ámbito asistencial, este anteproyecto de ley dirige el objetivo hacia la mercantilización, y a una medicalización ya no de la enfermedad, sino también de la salud, pues se está poniendo el acento de la asistencia en el tratamiento y la adherencia al mismo. Del mismo modo disparará el número de controles para personas con HTA o Diabetes M., direccionándolos a la dependencia de los mismos, aunque seguimos sin entender cómo se interpretarán estos datos, sin acceso a toda la historia clínica y sin un método de trabajo, salvo que la educación sanitaria que se vaya a ofertar sea la que vimos en el famoso video del municipio de El Boalo (www.youtube.com/watch?v=2kVpzE2riaQ), en el que se realizan técnicas exploratorias, que se apuntan sin más, sin interpretar y no se hace ningún otro tipo de intervención. Controles que por otro lado deberían ser autocontroles basados en las guías de práctica clínica que especifican las intervenciones recomendadas así como las innecesarias. En el caso de los farmacéuticos este tipo de intervenciones (glucemias, pruebas etc..) se pueden utilizar para fidelizar a los “clientes” del servicio.

Los cuidados de una persona, no se miden en las técnicas que se hacen. Somos las y los enfermeros los expertos en los cuidados y trabajamos buscando la mayor autonomía en el autocuidado de cada persona. Somos los y las profesionales preparados y con las competencias para este cometido y así se reconoce, por ejemplo, en la Estrategia Nacional de Abordaje de la Cronicidad en la que se resalta el liderazgo de la profesión enfermera ante el proceso de envejecimiento de la población. Así lo reconoce también la Gerencia de Atención Primaria que, dentro de la “Estrategia de atención a las personas con enfermedad crónica, ha definido el Rol de enfermera educadora/entrenadora en autocuidados.

A esta intrusión para nuestra profesión se añade **la privatización**, que esta ley fomenta, de la atención sanitaria, al posibilitar la cofinanciación de un servicio que actualmente se encuentra cubierto de forma completa por financiación pública. La prestación farmacéutica está incluida en la **Cartera común suplementaria** del Sistema Nacional de Salud que está sujeta a aportaciones por parte del usuario (cofinanciación). En cambio, las actividades asistenciales que se realizan actualmente desde Atención Primaria, están incluidas en la **Cartera común básica** de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, las cuales están cubiertas por financiación exclusivamente pública. Todo apunta a un nuevo concierto Comunidad de Madrid- Colegio de farmacéuticos de Madrid, en el que se establezca de qué manera se cofinancia un servicio duplicado, en el que ya se está invirtiendo dinero público realizado por los profesionales capacitados para ello.

Lo mismo pensamos de la atención farmacéutica domiciliaria. Creemos que permitir que las oficinas de farmacia realicen el seguimiento domiciliario de los tratamientos farmacológicos de los pacientes crónicos puede suponer una mercantilización de la asistencia y una externalización de las actividades de la Cartera de Servicios del SERMAS, no favorece el autocuidado ni la autonomía de los pacientes.

La atención domiciliaria es una competencia recogida en el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio): *“Aumentar el seguimiento y la atención longitudinal al valorar al individuo y la familia desde la perspectiva de la necesidad de cuidados, en su entorno y en todas las etapas de la vida, con especial atención a aquellos que deben ser atendidos en su domicilio[...] responder eficazmente a las necesidades de la población con enfermedades crónicas prevalentes, a las situaciones de discapacidad, de riesgo de enfermar y de fragilidad”.*

El Programa de “Atención al Mayor polimedocado” del SERMAS identifica a la enfermera como el profesional que realiza la valoración inicial:

1. Cumplimenta en la historia clínica informatizada la relación de medicamentos que toma habitualmente el paciente, contrastando los que figuran en la historia clínica (HC) con los aportados en la “bolsa del programa”. Hace una primera valoración si el paciente conoce indicación, posología y si toma los medicamentos acorde a la posología prescrita.

2. Realiza la valoración del paciente desde el punto de vista social, cognitivo y de adherencia al tratamiento, con el fin de hacer una propuesta del SPD más adecuado y analizar la capacidad del paciente o su cuidador para prepararlo.

En cuanto a las actividades de seguimiento, según dicho programa, se pueden realizar en el centro de salud o en la oficina de farmacia, siempre que ésta última se encuentre acreditada para esta finalidad. Para esta acreditación es requisito imprescindible un programa formativo que se dará gratuitamente a los farmacéuticos comunitarios que se adhieran al programa...

La enfermera familiar y comunitaria tiene las competencias para trabajar en la adherencia al tratamiento y no solo la adherencia al tratamiento farmacológico sino también al régimen terapéutico, valorando los factores que condicionan el estilo de vida, las acciones de autocuidado, el afrontamiento a la enfermedad... Este es nuestro trabajo diario, valorar la capacidad de autocuidado de la persona/familia y apoyar y promover estrategias que le ayuden a aumentarlo. Todo esto con una metodología enfermera, a través de una relación de ayuda y de confianza, valorando a las personas con una perspectiva holística y teniendo en cuenta a su familia y entorno. Además las enfermeras de atención primaria desarrollamos nuestra actividad en la consulta y en el domicilio, según las necesidades de las personas a las que atendemos. Cuando lo hacemos en domicilio no nos limitamos a hacer seguimiento del programa del mayor polimedcado. En el domicilio las enfermeras realizamos desde seguimiento de las patologías crónicas, valoración de riesgos de caídas, valoración del entorno, cuidadoras, valoración del bienestar, gestión del autocuidado y de la enfermedad...

No podemos entender que se pretenda llegar a acuerdos o conciertos con establecimientos sanitarios privados, para realizar una mínima parte de un servicio que ya se está prestando y por los y las profesionales competentes para prestarlos.

Análisis del anteproyecto de Ley:

En el articulado del proyecto de ley, encontramos párrafos ambiguos, poco desarrollados y que podrían dar cabida a un amplio número de acciones por parte de las farmacias, como son el **punto 5 del artículo 9**, que contempla la posibilidad de las oficinas de farmacia de participar o llevar a cabo "actividades o campañas en colaboración con la Administración Sanitaria", presentando un gran abanico de actuación, si llegasen a un acuerdo la administración y las oficinas de farmacia. O el **punto 2 i, j y k del artículo 10** que especulan sobre la posibilidad de desarrollar "actividades y servicios asistenciales que determine la Administración Sanitaria para la mejora de la prestación farmacéutica y la eficiencia del Servicio Madrileño de Salud"; "actividades y servicios asistenciales de naturaleza informativa, preventiva y de seguimiento a grupos específicos de pacientes y medicamentos, de acuerdo a los protocolos y requisitos de actuación que en cada caso se determinen"; "actividades de atención farmacéutica domiciliaria relacionadas con el seguimiento farmacoterapéutico de los mismos, adherencia a los tratamientos, reacciones adversas u otras, del modo que determine la Consejería con competencias en materia de Sanidad", es decir que deja potestad a la Consejería prácticamente a externalizar cualquier acto de la Sanidad Pública. Además incluye según el **punto 2 d del artículo 15**, la colaboración "en programas de detección precoz y cribado de enfermedades", sin especificar nada más, nuevamente las posibilidades de este punto hacen innumerables las acciones a realizar.

Siguiendo esta reflexión, este anteproyecto de ley, no acota el ámbito geográfico de actuación de las oficinas de farmacia, por lo que una oficina con recursos podría hacerse con el servicio domiciliario de toda una ciudad, o pudiera ser que una potente oficina nacional se hiciera con un monopolio de las actividades de la Cartera de Servicios. De hecho hace no muchos años se debatió sobre la liberalización de las oficinas de farmacias, y quien sabe si este debate puede volver a producirse con una solución diferente a la actual, ¿en qué situación de desprotección quedarían las y los madrileños, y con mayor razón los más desfavorecidos? Los legisladores deben pensar en estas posibles alternativas antes de exponer a las y los ciudadanos a posibles riesgos.

Sin duda la atención sanitaria en general y la domiciliaria en particular, están cubiertas con una gran calidad de cuidados, y por los profesionales más adecuados para ello, y eso que en Madrid tenemos el ratio enfermera/población más bajo de toda España, según el INE. No entendemos por tanto, qué se pretende mejorar con la asistencia del personal de las oficinas de farmacia en supuestas campañas o en los domicilios de las y los madrileños. De hacer una mejora, esta pudiera ser la de acercar el ratio enfermera/población al ratio de los países europeos de nuestro entorno.

Desde nuestra **Sociedad Científica**, tras analizar los cambios legislativos que propone este anteproyecto, opinamos que las acciones de los trabajadores de las oficinas de farmacia, que hasta ahora hemos expuesto, son una clara acción de intrusismo profesional, que sólo redundará sobre un servicio ya cubierto por parte de nuestro colectivo, que es el idóneo para cuidar a cualquier persona y sea cual fuere su necesidad o expectativa de mejora. Además la concertación de estas actividades o servicios a empresas privadas, nos pone en alerta de una privatización encubierta de dichos servicios, a la que como sociedad científica nos oponemos en pos de la defensa de la sanidad pública.

Madrid 3 de octubre de 2018

Junta Directiva de SEMAP