



ACADEMIA DE FARMACIA DE GALICIA

Discurso de ingreso  
como Académico de Número

**ATENCIÓN FARMACÉUTICA  
EN FARMACIA COMUNITARIA:  
¿ES YA REALIDAD O TODAVÍA  
UN PROYECTO DE FUTURO?**

ILMO. SR. DR. RICARDO FLORO ANDRÉS RODRÍGUEZ

Discurso de contestación

EXCMO. SR. DR. FRANCISCO DÍAZ-FIERROS VIQUEIRA



Santiago de Compostela, Septiembre de 2006

ACADEMIA DE FARMACIA DE GALICIA

DISCURSO DE INGRESO

**ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN FARMACIA  
COMUNITARIA: ¿ES YA REALIDAD O  
TODAVÍA UN PROYECTO DE FUTURO?**

ILMO. SR. DR. NICANOR FLORO ANDRÉS RODRÍGUEZ

DISCURSO DE CONTESTACIÓN

EXCMO SR. DR. FRANCISCO DÍAZ-FIERROS VIQUEIRA

Santiago de Compostela, Septiembre de 2006



## ÍNDICE

<b>Prólogo</b>	<i>5</i>
<b>1. Introducción</b>	<i>9</i>
<b>2. Antecedentes</b>	<i>13</i>
2.1. La Farmacia en el siglo XX	<i>13</i>
2.2. La función logística	<i>14</i>
2.3. El camino hacia la farmacia clínica	<i>17</i>
2.4. La necesidad de un cambio	<i>18</i>
<b>3. De Pharmaceutical Care a Atención Farmacéutica</b>	<i>21</i>
<b>4. Fundamentos legislativos</b>	<i>27</i>
4.1. Legislación básica estatal	<i>28</i>
4.2. Legislación gallega	<i>30</i>
<b>5. Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica</b>	<i>33</i>
5.1. Dispensación de medicamentos	<i>35</i>
5.2. Indicación farmacéutica	<i>37</i>
5.3. Seguimiento farmacoterapéutico	<i>39</i>
<b>6. Resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. Problemas relacionados con los medicamentos</b>	<i>45</i>
6.1. Magnitud de los PRM	<i>45</i>
6.2. Definición y clasificación	<i>48</i>
6.3. Causas de PRM	<i>51</i>

<b>7. Difusión de la Atención Farmacéutica</b>	55
7.1. Programa Dáder de Implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico	56
7.2. Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica	58
7.3. Programa Nacional de Atención Farmacéutica sobre el Uso Racional de Antibióticos	60
<b>8. Eficacia de la Atención Farmacéutica</b>	63
8.1. Necesidad de investigación	63
8.2. Investigación sobre Atención Farmacéutica en la farmacia comunitaria	64
8.3. Estudio TOMCOR	65
8.4. Estudio sobre el impacto de un servicio de Atención Farmacéutica en personas asmáticas	66
8.5. Estudio PSFDM2	67
<b>9. Perspectivas de futuro</b>	73
9.1. Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios	73
9.2. Receta electrónica	75
9.3. Formación	79
9.4. Barreras y facilitadores	81
9.5. Un nuevo Consenso	83
<b>10. Bibliografía</b>	89

## **PRÓLOGO**

**Excelentísimo Sr. Presidente**  
**Excelentísimos e Ilustrísimos Sras. y Srs. Académicos**  
**Señoras y Señores**  
**Queridos amigos:**

Deseo iniciar este preceptivo discurso con la expresión de mi más profundo agradecimiento a todos los Srs. Académicos por el alto honor de elegirme para compartir con ellos las tareas de esta joven Academia. *Fons artis sanandi* es su lema, y formar parte de este manantial de profesionalidad que debe abrir caminos y servir de referencia para mejor contribuir a la salud de nuestros conciudadanos, será para mí un honor y un compromiso permanente.

Muchas son las personas a las que debo agradecer su presencia y su aliento en muchos momentos del recorrido a través de la vida. En primer lugar, mis padres, ambos profesionales sanitarios, de quienes aprendí que una palabra amable y una sonrisa son la mejor medicina. La comprensión, fortaleza y apoyo de mi mujer, Fran, y el recuerdo de nuestro hijo Floro, son la mejor compañía para seguir adelante.

Recuerdo mis años en Santiago de Compostela con una especial nostalgia. Los primeros años en la entrañable Fonseca y después en el edificio actual. Algunos de los profesores de la Facultad, que se esforzaban en transmitirnos los conocimientos científicos y el espíritu universitario, están sentados hoy aquí. Otros forman parte ya de la gran historia de nuestra Facultad: Los profesores Guitian, Charro, Carreró, Montañés, Cadórniga, Losa, .... Mi sincera gratitud a todos ellos. Marcaron una época básica de

formación que, con la decisiva influencia de algunos, fue configurando la inclinación hacia ciertas materias que van a definir la orientación del ejercicio profesional, pero creo que también han contribuido a despertar un cierto sentido crítico y la afición a la experimentación y la naturaleza.

Mi vida profesional se ha desarrollado en dos etapas muy diferenciadas. Los primeros años (de 1976 hasta 1987) transcurrieron en Farmacia Militar. Fueron años muy intensos, destinado siempre en Madrid, que aproveché para continuar mi formación en la Universidad Complutense, realizando primero los Cursos de la Escuela de Perfeccionamiento Profesional de Análisis Clínicos y después el Doctorado en la Cátedra de Historia de la Farmacia, bajo la dirección de la Profesora Pilar Herrero Hinojo.

Fueron años también de maduración profesional, en los que siempre conté con el apoyo y estímulo de mis jefes y compañeros, el Coronel Farmacéutico Enrique Fernández Orsi, los Coroneles, después Generales Farmacéuticos Juan Antonio Huerta y Faustino Cuadrado, el Teniente Coronel Farmacéutico Modesto Alonso de la Huerga, los hoy Tenientes Coroneles Farmacéuticos José Ángel Navarro, José Ángel Redondo y Joaquín Castaño, el Comandante Alfredo García Jiménez, y muchos otros de los que recuerdo con enorme cariño su generosidad y compañerismo.

El año 1987 regresé a Vigo, a nuestra farmacia del Berbés. Era un cambio radical, pero muy pronto el trabajo con nuestros excelentes colaboradores y el contacto con aquellas personas que confiaron, primero en mis padres y después en mí, me hicieron sentir aceptado y apreciado.

El Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra, presidido entonces por Bernardo Borrajo, desplegaba ya una intensa actividad de apoyo al colegiado. Se había creado recientemente el Laboratorio Colegial y se estaba empezando a configurar, de manera análoga a los existentes en los servicios de farmacia hospitalarios, lo que sería el Centro de Información del Medicamento.

En el año 1996 me incorporé a la Junta de Gobierno como vocal, y desde 1999 me honro en formar parte del equipo del actual Presidente, Luis Amaro Cendón. Su decidido respaldo y el de la Junta de Gobierno del Colegio han impulsado una labor de difusión e incorporación de la filosofía de Atención Farmacéutica a todas las

actividades colegiales, orientadas siempre a reforzar las actuaciones profesionales de los colegiados.

Todo ello ha hecho posible la realización de numerosos trabajos y campañas en colaboración con un valioso grupo de compañeros, que siempre responden a nuestras peticiones con entusiasmo y dedicación. Para la puesta en marcha de muchas de estas tareas hemos contado con la inestimable ayuda de Fernando Fernández-Llimós, miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada y colegiado en nuestra provincia.

Me siento muy orgulloso de trabajar con excelentes profesionales y maravillosas personas en nuestro grupo Berbés: José A. Fornos, Mercedes Guerra y J. Carlos Andrés, la más reciente incorporación.

Estoy convencido de que los Colegios deben ser el núcleo y motor del cambio que la Farmacia ha iniciado, y que para ese camino a recorrer la Facultad y la Academia de Farmacia serán excelentes compañeros de viaje.

Y ahora vamos a hablar de Atención Farmacéutica.





## 1. Introducción

A lo largo del siglo XX se produjeron numerosos acontecimientos en el mundo de los medicamentos que marcaron profundos cambios en la manera de ejercer la Farmacia. Vistos desde la perspectiva ya del siglo XXI se advierten como una auténtica revolución, una transformación radical, pero para quienes estamos viviéndolos, al menos algunos de ellos, en los últimos 30 años podemos percibirlos como una evolución, que no ha terminado, que a veces parece lenta y todavía no se ve con total claridad hacia donde nos lleva.

La introducción de la filosofía y conceptos de “*Pharmaceutical Care*” y la difusión de su práctica encajó perfectamente en la profesión en un momento en que la farmacia comunitaria se encontraba en una encrucijada tras la desaparición de la “*farmacia elaboradora*” y la pérdida de valor de la “*farmacia distribuidora*” a la que aquella había dejado paso, ambas centradas en el medicamento como producto.

La Atención Farmacéutica proporcionó el fundamento ideológico para una reprofesionalización de la farmacia, orientándola ahora hacia la consecución en los pacientes de mejores resultados mediante el uso de los medicamentos. El farmacéutico se compromete así en la consecución de los objetivos terapéuticos, en la efectividad de los tratamientos, en su seguridad y, como consecuencia, en su uso racional.

La Organización Mundial de la Salud y otras instituciones internacionales recomendaron y apoyaron esta reorientación en el papel del farmacéutico hacia los servicios asistenciales a los pacientes, y varios instrumentos jurídicos, que culminan en la recientemente aprobada Ley de garantías de uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, la dotaron de base legal. El Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica, impulsado

también por el Ministerio de Sanidad clarificó la terminología, estableció criterios comunes consensuados y definió las características, objetivos y condiciones en que se deben realizar las distintas funciones asistenciales entre los servicios que presta la farmacia comunitaria, con especial atención a los considerados básicos: la dispensación de medicamentos, la indicación farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico.

Estas nuevas funciones y responsabilidades asumidas por el farmacéutico comunitario en el entorno de la farmacoterapia, encuentran justificación más que suficiente en la extensión y gravedad de los problemas relacionados con los medicamentos que conducen a la obtención de resultados negativos de su utilización. Numerosos estudios demuestran la importancia de la morbilidad y la mortalidad originada por los tratamientos farmacológicos y su repercusión en términos económicos y sociales sobre los costes y utilización de los servicios sanitarios.

En nuestro país se han desarrollado útiles herramientas metodológicas para la detección, prevención y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos, así como sistemas de identificación y clasificación que permiten una valoración de su significación clínica y una adecuada intervención del farmacéutico con el fin de mejorar los resultados de la farmacoterapia en términos de salud y calidad de vida de los pacientes. Diversos organismos e instituciones están realizando importantes esfuerzos para la difusión e implantación de actividades y procedimientos de Atención Farmacéutica entre los farmacéuticos españoles.

Como toda actividad nueva, la Atención Farmacéutica debía demostrar que aportaba mejoras frente al ejercicio tradicional. Era necesario también para conseguir vencer las reticencias e incluso oposición de sectores dentro de la Farmacia y en otras profesiones sanitarias.

Aunque en la farmacia comunitaria no existía una tradición investigadora, al contrario que en el ámbito hospitalario, muy pronto comenzaron a presentarse en jornadas y congresos los resultados de la incorporación de estas actividades a la práctica profesional por farmacéuticos comunitarios, tanto a título individual como en grupos de trabajo e investigación y dentro de programas impulsados por los Colegios y otras instituciones profesionales. Inicialmente el rigor metodológico no estaba al nivel del entusiasmo con que se

abordaban, pero con el tiempo han mejorado considerablemente los diseños, introduciéndose ya en algunos de ellos, aunque hacen falta más, los elementos del método científico imprescindibles para conseguir una evidencia suficiente de la eficacia, efectividad y eficiencia de la Atención Farmacéutica en la mejora del estado de salud de los usuarios que la reciben.

En los próximos años nuevos desafíos nos esperan: la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios será el marco legal de ejercicio profesional, las nuevas tecnologías que permiten la prescripción electrónica condicionarán la práctica diaria de las actividades en la farmacia comunitaria, las irracionales exigencias que plantea la Comisión de la Unión Europea en el denominado “*dictamen motivado*” pueden dar un vuelco al modelo español de asistencia farmacéutica, que ha demostrado sobradamente ser uno de los mejores del mundo. La respuesta de todos los profesionales hará que se conviertan en barreras infranqueables o en oportunidades de mejora y reafirmación de nuestra capacidad y papel profesional.

Encontramos hoy que la Atención Farmacéutica recibe el apoyo de todos los implicados: Administración, Universidad, Industria farmacéutica, Sociedades Científicas, Corporación, etc. Pero, ¿todos los que hablamos de Atención Farmacéutica entendemos el mismo concepto y práctica?, ¿está demostrada ya de manera suficiente la efectividad de los servicios de Atención Farmacéutica en la mejora de la salud y calidad de vida de los pacientes?, ¿hasta dónde queremos o podemos llegar en cuanto al cambio que su implantación precisa?, ¿estamos todos realmente decididos a incorporarla a nuestra actuación diaria?, ¿es ya una realidad perceptible por la sociedad o es todavía una apuesta de futuro?.

En los minutos que siguen voy a intentar responder a estas preguntas o, al menos, presentar ante ustedes mi visión del estado en que se encuentra la Atención Farmacéutica en España.



## **2. Antecedentes**

### **2.1. La Farmacia en el siglo XX**

Durante la mayor parte de la existencia de nuestra profesión la asistencia farmacéutica era proporcionada por los farmacéuticos que elaboraban y dispensaban los medicamentos que los médicos prescribían en forma de fórmulas magistrales. Se basaban ambos en las farmacopeas, formularios y recetarios, oficiales o no, que recogían fórmulas tradicionales y de reconocido prestigio, aunque no siempre apoyadas en una experimentación rigurosa, sino en usos populares, simbólicos o analógicos e incluso mágicos<sup>1</sup>.

A lo largo de muchos siglos el farmacéutico se había dedicado a estudiar a fondo las materias primas, vegetales, animales o minerales, activas o inertes; se había ocupado de su búsqueda, obtención, manipulación, conservación y transformación en las fórmulas magistrales que constituían remedios más o menos eficaces para los problemas de salud. Su ejercicio profesional garantizaba la pureza y calidad de los preparados de acuerdo con los formularios y farmacopeas en vigor.

Tras la revolución industrial de finales del siglo XIX el farmacéutico pierde, de manera paulatina pero irreversible, su función como elaborador de medicamentos a favor de una naciente industria que cada vez va a producir fármacos más accesibles, específicos, eficaces y complejos, pero también, potencialmente más peligrosos.

La irrupción de la nueva industria farmacéutica, con la que el farmacéutico elaborador no va a poder competir, con capacidad para poner en el mercado grandes cantidades de esos mismos fármacos de manera mucho más eficiente, con un aumento progresivo de potencial económico que le permitiría investigar y desarrollar otros

nuevos, extrayendo y purificando los principios activos de las antiguas materias primas, o manipulándolos por medios químicos para conseguir sustancias de mayor actividad, acabaron con una estructura y función social que había sido la base de un ejercicio profesional orientado a la elaboración durante un tiempo en que ese era el papel que se necesitaba del farmacéutico. Pero los tiempos habían cambiado

## **2.2. La función logística**

A partir de ese momento la sociedad exigía a la Farmacia otras funciones. La producción en grandes cantidades de medicamentos que contribuyeran a elevar el nivel de salud de la población estaba garantizada. Era preciso, entonces, hacerlos llegar a quienes los iban a utilizar. Se trata de una función de carácter logístico, la distribución de los medicamentos, que ocupó durante buena parte del siglo XX los esfuerzos de los gobiernos y de los farmacéuticos.

La extensión de los beneficios de la seguridad social a toda la población en nuestro país mediante la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en la posguerra civil y posteriormente el INSALUD y los servicios gestores de la asistencia sanitaria de las Comunidades Autónomas, a los cuales se completó la transferencia de dicha gestión en 2002<sup>2</sup>, universalizaron el derecho a una prestación sanitaria que incluye el acceso a los medicamentos necesarios para el tratamiento de la mayor parte de las dolencias en condiciones económicas que permiten dicho acceso de manera igualitaria, a un coste razonable para todos los grupos sociales de asegurados y nulo para algunos. Dicha garantía constituye una parte esencial de lo que se denominó el “*estado del bienestar*”.

Al mismo tiempo, sucesivos instrumentos jurídicos iban configurando, mediante la regulación y planificación de la apertura de nuevas farmacias en función de módulos poblacionales y unas distancias mínimas entre ellas, una red distributiva eficaz que daba cobertura a todo el territorio nacional, haciendo de la oficina de farmacia el servicio sanitario más próximo y accesible a la población, altamente valorado por ésta, de manera que hoy el 99% de la población española dispone de acceso a una farmacia en el lugar donde reside<sup>3</sup>.

2

R. decort. antivenerei Carol.  
Lusitan. Schol. j.  
℞. Cinab. antimoni. et Thes. succin.  
℞. Sy. sal volat. viperar. et C. C.  
@ gr. xx m℞. et ℞. Scaas ingapit.  
eq. bene coequeatas.  
℞. Cont. diacoloq. q. et picis @ ℞.  
Sal. gemis ℞. m℞. et S. Mell.  
f. Suis sup. fill. ag.

D. Balonero

℞. mlti ℞. ℞. //  
℞. Sal. ℞. //

Para D.º Hospital Camara de S.º Antonio en la D.º de Madrid  
29.11.1734

**Figura 2.1:** Receta elaborada y dispensada el 29/11/1734 en la botica de Francisco Ortiz Crespo en la calle Platerías (Mayor, 51) de Madrid, conocida como “Antigua Botica de la Reina Madre”

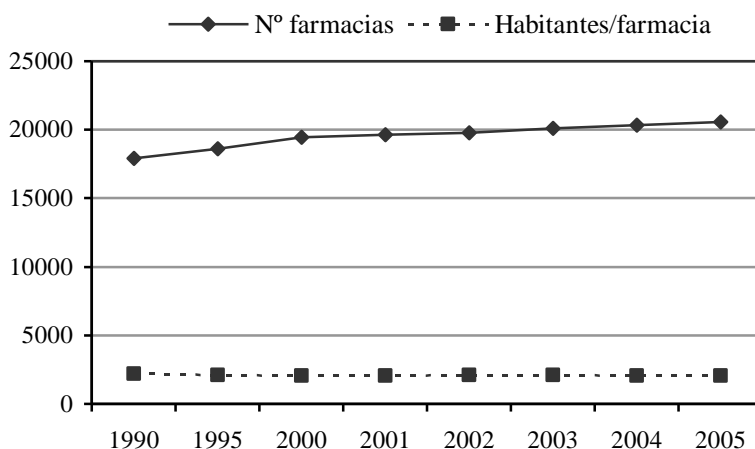


La distribución farmacéutica mayorista, en gran parte formada por cooperativas, facilita un acceso inmediato por parte de las farmacias al vademécum disponible en condiciones equitativas. Los suministros y reposiciones se realizan con una gran rapidez (2 a 4 envíos diarios, incluso a farmacias en zonas rurales), lo que permite atender las prescripciones en un plazo inmediato, siempre inferior a las 3 horas.

La oficina de farmacia continuó durante la mayor parte de la segunda mitad del siglo XX inmersa en el contexto de este conjunto de actividades que hemos denominado función logística o de distribución. Al mismo tiempo que el número de beneficiarios crecía hasta llegar a la universalización de la cobertura, el de establecimientos aumentaba hasta alcanzar un cierto equilibrio por saturación, pese a lo cual continúan abriéndose farmacias a un ritmo de 100-200 cada año<sup>4</sup>.

El resultado de dicha evolución condujo a que España tenga en la actualidad una de las más altas densidades de farmacias por habitante de la Unión Europea, donde la media es de 3500<sup>4</sup>, alcanzándose a final de 2005 la cifra total de 20461 oficinas de farmacia y 2047 habitantes por farmacia. En nuestra Comunidad a las fechas referidas el número de farmacias era de 1214, una por cada 2225 habitantes.

**Figura 2.2: Evolución del nº de farmacias y del nº de habitantes por farmacia (1990-2005)**



### 2.3. El camino hacia la farmacia clínica

Los servicios de farmacia hospitalarios sufrieron una evolución paralela a la transformación de los viejos hospitales monásticos o regentados por las organizaciones religiosas hospitalarias y de beneficencia y a la evolución que estaba sufriendo el papel profesional del farmacéutico. La creación de nuevos centros hospitalarios públicos y privados constituye otro de los elementos básicos de los servicios sanitarios que forman parte del “*estado del bienestar*” incluyendo, desde 1962, servicios de farmacia hospitalaria en los hospitales con más de 200 camas, lo que permitía un mayor control y facilitaba el acceso a los medicamentos por parte de los pacientes ingresados<sup>5</sup>.

A comienzo de los años 60 del pasado siglo, en la farmacia hospitalaria se produce una evolución hacia lo que se ha denominado “*farmacia clínica*” que, manteniendo el componente de la función logística en el cometido del farmacéutico, y una parte de la elaboración de medicamentos, ha provocado una transformación radical en el papel del profesional hospitalario al orientar su función hacia el medicamento aplicado al paciente y no al medicamento como producto, comenzando a manejar los conceptos de acciones secundarias, farmacovigilancia, información de medicamentos, etc. Se empieza a hablar de “*práctica orientada al paciente*”.

El control de uso de los medicamentos que Brodie<sup>6</sup> propugna conduce por un lado a actividades de gestión dentro del concepto de “*uso racional de los medicamentos*”: optimización de compras y gestión de almacén, participación en Comisiones de Farmacia que realizan una selección de fármacos plasmada en guías farmacoterapéuticas, distribución individualizada mediante dosis unitarias, etc. Pero también a la farmacocinética clínica, monitorización de fármacos, toxicología clínica, información de medicamentos, nutrición artificial<sup>7</sup>. Dichas funciones especializadas de la farmacia clínica aportan al mismo tiempo novedades tecnológicas y facilitan un acercamiento real al paciente.

Si bien la práctica del modelo de farmacia clínica en el ámbito hospitalario no alcanzó a la totalidad de los servicios ni de los profesionales que ejercen en este campo<sup>8</sup>, produjo un cambio sustancial en la valoración de las funciones, competencias e imagen profesional del farmacéutico que, lamentablemente, no se tradujo en

la extensión del modelo a la farmacia extrahospitalaria.

La oficina de farmacia seguía anclada al medicamento, tal vez, incluso, lastrada por éste. Lo que durante siglos había sido el objetivo básico y razón de ser de una profesión, paradójicamente, se convirtió en el mundo de finales del siglo XX en un freno para su evolución, para una redefinición de su aportación a las necesidades terapéuticas de los pacientes en una sociedad industrializada y global que estaba cambiando a paso de gigante.

## 2.4. La necesidad de un cambio

En el último cuarto del siglo XX la oficina de farmacia se encontraba en una encrucijada, aunque no todos los farmacéuticos eran conscientes entonces, y muchos no lo son todavía hoy, de la necesidad de un cambio decisivo en la práctica del ejercicio profesional.

El análisis de Oddis<sup>9</sup> revela una serie de factores trascendentales que, como consecuencia de la evolución producida en la sociedad, habían afectado de manera crítica al ejercicio de la Farmacia. Entre ellos sobresalen:

- 1) El acelerado proceso de cambios en el mundo de la salud, que condicionan el entorno social y político del ejercicio profesional.
- 2) La estratificación demográfica de los profesionales, indicativa de sus capacidades (o incapacidades) de adaptación al cambio.
- 3) Las características de sus planes de estudio.

En el ejercicio de la Farmacia salta a la vista la existencia de una radical contradicción entre el perfil científico, la costosa e intensa formación académica del farmacéutico, y las características de ejercicio profesional cotidiano<sup>10</sup>.

Reol citando a Arancibia señala que un servicio profesional es valorado socialmente si reúne tres características esenciales: valor, complejidad y especificidad<sup>10</sup>. Desde el punto de vista del servicio farmacéutico en las oficinas de farmacia:

- Añade un **valor** si aporta evaluación, consejo y compromiso con el estado de salud del paciente.

- Supone un **proceso complejo** si implica conocimientos y habilidades de especial cualificación.
- Está dotado de **especificidad** si el servicio se presta de manera individualizada y personal.

La realidad es que la práctica profesional en la mayor parte de las oficinas de farmacia no se ajusta a estas condiciones.

El continuo incremento en las condiciones favorables de expansión del sector como consecuencia de la incorporación de nuevos colectivos de asegurados y beneficiarios de las prestaciones de la Seguridad Social en las décadas de los 70 y 80 del pasado siglo, durante las cuales se fue configurando el modelo de asistencia sanitaria, genera en sus titulares-propietarios una sensación de comodidad y seguridad que prácticamente anula todo esfuerzo evolutivo de respuesta a los acelerados cambios que se están produciendo, y, pese a que la valoración social de la profesión y la motivación de buena parte de los profesionales se resiente, son muchos los farmacéuticos que se resisten todavía a una evolución imprescindible y permanecen ciegos a las renovadas exigencias y responsabilidades que el nuevo entorno demanda.

No obstante, dentro de la profesión causó una verdadera conmoción el artículo de Brown publicado en Scrip Magazine en mayo de 1994 cuestionando el papel del farmacéutico<sup>11</sup>. Se preguntaba si los cambios producidos en la sociedad: avances tecnológicos, de la información y las comunicaciones, la seguridad de los medicamentos que no precisan receta, y el aumento de nivel educativo de los usuarios, hacía todavía necesario al farmacéutico en la “venta” de medicamentos. La pregunta “¿*Son necesarios los farmacéuticos?*” quedaba en el aire aunque en un segundo artículo varios meses más tarde<sup>12</sup> matiza sus opiniones en el sentido de ver al farmacéutico en un papel de colaborador con el médico para la consecución de una prescripción eficiente.

En efecto, el supuesto “*valor añadido*” que los farmacéuticos aportaban al producto en función de su titulación, cercanía, disponibilidad, garantía de calidad, amplitud de catálogo, etc., si bien era todavía valorado por el usuario a nivel individual, no lo era ya por la sociedad y sus dirigentes, influyendo en ello también las demás fuerzas presentes en el mercado. Seguían y siguen siendo elementos importantes del proceso, pero no bastan para justificar la presencia de profesionales altamente cualificados en una simple

entrega de medicamentos con o sin prescripción<sup>11</sup>. La simple presencia del fármaco, al ser un elemento estructural no añade valor<sup>13</sup>.

Para conseguir un auténtico “*valor añadido*” será necesaria su implicación efectiva en la vigilancia, prevención y resolución de los “*errores de prescripción*” (hoy hablamos de problemas relacionados con los medicamentos y de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia), cuya importancia Brown minimiza, y la asunción de responsabilidades en la obtención de resultados del uso de los medicamentos, es decir, deberá proporcionar servicios de Atención Farmacéutica.

### **3. De Pharmaceutical Care a Atención Farmacéutica**

El término Pharmaceutical Care, que sería traducido en España inicialmente como Atención Farmacéutica, se encuentra por primera vez en Brodie en 1966<sup>6</sup>, en relación con el “*control de uso de los medicamentos*”, pero son Mikeal y col. en 1975<sup>14</sup> quienes establecen la definición de la relación farmacéutico-paciente como la “*asistencia que un determinado paciente necesita y recibe, que le asegura un uso seguro y racional de los medicamentos*”; definición que anticipó el auténtico cambio que supone un nuevo enfoque en la práctica farmacéutica.

Brodie y col. en 1980<sup>15</sup> dan un paso más al entender que la Atención Farmacéutica incluía además la determinación de las necesidades de medicación de un individuo concreto y el aporte no sólo de los fármacos necesarios sino también de los servicios precisos (antes, durante y después del tratamiento) para garantizar un tratamiento con una eficacia y seguridad óptimas. Incluye al mismo tiempo el concepto de continuidad de la asistencia por parte de quienes la prestan.

Posteriormente, en 1988<sup>16</sup>, Hepler describió la Atención Farmacéutica como “*una relación adecuada entre un paciente y un farmacéutico, en la que este último realiza las funciones de control del uso de medicamentos (con un conocimiento y experiencia adecuados) basándose en el conocimiento y el compromiso respecto al interés del paciente*”.

Hepler y Strand publicaron en 1990 *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*<sup>17</sup>, afortunada simbiosis de las reflexiones conceptuales del primero y el pragmatismo de la segunda en un artículo que marcó un punto de inflexión en el camino de la Farmacia. Ambos, profesores universitarios, sentaron en él los

principios teóricos que servirían de fundamento para la adopción por la mayor parte de la profesión farmacéutica de una base filosófica que servirá de referente para el ejercicio de la Farmacia en este comienzo del siglo XXI. Definen la Atención Farmacéutica como “*la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente*”.

Hepler y Strand introducen ya en esta definición los elementos indispensables sobre los que se debe asentar la práctica asistencial del farmacéutico:

- La satisfacción de las necesidades globales en relación con los medicamentos.
- La interacción directa y continuada con el paciente.
- Asunción de responsabilidad sobre los resultados.

El trabajo de Hepler y Strand consiguió remover los cimientos de la profesión y provocó en todo el mundo un movimiento renovador al que se adhirieron con entusiasmo farmacéuticos con ejercicio en diferentes modalidades, así como universidades, academias e instituciones y organizaciones profesionales. La Farmacia había encontrado un fundamento ideológico, una razón de ser, que daba sentido a los intensos y exigentes años de formación, a la eficiente red asistencial y dotaba de un profundo contenido a la actividad de unos profesionales que, en su medio, podían contribuir así de manera efectiva a mejorar el estado de salud de la población.

En esencia el proceso consiste en un cambio en el enfoque de la actividad profesional, orientada hasta ahora más al medicamento que al paciente. El objetivo será ahora “*el medicamento en el paciente*”. La profunda formación académica del farmacéutico debe ser aplicada en la práctica diaria a quien es el destinatario natural, tanto de la farmacoterapia como del ejercicio profesional: **el paciente**. En consecuencia, se debe centrar en algo tan sencillo y a la vez tan difícil como es garantizar que los medicamentos que toman los enfermos cumplen el objetivo para el que les fueron prescritos sin provocarles ningún daño, es decir, realizar una adecuada provisión, seguimiento y control de la farmacoterapia.

Como veremos más adelante este concepto no siempre fue adecuadamente interpretado (a veces malintencionadamente), lo que

generó la necesidad de ciertas puntualizaciones con el fin de homogeneizar conceptos, procedimientos y resultados.

La traducción inicial del término “*Pharmaceutical Care*” como “*Atención Farmacéutica*” pareció en su momento la más válida al enlazar la denominación de la actividad (atención o actuación) con la del profesional encargado de proporcionarla a la sociedad<sup>18</sup>. El término se difundió rápida y ampliamente y comenzó a ser utilizado en el entorno sanitario al mismo tiempo que se extendía la nueva filosofía de práctica profesional.

Pero no todos los que lo utilizaban querían decir lo mismo. Ciertos sectores en nuestro país, tanto de la profesión como fuera de ella, asimilaron el término Atención Farmacéutica a “*servicio o asistencia farmacéutica*”, incluyendo dentro de este concepto todas las actividades y servicios ofrecidos en la oficina de farmacia.

Algunos textos legales incurren en la misma ambigüedad conceptual y utilizan profusamente la expresión Atención Farmacéutica para referirse a la “*prestación del servicio farmacéutico*”. Este sentido amplio o laxo no es el auténtico significado de “*Pharmaceutical Care*”, tal como hemos visto, sino que éste se aplica a una actuación profesional concreta y diferenciada del resto, que consiste en la dedicación o cuidado que el farmacéutico ofrece, y el paciente acepta, para acompañarle en el uso de los tratamientos farmacológicos con el fin de garantizar a lo largo del tiempo su utilización efectiva y segura.

Finalmente, tras las reflexiones de Gastelurrutia y Soto en 1999 se acordó adoptar como traducción de “*Pharmaceutical Care*” la expresión “*Seguimiento Farmacoterapéutico*” o “*Seguimiento del Tratamiento Farmacológico*”, y reservar el término “*Atención Farmacéutica*” para un concepto más amplio en el que aquel está incluido<sup>19</sup>.

Una vez establecidas las bases ideológicas comenzó el desarrollo metodológico de los principios de la AF mediante la puesta en marcha de programas de investigación e implantación. Pronto se perfilaron dos tendencias correspondientes a los modelos propuestos por Strand, de Atención Farmacéutica Global (Comprehensive Pharmaceutical Care, CPHC) y por Hepler, Atención Farmacéutica a Grupos de Riesgo (crónicos, ancianos, polimedicados, etc.) (Therapeutics Outcomes Monitoring, TOM)<sup>20</sup>.



En la AF global el farmacéutico realiza el seguimiento de todos los tratamientos farmacológicos utilizados por los pacientes que aceptan la incorporación al programa, mientras que en el modelo TOM el farmacéutico ofrece el servicio a los pacientes incluidos en los grupos de riesgo en los que haya decidido intervenir (diabéticos, hipertensos, asmáticos, anticoagulados, etc.) y se centra en el control de la farmacoterapia que utilizan, habitualmente por períodos largos o permanente, por lo que también suelen necesitar acciones de educación sanitaria para mejorar la implicación del paciente en su autocuidado.

En 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo público el denominado Informe Tokio sobre *“El papel del farmacéutico en el sistema de Atención de Salud”*<sup>21</sup>. En él se examinaban las responsabilidades del farmacéutico en relación con las necesidades asistenciales del paciente y de la comunidad, englobándolas en el concepto de Atención Farmacéutica. En el referido informe se definió como: *“Un concepto de práctica profesional en la que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico”*, y se reconoce como *“el compendio de actitudes, comportamientos, compromisos, inquietudes, valores éticos, funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas del farmacéutico en la provisión de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y calidad de vida del paciente”*.

En el informe se admite la decisiva influencia de los factores socioeconómicos que pueden llegar a condicionar e incluso limitar la prestación sanitaria, el uso racional de los medicamentos y el desarrollo de la Atención Farmacéutica, a la que considera una *“actitud profesional primordial a la que todo farmacéutico debe tender”*.

Como factores socioeconómicos más significativos se recogen los descritos en la siguiente tabla.

**Tabla 3.1: Factores que influyen en la prestación de servicios asistenciales en la farmacia comunitaria**

Factores demográficos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poblaciones que envejecen</li> <li>• Poblaciones pediátricas vulnerables</li> <li>• Aumentos de la población</li> <li>• Cambios en las características epidemiológicas</li> </ul>
Factores económicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de los costes de la asistencia sanitaria</li> <li>• Economía nacional y mundial</li> <li>• Desigualdad creciente ente ricos y pobres</li> </ul>
Factores tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de nuevos medicamentos</li> <li>• Técnicas nuevas de difusión de la información y nuevos datos sobre los medicamentos existentes</li> <li>• Medicamentos más potentes y de mecanismos de acción más complejos</li> <li>• Biotecnología</li> </ul>
Factores sociológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectativas y participación de los consumidores</li> <li>• Abuso y uso incorrecto de los medicamentos</li> <li>• Utilización de la medicina tradicional</li> </ul>
Factores políticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioridades en el empleo de los recursos nacionales (asignación a salud)</li> <li>• Criterio de las instancias normativas en materia de farmacia. Reglamentación farmacéutica</li> <li>• Políticas farmacéuticas nacionales; listas de medicamentos esenciales</li> </ul>
Factores profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variaciones en la enseñanza y la formación impartidas a los farmacéuticos</li> <li>• Distribución del personal de farmacia</li> <li>• Criterios cambiantes en lo que concierne a la atención del paciente dispensada en la farmacia</li> <li>• Base de remuneración de los farmacéuticos</li> </ul>

El Informe Tokio de la OMS considera que las diversas acciones que configuran la aplicación de la Atención Farmacéutica a los pacientes, constituirían un valor añadido a la farmacoterapia, contribuyendo al uso seguro y más económico de los medicamentos, produciendo resultados positivos y una mejora de la atención de salud. Incluye entre sus recomendaciones:

- El establecimiento de directrices y normas profesionales adecuadas.
- Estimular a cada farmacéutico a introducir este concepto en su ejercicio profesional.
- Actuar sistemáticamente en colaboración con otras profesiones de la asistencia sanitaria para desarrollar la Atención Farmacéutica.
- Promover y facilitar las investigaciones y los estudios sobre la práctica farmacéutica.
- Facilitar la difusión de información sobre Atención Farmacéutica.

El Informe Tokio insta a los gobiernos, autoridades y organismos nacionales e internacionales, en particular la OMS, a apoyar el concepto de Atención Farmacéutica y adoptar políticas para promoverlo.

En el año 1993 se crea bajo la denominación Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) una plataforma informal que agrupa a profesionales e instituciones europeos con el objetivo de generar proyectos de investigación sobre AF y ayudar a buscar la necesaria financiación<sup>22</sup>. Pretende colaborar a la puesta en práctica de esta nueva filosofía profesional y extender su implantación en el ámbito Europeo. De ella parten numerosas iniciativas de difusión e investigación, coordinando grupos de varios países europeos.

Como hemos visto, la sociedad reclama hoy del farmacéutico un nuevo papel. La utilización de los medicamentos, cada vez más eficaces, pero también más complejos, y, algunos, potencialmente más peligrosos, requiere la presencia, junto a ellos, de un profesional preparado e implicado en la consecución de un farmacoterapia efectiva y segura.

En los últimos años del siglo XX la respuesta a esta demanda social, el concepto y la filosofía de la Atención Farmacéutica, se ha extendido hasta llegar a ser conocida por profesionales en todos los ámbitos farmacéuticos de la asistencia sanitaria: farmacia hospitalaria, atención primaria y farmacia comunitaria. Desde entonces no ha dejado de evolucionar, adquiriendo mayor solidez y concreción.

## 4. Fundamentos legislativos

Aunque el ya mencionado Informe Tokio de 1993<sup>21</sup> no se puede considerar un texto legislativo, sí constituye el primer reconocimiento por parte de una organización de prestigio y referencia sanitaria a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud, de la incorporación de esta nueva filosofía de ejercicio profesional a la asistencia farmacéutica en la atención sanitaria básica a la población.

A nivel europeo, aunque más reciente, es importante reseñar la resolución ResAP (2001) 2 de 21 de Marzo, del Comité de Ministros Europeos relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria<sup>23</sup>, en la que se insiste de la importancia del farmacéutico en todo lo relacionado con el medicamento, valorando como imprescindible la relación farmacéutico-paciente en el uso racional del medicamento. Dice además, textualmente, en uno de sus puntos: *“Los farmacéuticos deben evaluar todas las solicitudes de los pacientes. Deben poder apoyarse en protocolos que incluyan criterios para evaluar el estado de salud del paciente y ofrecer consejo. Los farmacéuticos deben, si es necesario, poner opiniones por escrito y, de acuerdo con el paciente, dirigirlas al médico...”*.

Señala que el sistema de remuneración debe ser revisado para reflejar el servicio profesional prestado más que el margen, que se relaciona con el volumen de ventas.

Se indica también que una de las funciones fundamentales del farmacéutico, como experto en el medicamento es la de *“ayudar a la prevención de los riesgos yatrogénicos evitables”*, labor para la que el seguimiento farmacoterapéutico es un elemento esencial. Describe como actividades comprendidas en el seguimiento las siguientes:

- El establecimiento de un informe que incluya el historial farmacoterapéutico.
- El control de las prescripciones con el fin de evaluar el conjunto de la medicación del paciente.
- El intercambio sistemático de información con otros profesionales de la salud.

Con anterioridad a esta resolución del Comité de Ministros de la Unión Europea, y con la misma orientación, en España ya se habían promulgado diversos instrumentos de carácter legislativo, dentro de las competencias estatales y autonómicas, que daban fundamento y base legal a la incorporación de la Atención Farmacéutica a la práctica del ejercicio profesional del farmacéutico en los distintos ámbitos asistenciales.

#### **4.1. Legislación básica estatal**

La ley 25/1990 del medicamento<sup>24</sup>, en su artículo 87, recoge por primera vez conceptos y cometidos que apuntan ya hacia funciones que forman parte de la Atención Farmacéutica: información a los pacientes sobre la medicación, el seguimiento de los tratamientos y la farmacovigilancia. En el artículo 97, sobre colaboración entre las oficinas de farmacia y el Sistema Nacional de Salud, establece que aquellas, como establecimientos sanitarios que son, colaborarán para garantizar el uso racional de los medicamentos en la atención primaria de salud.

La norma legal que consolida jurídicamente la práctica de la Atención Farmacéutica es la Ley de regulación de servicios de las oficinas de farmacia, de 1997<sup>25</sup>. Esta Ley estatal proporciona la necesaria cobertura legal, puesto que incluye entre los servicios básicos que el farmacéutico debe prestar la información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos de los pacientes, y la colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos. Esta Ley contempla las oficinas de farmacia como establecimientos sanitarios en los que se dispensan los medicamentos a los pacientes aconsejando e informando sobre su utilización, se elaboran las fórmulas magistrales y preparados oficinales, y se colabora con los pacientes y con las Administraciones Públicas en el uso racional del medicamento y en diferentes servicios sanitarios de interés general. La Ley, utilizando una vez más de manera ambigua

el término, “*pretende mejorar la atención farmacéutica a la población*”.

En el Artículo 1, que trata sobre la definición y funciones de las oficinas de farmacia, se incluyen las funciones clásicas de adquisición, custodia, conservación y dispensación, y elaboración de fórmulas magistrales. Además:

Artº 1.5. La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes.

Artº 1.6. La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos con el fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.

Artº 1.7. La colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.

Artº 1.8. La colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigida al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Artº 1.9. La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Dos instrumentos legales más recientes no concretan ni amplían las funciones y cometidos enunciados en los anteriores:

La Ley 16/2003 de 28 de mayo<sup>26</sup>, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud considera dentro de la “*prestación farmacéutica*”, de una manera vaga, al conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes reciban los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

En la ley 44/2003 de 21 de noviembre<sup>27</sup>, de ordenación de las profesiones sanitarias, se pierde de nuevo una ocasión de clarificar ambigüedades y definir competencias que consolidasen las

actividades de Atención Farmacéutica. Así leemos en el artículo 4, Principios Generales:

Artº 4.4. Corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades.

Artº 4.7.a. Existirá formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en él. La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales

Artº 4.7.b. Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar

En el artículo 6, que trata de los licenciados sanitarios, la mención a los farmacéuticos parece excesivamente escueta y abierta a interesadas interpretaciones restrictivas:

Artículo 6.2.b. Farmacéuticos: corresponde a los Licenciados en Farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública.

El pasado mes de julio se ha aprobado la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Como buena parte de su influencia en la Farmacia española depende de su posterior desarrollo, la trataremos entre los factores que van a marcar el futuro del ejercicio profesional.

## 4.2. Legislación gallega

Los principios y cometidos de Atención Farmacéutica son recogidos por las diversas leyes autonómicas de Ordenación o regulación de la asistencia farmacéutica en sus respectivos ámbitos de competencia. La Ley 5/1999, de 21 de mayo<sup>28</sup>, de Ordenación Farmacéutica de Galicia, dedica su Capítulo III, a la atención farmacéutica en la atención primaria de salud, en la que incluye a las farmacias comunitarias.

En el artículo 8 define las funciones y obligaciones de éstas, que incluyen y avalan amplias competencias y responsabilidades en actividades de Atención Farmacéutica:

- 4) La información sobre medicamentos, que siempre debe ser dada por un farmacéutico, con la incidencia en aspectos que favorezcan una mejor utilización.
- 5) La colaboración en el seguimiento individualizado de la terapéutica medicamentosa con el fin de evaluar su efectividad y los fracasos por incumplimiento terapéutico, así como de detectar las reacciones adversas y notificarlas a los organismos de farmacovigilancia.
- 7) La colaboración en el uso racional de los medicamentos y en la prevención de su utilización abusiva, así como en la protección y promoción de la salud y de la educación sanitaria.
- 9) La participación en estudios de utilización de medicamentos, así como en estudios epidemiológicos.

En la mayor parte de las Comunidades Autónomas los farmacéuticos de atención primaria desempeñan cometidos fundamentalmente en el campo de la información y evaluación de medicamentos dirigida a los demás profesionales de la salud, con el fin de mejorar la eficiencia en la prescripción optimizando el proceso y resultados de la toma de decisiones terapéuticas<sup>29</sup>.

En nuestra Comunidad, el Decreto 176/2001, del 12 de Julio de 2001<sup>30</sup>, sobre creación, apertura y funcionamiento de servicios de farmacia en las estructuras de atención primaria del Servizo Galego de Saúde (SERGAS) le asigna además funciones de carácter eminentemente asistencial. Entre ellas la elaboración de la historia



farmacoterapéutica de los pacientes, dedicando especial atención al seguimiento farmacoterapéutico, al cumplimiento de los tratamientos, y a la información sobre los medicamentos y productos sanitarios, la coordinación de las oficinas de farmacia con los servicios de los demás niveles asistenciales, etc. A ellas se añadió en 2004 la homologación sanitaria de las prescripciones médicas que lo precisan<sup>31</sup>, lo que facilita el seguimiento personalizado de los pacientes en grupos de riesgo (en tratamiento con anticoagulantes orales, medicamentos de especial seguimiento, etc.) y la incorporación de aquellos a programas específicos de seguimiento farmacoterapéutico.

## **5. Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica**

Con el fin de aclarar la terminología y establecer en nuestro país las bases para el futuro desarrollo, incluso legislativo, de la Atención Farmacéutica, el día 19 de diciembre de 2001 se presentó en la Real Academia de Farmacia en Madrid, impulsado desde la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad, el denominado “*Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica*”<sup>32</sup>.

En la redacción de este documento participó un amplio grupo de farmacéuticos, procedentes de diversos grupos de trabajo e investigación, de instituciones profesionales y de la Administración, con ejercicio en los diferentes ámbitos asistenciales: hospital, atención primaria y comunitario. En él definen en qué consisten y cómo se deben realizar las funciones asistenciales del farmacéutico, dentro del conjunto de actividades y servicios que presta la oficina de farmacia y que, desde este nuevo enfoque profesional, con una mayor implicación del farmacéutico y apoyándose en su registro y documentación, es lo que a partir de ese momento se considera Atención Farmacéutica.

Aunque el documento aborda esencialmente las funciones y actuaciones del farmacéutico en la oficina de farmacia, los principios, conceptos y definiciones son extrapolables a todos aquellos ámbitos en que un farmacéutico establezca una interrelación con un paciente basada en la utilización de medicamentos, y puede servir como guía básica de partida y elemento de convergencia para el ejercicio de la farmacia asistencial ya sea en el nivel comunitario, de atención primaria, especializada u hospitalario.

Según este documento, las actividades asistenciales del farmacéutico como profesional sanitario se pueden esquematizar de la siguiente manera:

**Figura 5.1: Actividades en el ejercicio profesional del farmacéutico comunitario**

<b>Actividades orientadas al MEDICAMENTO</b>	ADQUISICIÓN CUSTODIA ALMACENAMIENTO CONSERVACIÓN De materias primas, especialidades farmacéuticas y productos sanitarios
<b>Actividades orientadas al PACIENTE: ATENCIÓN FARMACÉUTICA</b>	DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS FORMULACIÓN MAGISTRAL
	INDICACIÓN FARMACÉUTICA FORMACIÓN EN USO RACIONAL EDUCACIÓN SANITARIA FARMACOVIGILANCIA
	SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Como vemos, la **ATENCIÓN FARMACÉUTICA** agrupa al conjunto de las actividades asistenciales del farmacéutico en su ejercicio como profesional sanitario, orientadas al paciente, que permiten garantizar la máxima efectividad, seguridad y racionalidad de los medicamentos que utiliza. El Documento de Consenso sobre AF la define de la siguiente manera:

*“Atención Farmacéutica es la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la **dispensación y seguimiento** de un tratamiento farmacoterapéutico, **cooperando así con el médico** y otros profesionales sanitarios a fin de **conseguir resultados** que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades”.*

Se han resaltado los aspectos claves, fundamentales, que caracterizan las actividades de AF y las distinguen de la práctica habitual.

La actividad tradicional de dispensación se enriquece y alcanza niveles más profundos y comprometidos, con un notable incremento de la interrelación con el paciente, en el cual se centra y, necesariamente, con el resto de profesionales sanitarios, muy

especialmente con el médico de familia, con el cual será necesario un estrecho contacto.

En este nuevo papel el farmacéutico asume actuaciones y funciones específicas, enmarcadas en el ámbito asistencial, como son la indicación farmacéutica o la dispensación activa, que aportan un valor añadido al propio del medicamento, y culminan en la actividad más comprometida y completa, el seguimiento farmacoterapéutico personalizado, como objetivo profesional y sanitario.

Esta nueva forma de entender el ejercicio profesional del farmacéutico en la farmacia comunitaria requiere una modificación de las pautas de actuación en la práctica diaria que será sustancial en algunos casos y en otros una consolidación de aptitudes, actitudes, métodos y medios.

En el Documento de Consenso se define en qué consiste y cómo se debe realizar ese conjunto de actividades y servicios que, desde este nuevo enfoque profesional, presta la oficina de farmacia, con una mayor implicación y responsabilización del farmacéutico y orientadas de manera individualizada y personal a su destinatario natural, el paciente. Vamos a verlas con detalle a continuación.

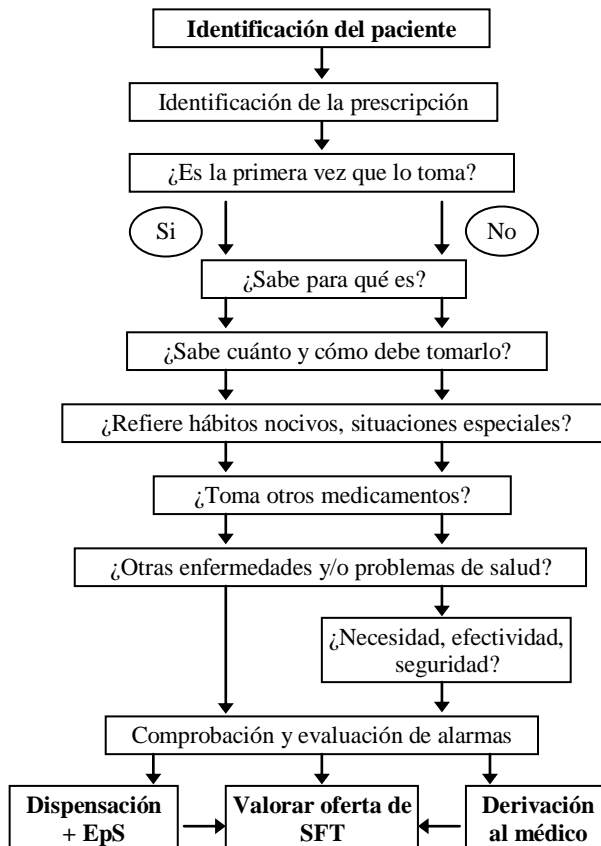
## **5.1. Dispensación de medicamentos**

Acto profesional mediante el cual se realiza la entrega al paciente de los medicamentos en condiciones óptimas, de acuerdo con la legislación vigente y de manera activa con el fin de protegerle frente a los problemas relacionados con los medicamentos.

Debe servir, además, como fuente de información:

- Para el farmacéutico, para llegar a tomar la decisión más beneficiosa para el paciente, pudiendo ser: dispensar el medicamento, ofrecer una asistencia complementaria o no dispensar sin consulta o remisión al profesional correspondiente.
- Para el paciente, que recibirá información sobre la medicación que va a utilizar, sobre la patología y sobre hábitos saludables.

**Figura 5.2: Diagrama general del proceso de dispensación de medicamentos**



La dispensación supone una actitud activa, en la que el farmacéutico toma la iniciativa para asegurarse de que el paciente conoce toda la información para utilizar de manera adecuada los medicamentos que le han sido prescritos y que no son inadecuados para él. En caso contrario debe facilitársela. Todo ello de una manera sistemática y protocolizada.

Debe servir además como filtro para la detección de situaciones en las que el paciente tiene riesgo de sufrir problemas relacionados con los medicamentos (PRM).

## 5.2. Indicación farmacéutica

El Documento de Consenso define la consulta de indicación farmacéutica como *“el servicio que es prestado a demanda de un paciente o usuario que acude a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto”*<sup>32</sup>.

Considerada dentro del proceso global de atención farmacéutica orientada al paciente, se describe como el proceso estructurado por el cual el farmacéutico, utilizando sus conocimientos sanitarios y de los medicamentos, detecta y/o valora y soluciona o alivia un problema de salud mediante la indicación de un tratamiento farmacológico (que no precisa prescripción médica) ó no farmacológico, o bien remitiendo al paciente al médico en los casos que así lo demanden<sup>33</sup>. Los objetivos que se persiguen son:

- Indicar al paciente la actitud más adecuada para resolver su problema de salud, y en su caso seleccionar un medicamento.
- Resolver las dudas planteadas por el usuario o las carencias de información detectadas por el farmacéutico.
- Proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos.
- Evaluar si el problema de salud es precisamente consecuencia de un problema relacionado con un medicamento.

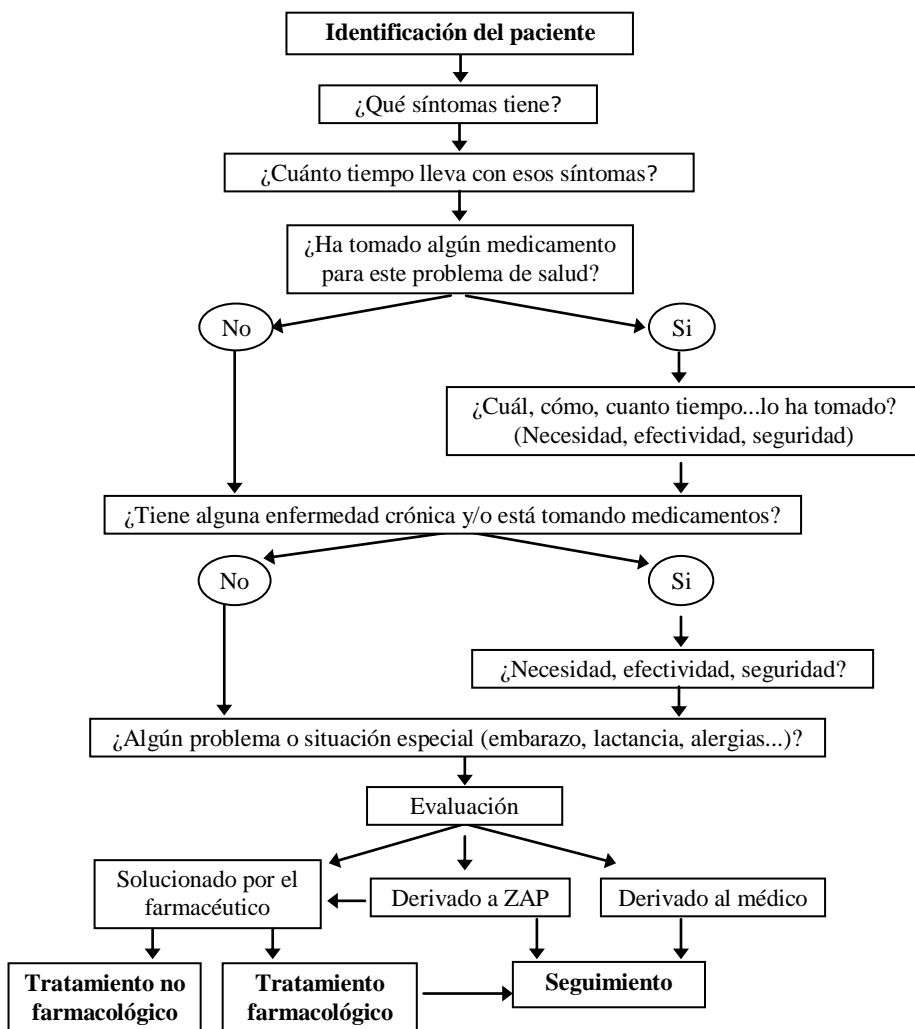
La intervención del farmacéutico comunitario ante la demanda de solución para un trastorno menor o problema leve de salud, simbolizada por la frase: ¿qué me da para...?, implica un procedimiento de actuación estructurado en dos etapas:

En una **primera etapa** el farmacéutico debe decidir en qué situaciones tiene que recomendar al paciente que acuda a su médico, y en cuales puede aconsejar al paciente acerca de las medidas que debe tomar para aliviar sus síntomas.

Y una **segunda etapa** (sólo en aquellos casos en los que en la primera etapa se ha concluido que el paciente padece un trastorno menor), en la que el farmacéutico está cualificado para indicar al paciente en la farmacia los medicamentos sin receta y/o medidas no

farmacológicas más adecuados para la resolución del problema de salud que le ha consultado.

**Figura 5.3: Diagrama general del proceso de consulta de indicación farmacéutica**



### 5.3. Seguimiento farmacoterapéutico

El Documento de Consenso describe el Seguimiento Farmacoterapéutico (SF) o Seguimiento del Tratamiento Farmacológico, como *“la práctica personalizada en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de los problemas relacionados con la medicación (PRM), de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”*<sup>32</sup>.

Se pretende con dicha actividad<sup>32</sup>:

- Buscar la obtención de la máxima efectividad de los tratamientos farmacológicos.
- Minimizar los riesgos asociados al uso de los medicamentos y, por tanto, mejorar la seguridad de la farmacoterapia.
- Contribuir a la racionalización del uso de los medicamentos como principal herramienta terapéutica de nuestra sociedad.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El farmacéutico asume la responsabilidad que le corresponde dentro del proceso de utilización de los medicamentos, en lo que se refiere a las necesidades de sus pacientes relacionadas con la medicación, con la finalidad de obtener de ella el máximo beneficio y el mínimo riesgo. Para ello debe mantener en las interacciones con el paciente una permanente actitud de vigilancia para la prevención, detección y resolución de los resultados negativos de la farmacoterapia, los problemas relacionados con los medicamentos, potenciales o reales.

El proceso de seguimiento farmacoterapéutico necesita la colaboración activa del paciente, verdadero responsable de la toma de decisiones sobre su salud. Es muy importante la implicación del médico de familia, responsable del seguimiento de las dolencias del paciente. El farmacéutico no realizará diagnósticos, no instaurará tratamientos ni modificará dosis o pautas, sino que, en su parcela de conocimientos y competencias colaborará con ambos, paciente y

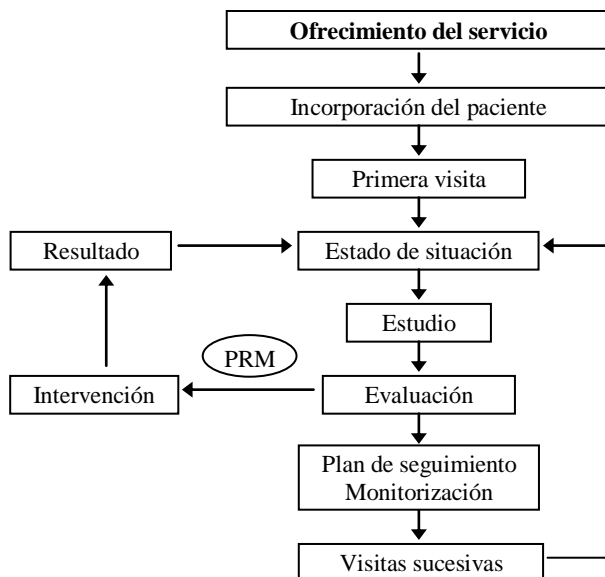


médico, con el fin de obtener los mejores resultados de los medicamentos<sup>34</sup>.

La práctica totalidad de farmacéuticos comunitarios que han incorporado el servicio de seguimiento farmacoterapéutico en sus farmacias utilizan el método Dáder<sup>35-38</sup>, desarrollado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada desde 1999 y que ha sido revisado en dos ocasiones con el fin de permitir su uso en el ámbito hospitalario<sup>39</sup> y en atención primaria<sup>40</sup>, y dotarlo de la mayor sencillez de uso posible para incrementar su operatividad y facilitar su difusión.

Se apoya en la creación y mantenimiento de la “*historia farmacoterapéutica*”, en la que se registrará todo aquello que se relacione con la utilización de los medicamentos por el paciente. Se evalúa seguidamente el estado de situación que de ambos se deduce, y como consecuencia se identifican los eventuales resultados clínicos negativos de la farmacoterapia, reflejados en PRM. Para su resolución se produce una intervención, de acuerdo con el paciente, que debe ir seguida de una evaluación de los resultados<sup>38</sup>.

**Figura 5.4: Diagrama general del proceso de seguimiento farmacoterapéutico**



Existen dos elementos esenciales, que aportan rigor, estandarización y reproducibilidad a la metodología y permiten una eficiente detección de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia o problemas relacionados con los medicamentos son<sup>34</sup>:

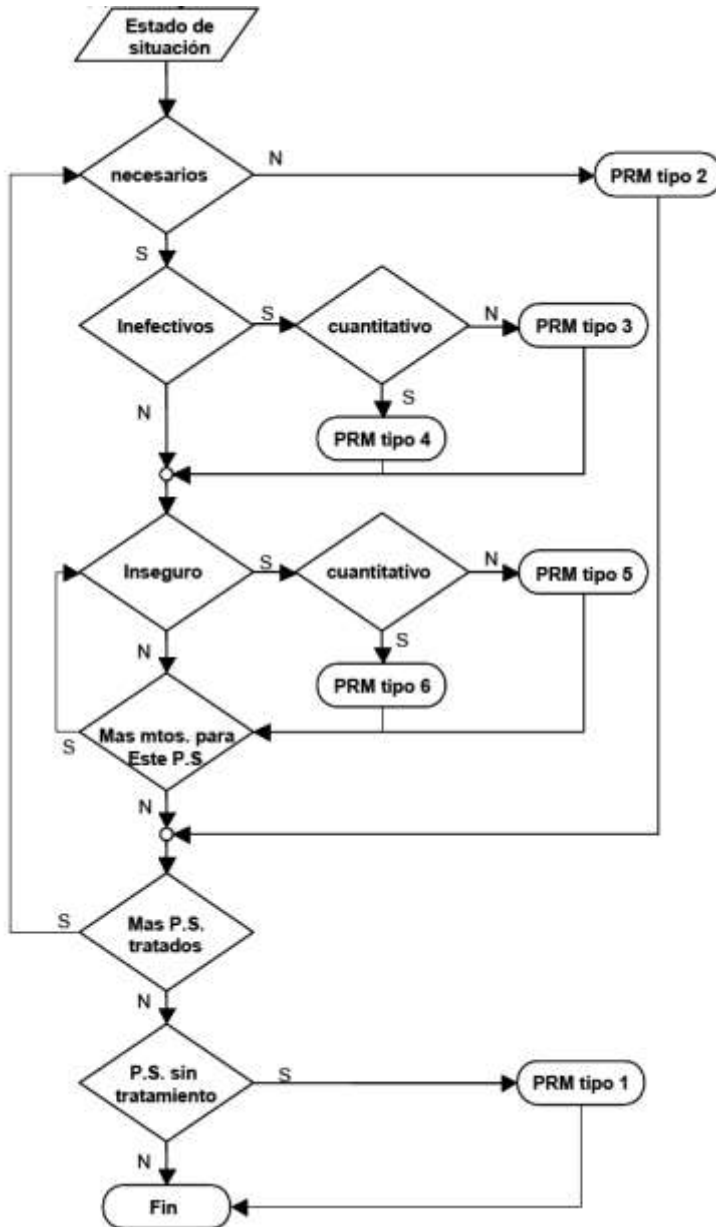
- El esquema de configuración del **estado de situación**, en el que se relacionan los problemas de salud, referidos por el paciente o detectados en el seguimiento, con los medicamentos utilizados, con datos sobre las pautas prescritas y la realmente administrada.

**Figura 5.5: Modelo de estado de situación**<sup>41</sup>

Fecha		Estado de situación				Paciente						
/ /												
SEXO:		EDAD:		IMC:		Alergias:						
PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				EVALUACIÓN		I.F		
Inicio	Problemas de Salud	Controlado	Preocupante	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta prescrita	Pauta usada	N	E	S	Sospecha	(fecha)
OBSERVACIONES:								PARAMETROS				

- La **sistemática de evaluación** de los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. Consiste en determinar si en la utilización por el paciente de los medicamentos, que debe cumplir las condiciones de ser necesaria, efectiva y segura, se están produciendo fallos que impiden alcanzar los objetivos deseados. En la actualidad, tras una reciente revisión, para su clasificación se utiliza el algoritmo que se presenta en la siguiente figura :

Figura 5.6: Algoritmo para la identificación de los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia<sup>42</sup>



Pero también es fundamental la **intervención**. El objetivo es obtener resultados en términos de mejora de salud, y por lo tanto, de nada sirve detectar la existencia de problemas si no se establece, de acuerdo con el propio paciente y, siempre que sea necesario, con su médico, una estrategia adecuada para prevenirlos o resolverlos.

La intervención farmacéutica se define como: “*el acto farmacéutico consistente en la propuesta de actuación sobre el tratamiento y/o sobre el paciente, encaminada a resolver o prevenir un resultado negativo de la farmacoterapia*”<sup>42</sup>. En un trabajo reciente se han presentado los distintos tipos y niveles de actuación que se reflejan en la siguiente tabla. Se trata evidentemente de propuestas de intervención. En los dos primeros niveles será necesario informar al médico, por formar parte de sus competencias, mientras que en el tercer nivel el farmacéutico está facultado para la intervención educativa:

**Tabla 5.1: Niveles y tipos de intervención farmacéutica en seguimiento farmacoterapéutico**<sup>43</sup>

<i>Nivel de intervención</i>	<i>Tipo de intervención</i>
<b>Sobre la cantidad de medicamento</b>	Modificar la dosis Modificar la dosificación Modificar la pauta de administración
<b>Sobre la estrategia terapéutica</b>	Añadir un medicamento (s) Retirar un medicamento (s) Sustituir un medicamento (s)
<b>Sobre la educación al paciente</b>	Disminuir el incumplimiento involuntario Disminuir el incumplimiento voluntario Educar en medidas no farmacológicas

La fase siguiente consiste en el análisis del resultado en salud del proceso, en relación a los objetivos terapéuticos específicos para el paciente, atendiendo a la definición de resultado de la WONCA<sup>44</sup>, “*cambio en el estado de salud atribuible al antecedente de la intervención sanitaria*”. Como consecuencia se generará un nuevo estado de situación que será preciso evaluar. Cipolle y col. clasificaron los diferentes estados de progresión o falta de progresión en la consecución de los objetivos<sup>45</sup>:

- *Resolución*
- *Estabilización*
- *Mejoría*
- *Mejoría parcial*
- *Ausencia de mejoría*
- *Empeoramiento*
- *Fracaso*
- *Fallecimiento*

Pero el seguimiento no termina aquí. La continuidad es una de sus características, y en cada nueva interacción con el paciente: visitas de seguimiento, indicación, dispensaciones, controles de salud, consultas, etc. se generará un nuevo estado de situación que inicia un nuevo ciclo.

El alto grado de implicación, la necesidad de una formación profunda y continuada y la asunción de responsabilidades que conlleva, hacen que la implantación del seguimiento farmacoterapéutico, pese a contribuir a obtener notables mejoras en el estado de salud de los pacientes, como veremos, no haya alcanzado todavía la generalización que exigen la trascendencia y prevalencia de los PRM, sino que tan solo algunos farmacéuticos comunitarios o grupos de farmacéuticos muy comprometidos lo han incorporado a su práctica cotidiana.

## **6. Resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. Problemas relacionados con los medicamentos**

### **6.1. Magnitud de los problemas relacionados con los medicamentos**

La esperanza de vida al nacer en España es hoy de 77 años en el hombre y de 83 en la mujer<sup>46</sup>. Las mejoras en la nutrición y los medicamentos han contribuido de manera decisiva al aumento de la calidad y las expectativas de vida de la población.

Pero su uso no está exento de riesgos. En la segunda mitad del pasado siglo varios desastres originados por los efectos adversos de varios medicamentos (sulfanilamida, talidomida) han puesto de manifiesto su trascendencia e impulsado en todo el mundo los sistemas de farmacovigilancia<sup>47</sup>. Probablemente gracias a ello se produjo la rápida detección y reacción ante los problemas más recientes originados por cerivastatina y rofecoxib, que evitaron una mayor repercusión.

No obstante, las reacciones adversas, graves o leves no son los únicos resultados negativos de la utilización de los medicamentos. Entre el 60 y el 90% de los pacientes recibe al menos una prescripción farmacológica después de la visita a un médico de Atención Primaria<sup>48</sup>. El paciente la espera, sin ella percibe el acto médico como incompleto, se siente defraudado. Pero ello no quiere decir que vaya a retirar el medicamento de la farmacia, aunque el porcentaje de retirada en nuestro país es superior al 95%, lo que no ocurre en otros donde el copago tiene mayor peso.

Tampoco es seguro que una vez retirado lo tome tal como se le ha indicado, y como consecuencia de ello, y de otros factores

relacionados con su propia respuesta, se obtenga la efectividad esperada y se alcancen los objetivos terapéuticos.

Por ello, el concepto y dimensión de problemas relacionados con la utilización y los resultados de los tratamientos farmacológicos va más allá de las reacciones adversas. Es preciso considerar también la inefectividad de los tratamientos, pues no es lo mismo la eficacia demostrada en ensayos clínicos, donde todas las variables son absolutamente controladas, que su uso en la farmacoterapia cotidiana, en cada paciente concreto, con su idiosincrasia, sensibilidad individual y grado de adherencia. Otra condición que se debe contemplar y exigir a la farmacoterapia es la necesidad del tratamiento medicamentoso. Debe existir un tratamiento para problemas de salud no tratados y no deben utilizarse medicamentos cuando no existe un problema de salud que lo requiera, lo que se produce en ocasiones por repetición inconsciente de prescripciones o por automedicación irresponsable.

Los estudios realizados en España sobre prevalencia de los problemas relacionados con los medicamentos indican cifras muy variables, pero siempre importantes. Resulta muy difícil establecer comparaciones entre ellos o extraer conclusiones globales ya que no siempre se está utilizando la misma metodología, definiciones y clasificación.

En algunos de ellos, sobre todo los realizados en el ámbito hospitalario, se utiliza el concepto de acontecimientos adversos por medicamentos (AAM), que engloba las reacciones adversas (RAM) y los errores de prescripción (EP). No suelen considerar los fallos de la farmacoterapia relativos a la efectividad, que si están incluidos dentro de los problemas relacionados con los medicamentos considerados en los estudios llevados a cabo por farmacéuticos de atención primaria y comunitarios.

En la tabla 6.1 se presenta un resumen de varios estudios. Un grupo de ellos ha sido realizado por farmacéuticos de los servicios de farmacia de hospital: algunos analizan los PRM o los AAM detectados en pacientes que acudían a los servicios de urgencias, otros los que constituían el motivo de ingreso hospitalario, y un tercer grupo los existentes en pacientes hospitalizados. Otro grupo corresponde a la detección de PRM en centros de atención primaria y durante programas de seguimiento farmacoterapéutico en farmacias comunitarias.

**Tabla 6.1: Prevalencia de PRM, porcentaje de PRM de seguridad y estimaciones de evitabilidad**

<i>Estudio</i>	<i>Prevalencia de PRM</i>	<i>Seguridad</i>	<i>Evitabilidad</i>
<u>Motivo de visita a urgencias</u>			
Otero 1999 <sup>49</sup>	2%		43%
Tuneu 2000 <sup>50</sup>	19%	54%	
Marco 2002 <sup>51</sup>	0,5%	90%	
Baena 2004 <sup>52</sup>	33%	9%	73%
<u>Motivo de ingresos hospitalarios</u>			
Climente 2001 <sup>53</sup>	23%	20%	68%
Martín 2002 <sup>54</sup>	12%	50%	68%
<u>Pacientes hospitalizados</u>			
ENEAS 2005 <sup>55</sup>	4%	86%	35%
Otero 2006 <sup>56</sup>	7%		20%
<u>Centros de salud</u>			
Chicano 2002 <sup>57</sup>	43%	40%	
Guerra 2006 <sup>58</sup>	89%	44%	
<u>Farmacia Comunitaria</u>			
Durán 1999 <sup>59</sup>	74%	8%	
Dualde 1999 <sup>60</sup>	40%	12%	
Dáder 2001 <sup>61</sup>	54%	36%	
Barris 2003 <sup>62</sup>	45%	34%	
Vázquez 2004 <sup>63</sup>	89%	29%	
Andrés Jácome 2004 <sup>64</sup>	68%	22%	
PSFDM2 2005 <sup>65</sup>	99%	3%	

El coste económico de los PRM nos da una idea también de su trascendencia para el Sistema de Salud. La mayor parte de los estudios que presentan dicha evaluación registran su impacto económico sobre el ingreso y duración de las estancias hospitalarias en el propio centro hospitalario. Así, Otero y col. calculan un coste anual debido a ingresos por PRM evitables, de 17 millones de euros<sup>56</sup>. Alonso y col. en una revisión de 22 estudios, en que 6 de ellos presentan valoraciones de impacto económico, estiman el coste medio por PRM que da lugar a ingreso hospitalario en 3750 euros<sup>66</sup>. Climente cifra en unos 360000 euros anuales<sup>53</sup>. Baena cuantifica el coste de los recursos totales debidos a atención evitable por PRM en casi 12 millones de euros<sup>67</sup>.



## 6.2. Definición y clasificación

Uno de los problemas con que nos encontramos al interpretar los datos existentes sobre la morbilidad por medicamentos es el manejo por los autores de diversos términos: acontecimientos adversos por medicamentos, efectos adversos, eventos adversos, errores de medicación, errores de prescripción, problemas relacionados con los medicamentos, resultados clínicos negativos de la farmacoterapia, etc. Algunos son sinónimos, otros representan subdivisiones de conceptos más amplios. En la actualidad en la farmacia comunitaria nos referimos a “*problemas relacionados con los medicamentos*”, entendidos como resultados clínicos negativos de la farmacoterapia, centrando el paradigma en los resultados y no en el proceso<sup>68</sup>.

Aunque el término problema relacionado con los medicamentos se viene utilizando desde hace varias décadas fueron Strand y col. en 1990<sup>69</sup> quienes establecieron una primera definición: “*Una experiencia indeseable del paciente que involucra a la terapia farmacológica y que interfiere real o potencialmente con los resultados deseados en el paciente*”. Para la existencia de PRM es condición necesaria:

- a) Que exista o sea previsible que exista un problema de salud: enfermedad, síntoma, alteración.
- b) Que el problema de salud esté relacionado con la farmacoterapia.

Proponían entonces dichos autores una clasificación de PRM, dividiéndolos en ocho categorías<sup>69</sup>.

Esta clasificación presentaba como inconveniente el que sus categorías no fuesen totalmente excluyentes lo que producía resultados dispares al analizar los diversos estudios. Los PRM, como herramienta, constituyen una unidad de medida y para conseguir su estandarización las clasificaciones deben estar formadas por categorías unívocas<sup>70</sup>.

En 1998 Cipolle, Strand y Morley publicaron una modificación que reclasificaba los PRM en siete categorías, agrupadas a su vez en cuatro supra-categorías<sup>45</sup>, y que en algunos países y ámbitos continúa siendo utilizada.

**Tabla 6.2: Clasificación de PRM según Cipolle y col.<sup>45</sup>**

<i>Necesidades de la farmacoterapia</i>	<i>PRM</i>
<b>Indicación</b>	1. El paciente presenta un problema de salud que requiere la instauración de un tratamiento farmacológico o el empleo de un tratamiento adicional. 2. El paciente está tomando una medicación que es innecesaria, dada su situación actual.
<b>Efectividad</b>	3. El paciente presenta un problema de salud para el que está tomando un medicamento inadecuado 4. El paciente presenta un problema de salud para el que toma una cantidad demasiado baja del medicamento correcto.
<b>Seguridad</b>	5. El paciente tiene un problema de salud debido a una reacción adversa a un medicamento. 6. El paciente presenta un problema de salud para el que toma una cantidad demasiado alta del medicamento correcto.
<b>Cumplimiento</b>	7. El paciente presenta un problema de salud debido a que no toma el medicamento de manera apropiada.

En 1998, el primer Consenso de Granada<sup>71</sup> establece una definición que no difiere mucho de las anteriores. PRM es un “*problema de salud, vinculado con la farmacoterapia, que interfiere o puede interferir con los resultados esperados de salud en el paciente*”. Se entiende por **problema de salud**: “*todo aquello que requiere, o puede requerir, una acción por parte de los agentes de salud, incluido el propio paciente*”. Para considerar la existencia del problema de salud deben tenerse en cuenta las siguientes condiciones:

- a) Debe ser percibido por alguno de los miembros del equipo de salud, incluido el propio paciente.
- b) Debe alejarse de lo normal o deseable.
- c) Debe afectar a la salud del paciente.

El primer Consenso de Granada modifica la clasificación de PRM de Cipolle y col. que queda reducida a seis categorías, agrupadas a su vez en tres supra-categorías: indicación, efectividad y seguridad. Se elimina el 7º PRM, el incumplimiento, porque no se considera un problema de salud, y por lo tanto un PRM, sino la causa

de un PRM, bien de infradosificación o, con menor frecuencia, de sobredosificación.

**Tabla 6.3: Clasificación de problemas relacionados con la medicación según el primer Consenso de Granada<sup>71</sup>**

<i>Necesidades de la farmacoterapia</i>	<i>PRM</i>
<b>Indicación</b>	1. El paciente no usa los medicamentos que necesita. 2. El paciente usa medicamentos que no necesita.
<b>Efectividad</b>	3. El paciente usa un medicamento que está mal seleccionado. 4. El paciente usa una dosis, pauta y/o duración inferior a la que necesita.
<b>Seguridad</b>	5. El paciente usa una dosis, pauta y/o duración superior a la que necesita. 6. El paciente usa un medicamento que le provoca una reacción adversa medicamentosa.

En el año 2002 se publicó una actualización en un segundo Consenso de Granada<sup>72</sup>. Como objetivo general se planteó revisar la definición de PRM, y su clasificación. Este segundo Consenso redefine el concepto de PRM, vinculándolo más claramente a los resultados negativos del uso de medicamentos, como “*problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados*”.

Se adopta también una nueva clasificación en la que, aparte de una nueva redacción de las descripciones de las categorías, con el fin de reafirmar su orientación hacia los resultados, tan solo se produce un cambio en el orden de las dos últimas que se justifica como la necesidad de “*mantener una secuencia de clasificación correcta*”<sup>72</sup>.

Los problemas de ineffectividad e inseguridad se definen como cuantitativos o no cuantitativos (cualitativos) en función de que exista o no una relación del problema de salud con la cantidad o magnitud del efecto producido por el medicamento.

**Tabla 6.4: Clasificación de problemas relacionados con la medicación según el segundo Consenso de Granada<sup>72</sup>**

<i>Necesidades de la farmacoterapia</i>	<i>PRM</i>
<b>Indicación</b>	1. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita. 2. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.
<b>Efectividad</b>	3. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación. 4. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación.
<b>Seguridad</b>	5. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento. 6. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

Se añaden algunas consideraciones<sup>72</sup>:

- Un medicamento es necesario cuando ha sido prescrito o indicado para un problema de salud concreto que presenta el paciente.
- Un medicamento es ineffectivo cuando no alcanza suficientemente los objetivos terapéuticos esperados.
- Un medicamento es inseguro cuando produce o empeora algún problema de salud.
- Un PRM se considera cuantitativo cuando depende de la magnitud de un efecto.

### **6.3. Causas de los PRM**

A la hora de abordar el estudio de los PRM, deben ser también analizadas y clasificadas las posibles causas que los originan, con el fin de orientar las intervenciones que conduzcan a su prevención o resolución.

Cipolle y col. en 1998<sup>45</sup> recogen una relación que se pretende exhaustiva de 43 posibles causas de PRM, aunque no se trata en realidad de una clasificación. En los registros de la intervenciones

según la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico<sup>38</sup> se establecen como posibles causas de los PRM “*interacción, incumplimiento y duplicidad*”, agrupando bajo la denominación “*ninguna de las anteriores*” a todas las demás causas posibles. La falta de especificidad de esta clasificación provoca que la mayor parte de las causas de PRM recogidas en los diferentes estudios acaben siendo clasificadas sistemáticamente en este último apartado, lo que impide una correcta interpretación<sup>73-76</sup>.

En el año 2002 nuestro grupo Berbés realizó un estudio en el que se analizaban las causas de 304 PRM encontrando que, además de las propuestas por el programa Dáder, también habían de ser tenidos en cuenta, por la frecuencia de su aparición, los problemas de salud no tratados o los no diagnosticados, los medicamentos mal seleccionados, inadecuados o no indicados, la mala utilización de los mismos, las dosis inadecuadas y las reacciones adversas a los medicamentos<sup>76</sup>.

Este estudio presentaba como principal limitación el pequeño tamaño muestral por lo que otras posibles causas de PRM podían no haber sido detectadas. Por otro lado, constituía en realidad tan solo un segundo nivel de agrupación o explicación, pero no una verdadera clasificación de causas.

Las causas de los PRM son de origen múltiple y dependientes de los distintos tipos de agentes implicados en el proceso de utilización de los medicamentos. Para Espejo y col. las causas de los PRM pueden ser<sup>77</sup>:

- Dependientes del medicamento
- Dependientes del paciente
- Dependientes del prescriptor
- Dependientes del farmacéutico
- Dependientes del sistema

La Pharmaceutical Care Network Europe ya mencionada ha desarrollado una clasificación de causas de PRM dividida en seis categorías principales que, a su vez, se subdividen en diversas subcategorías (The PCNE Classification V 5.01<sup>78</sup>). Incluye también una categoría denominada “*otros*” que resulta de nuevo más ambigua de lo deseable y otras que pueden ser superponibles.

C1. Selección de medicamento/dosis

- C2. Proceso de uso del medicamento
- C3. Información
- C4. Características del paciente/psicológicas
- C5. Logística farmacéutica
- C6. Otros

Salar y col. publicaron recientemente una nueva clasificación que parece adecuada para el manejo de los PRM y las intervenciones consecuentes, aunque el número de PRM analizados (331) es también pequeño y habrá que esperar a nuevos estudios para comprobar la exhaustividad de la clasificación<sup>79</sup>. Parten de la observación de las tres fases en el proceso de tratamiento de los problemas de salud (reconocimiento del problema, selección del tratamiento farmacológico y proceso de uso), y de las propias circunstancias del medicamento:

1. La causa está relacionada con el reconocimiento del problema.
2. La causa está relacionada con la selección del tratamiento farmacológico.
3. La causa está relacionada con el uso del medicamento.
4. la causa está relacionada solo con el medicamento.

El seguimiento farmacoterapéutico implica un compromiso en la “*detección, prevención y resolución*” de los problemas relacionados con los medicamentos, resultados clínicos negativos de su uso, tanto en los casos en que se han manifestado ya en un problema de salud que está afectando a los resultados de la farmacoterapia o a la capacidad funcional del paciente, como en aquellas circunstancias donde existe una razonable previsión de que pueden llegar a producirse, lo que se denomina “riesgo de PRM”<sup>80</sup>.

Los resultados clínicos de la farmacoterapia no siempre son positivos, los PRM son entes reales, que deberían ser reconocidos como auténticos factores de riesgo de morbilidad, al mismo nivel que el tabaquismo, la hipertensión arterial o el colesterol elevado<sup>81</sup>.

La prevención y resolución de dichas situaciones negativas que, como hemos visto, tienen una repercusión en coste de salud y en recursos muy importante para el Sistema Nacional de Salud, es el objetivo de la Atención Farmacéutica y debe convertirse en la

función específica del farmacéutico que, por preparación y situación en sus distintos ámbitos de ejercicio está en una posición excelente para desempeñar este papel.

## 7. Difusión de la Atención Farmacéutica

Con el apoyo legislativo que dotaba de base legal a las nuevas actividades que orientaban el acto profesional farmacéutico hacia el uso del medicamento por el paciente, la Atención Farmacéutica comenzó a difundirse en España entre los farmacéuticos comunitarios en los años centrales de la pasada década.

En el año 1995 Charles Hepler participaba en un seminario durante el Congreso de Ciencias Farmacéuticas de la Universidad de Alcalá de Henares. Nacen el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR) dirigido por M<sup>a</sup> José Faus Dáder, Profesora Titular de Bioquímica, los grupos Torcal y FACOAS también en Andalucía, el grupo FACOR en Madrid, LIFARA en Aragón, etc., etc.

En el 1997, bajo la presidencia de Joaquín Bonal de Falgás, se crea la Fundación Pharmaceutical Care España, que nace, en palabras del Dr. Bonal, *“con la voluntad de influir en la sociedad en general, empezando con el conjunto de profesionales farmacéuticos, para que se extienda la práctica de la Atención Farmacéutica en beneficio de una mejor atención al paciente y de un mejor servicio al Sistema de Salud”*<sup>82</sup>.

También en el año 1997 los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Madrid y Barcelona presentan sus proyectos de Atención Farmacéutica. El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, en la reunión que celebra en el mismo año el Grupo de Trabajo sobre Atención Farmacéutica en Sigüenza, comienza a apostar por esta nueva forma de práctica profesional, a la que considera el *“reto de futuro para la farmacia del siglo XXI”*<sup>83</sup>.

En nuestra Comunidad la difusión de la Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria se realizó desde los Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Las organizaciones colegiales



impulsaron la formación de grupos de trabajo y las actividades formativas, con importante participación de los centros de información del medicamento (CIM). Varios miembros del GIAF-UGR contribuyeron con su entusiasmo y capacidad comunicativa, mediante cursos de iniciación al seguimiento farmacoterapéutico, a movilizar a un buen número de farmacéuticos gallegos, que formaron numerosos grupos de trabajo, algunos de los cuales continúan hoy activos.

El I Congreso Nacional de Atención Farmacéutica celebrado en octubre de 1999 en San Sebastián marca un nuevo hito. La importante afluencia de congresistas y la presentación de 77 comunicaciones, pese a tratarse de un primer congreso y una nueva actividad, revelan que en la farmacia comunitaria se comenzaba a respirar un aire renovador<sup>84</sup>. El IV Congreso, celebrado en noviembre de 2005 en Valencia, reunió a más de 600 participantes y se presentaron 230 comunicaciones<sup>85</sup>.

En el año 2002 se creó la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC), con el deseo de constituir el referente científico para los farmacéuticos ejercientes en este ámbito. La Sección de nuestra Comunidad despliega una intensa actividad formativa e investigadora en colaboración con los cuatro Colegios gallegos y la Universidad de Santiago de Compostela.

Todos estos grupos e instituciones han puesto una gran ilusión y han hecho grandes esfuerzos, mediante la puesta en marcha de muy diversas iniciativas, para difundir la AF entre todos los farmacéuticos españoles, impulsando de manera decidida la incorporación de estas actividades a la práctica profesional diaria.

Voy a detenerme a continuación en varias de estas acciones, concretamente en tres de ellas, las que, a mi juicio, suponen un mayor esfuerzo por parte de sus promotores y, al mismo tiempo, han alcanzado una difusión más amplia en nuestro medio. Son igualmente las que de manera más intensa han influido o lo están haciendo todavía en la modificación de las anteriores rutinas y la adquisición de nuevos hábitos de actuación.

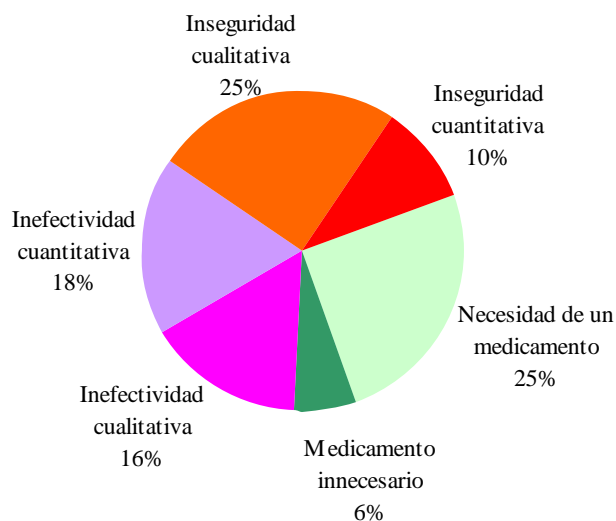
### **7.1. Programa Dáder de implantación del seguimiento farmacoterapéutico**

El método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico fue

presentado en 1999, durante el I Congreso Nacional de Atención Farmacéutica celebrado en San Sebastián. Como hemos visto, constituye el soporte metodológico para el programa Dáder de implantación de dicha actividad<sup>35-38</sup>. Se trata de un procedimiento detallado que facilita y estandariza la práctica del seguimiento farmacoterapéutico, y que se planteó con un doble carácter, de programa formativo y al mismo tiempo de implantación, basado en el principio “*aprender haciendo*”<sup>86</sup>.

La incorporación al programa de un total de 582 farmacéuticos comunitarios de 406 farmacias, con 4654 pacientes en seguimiento, y casi 11000 intervenciones, como consecuencia de la detección de PRM, ha demostrado su aplicabilidad a la práctica profesional, consiguiendo resolver problemas de salud en pacientes que sufren fallos en la farmacoterapia<sup>87</sup>. Los PRM detectados se distribuyen de la siguiente manera:

**Figura 7.1: Distribución de los PRM detectados en el Programa Dáder**



En la última presentación de resultados, en el 4º Simposio de Resultados del Programa Dáder celebrado en Sevilla (2004)<sup>87</sup> se mostró que la actuación del farmacéutico puede contribuir a la resolución del 75% de los PRM. Las correspondientes intervenciones

fueron aceptadas en un 85% de las ocasiones y no lo fueron tan solo en un 15%.

## **7.2. Plan estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica**

El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, junto con los Colegios Provinciales, puso en marcha a partir de 2002 el Plan Estratégico de Atención Farmacéutica, con la finalidad de difundir y extender la práctica de la Atención Farmacéutica entre el colectivo profesional, de manera que se consiga un modelo homogéneo y eficaz, que pueda ser percibido como tal por el usuario y el conjunto de la sociedad<sup>88</sup>.

Se asume el Documento de Consenso y se plantean objetivos coincidentes con las demás iniciativas: contribuir junto con los demás profesionales sanitarios a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a la racionalización en el uso de los medicamentos, favoreciendo el papel del farmacéutico como informador del medicamento y la comunicación multidisciplinar con el equipo de salud.

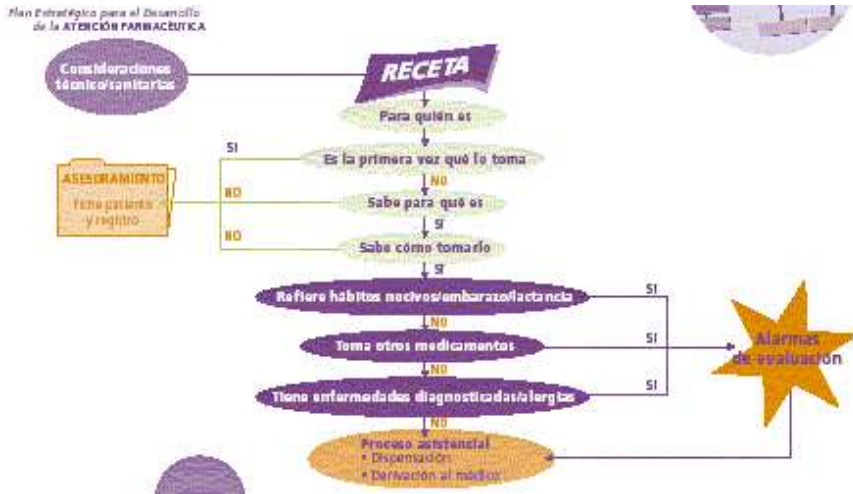
El Plan Estratégico se apoya en:

- Una completa base de datos del conocimiento sanitario (BOT PLUS), que aporta la información necesaria para sustentar las actuaciones.
- El Plan Nacional de Formación Continuada
- La coordinación colegial y el apoyo de los centros de información del medicamento (CIM).

Las acciones desarrolladas pretenden abarcar las tres actividades básicas de Atención Farmacéutica: indicación farmacéutica, dispensación de medicamentos y seguimiento farmacoterapéutico. En cada una de ellas se desarrollan al mismo tiempo acciones de Educación para la Salud.

La metodología es similar en todas ellas y su participación está acreditada por el Sistema Nacional de Formación Continuada.

**Figura 7.2: Diagrama de flujo de la dispensación activa de estatinas<sup>89</sup>**



Los farmacéuticos inscritos reciben un material formativo que incluye la revisión de la patología y del tratamiento farmacológico y no farmacológico correspondiente a la actividad, protocolos de actuación en la atención a los pacientes, documentación para registro de las actuaciones o instrucciones para realizarla mediante el BOT PLUS, y material educativo para apoyarlas.

Hasta ahora se han realizado las siguientes acciones:

**Tabla 7.1: Acciones del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica<sup>89</sup>**

<i>Denominación</i>	<i>Año</i>	<i>Inscritos</i>	<i>Registros</i>	<i>Inscritos en Galicia</i>	<i>Registros en Galicia</i>
Dispensación activa de estatinas	2004	4293	8420	425	390
Indicación farmacéutica en deshabitación tabáquica	2005	4230	1251	329	10
Indicación farmacéutica en resfriado	2005	5200	4844	390	292

El próximo mes de octubre se pondrá en marcha una nueva actividad de seguimiento farmacoterapéutico de pacientes hipertensos y dispensación activa de dos grupos de antihipertensivos: IECA y ARA II

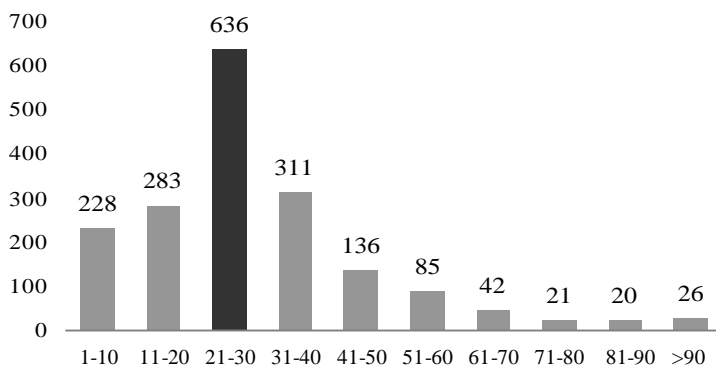
### 7.3. Programa Nacional de Atención Farmacéutica sobre el Uso Racional de Antibióticos

Iniciativa de la Fundación Pharmaceutical Care España, con la colaboración de Correo Farmacéutico y el aval de la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad, se puso en marcha en el otoño de 2004, con el objetivo de fomentar la práctica de la dispensación activa de antibióticos por vía oral evitando la automedicación con este grupo de fármacos y prevenir la aparición de problemas relacionados con los medicamentos, corrigiendo los que se detectaran<sup>90</sup>.

Tras un período formativo cuyo material, base de datos de antibióticos y material educativo para los pacientes, fue publicado en Correo Farmacéutico y también estaba disponible en su página Web, se dio paso al período de las actuaciones de los farmacéuticos inscritos. Consistió éste en cuatro semanas, una en cada estación, desde diciembre de 2004 hasta julio de 2005.

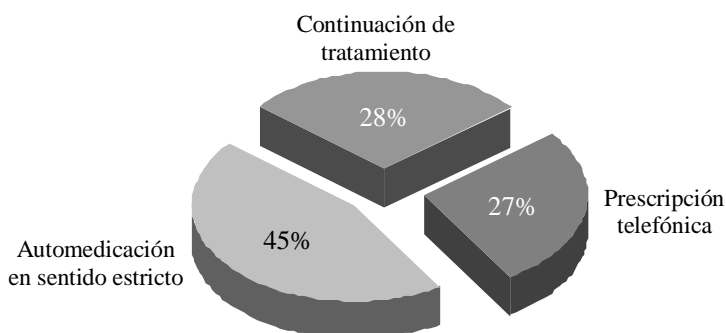
Los participantes seguían un protocolo de dispensación de antibióticos tanto para las solicitudes con receta (dispensación activa) como sin ella (evitación de la automedicación). Se registraban las circunstancias de la solicitud y la intervención realizada.

**Figura 7.3: Distribución del número de intervenciones por farmacéutico**



Se inscribieron 2304 farmacéuticos de 1285 farmacias, enviaron datos 1788 farmacéuticos de 971 farmacias, que registraron 52.902 casos válidos, resultando una media de casi 30 intervenciones por farmacéutico, estimándose mediante controles de calidad aleatorios que se registró aproximadamente el 35% de las dispensaciones.

**Figura 7.4: Distribución del motivo de las peticiones de antibióticos sin receta**



El 23% de las peticiones se realizó sin receta, de ellas 28% para continuación de tratamiento, 27% prescripción telefónica y 45% automedicación en sentido estricto. Estos resultados coinciden exactamente con los obtenidos por nuestro grupo en un estudio con un diseño similar del año 2001 (55% prescripción incompleta y telefónica y 45% automedicación)<sup>91</sup>.

En siete casos de cada diez el solicitante de antibiótico sin receta aceptó la intervención del farmacéutico en el sentido de la derivación al médico (35,1%) o bien la indicación alternativa de un medicamento EFP (33,9%).

En un 34% de las solicitudes de dispensación con receta se observaron carencias de información que, si no se hubieran subsanado mediante la intervención, habrían conducido a un uso incorrecto del antibiótico.

En un 9% de los casos se detectaron PRM, de los que se consiguió resolver 7 de cada 10.

Se valoró como muy positivo el alto grado de aceptación por el paciente de la intervención en la demanda de antibiótico sin receta y el papel del farmacéutico en la mejora de la utilización de estos fármacos mediante procedimientos de dispensación activa<sup>92</sup>.

A la vista de los resultados obtenidos en las tres iniciativas descritas resulta evidente que la farmacia comunitaria es capaz de incorporar la práctica de la AF a la atención cotidiana a sus usuarios, y que mediante dicha incorporación se consigue mejorar de manera considerable el uso adecuado y racional de los medicamentos. Son mejoras en el proceso asistencial que lógicamente deben redundar en beneficios para su salud y calidad de vida.

Pero hay otro aspecto que es necesario también analizar, se trata del alcance real de dichas acciones en la difusión de los conceptos y en la implantación de las nuevas prácticas de atención personalizada.

En el Plan Estratégico para el Desarrollo de la AF del CGCOF, la relación entre farmacéuticos inscritos y registros de intervención enviados es muy reducida, lo que indica que un gran número de inscritos no participaron realmente en la actividad, sino tan solo en la acción formativa acreditada.

La desproporción no se manifiesta en las mismas dimensiones en el Programa Nacional sobre el Uso Racional de Antibióticos, en la que enviaron datos el 78% de los farmacéuticos inscritos, pero el número de farmacias que participaron (971), con ser una cifra importante, no alcanzó el 5% del total.

En cuanto al Programa Dáder de implantación del SFT, se trata de una actividad mucho más comprometida, que requiere una implicación continuada, una formación metodológica y unas habilidades comunicativas obtenidas solamente mediante un profundo entrenamiento. Su realización en algo más de 400 farmacias (el 2% de las existentes en nuestro país), con casi 5000 pacientes en seguimiento supone un grado de implantación muy positivo, pero que no puede ser considerado un punto final, un objetivo cumplido, sino, tan solo, la constatación de que su inclusión dentro del conjunto de servicios asistenciales que la farmacia comunitaria debe prestar es factible y permite prevenir, detectar y resolver los resultados clínicos negativos de la utilización de los medicamentos.

## **8. Eficacia de la Atención Farmacéutica**

### **8.1. Necesidad de investigación**

Hemos revisado en el anterior apartado varias iniciativas de difusión e implementación de diversas actividades de AF. Todas ellas tienen al mismo tiempo un componente formativo que facilita la adquisición de conocimientos concretos y el desarrollo de habilidades específicas para su ejecución.

La evaluación de resultados está orientada en todos ellos a medir fundamentalmente los errores y las intervenciones sobre los procesos de utilización de los medicamentos. En ninguno de ellos la metodología permitía inferir de manera directa beneficios en el estado de salud de los pacientes. Si bien en el programa Dáder se registraban resultados en términos de resolución de PRM, que correspondían a mejoras de los problemas de salud con ellos relacionados, no se cuantificaban de manera explícita.

La incorporación de nuevos servicios a la práctica farmacéutica, en especial los que pueden tener una repercusión, que se espera beneficiosa, sobre el estado de salud de los usuarios, debe ser evaluada cuidadosamente con el fin de comprobar que aportan mejoras reales.

Desde las primeras fases de la difusión de la Atención Farmacéutica en España se planteó la necesidad de realizar estudios amplios, diseñados según protocolos de investigación similares a los ensayos clínicos (ensayos clínicos de intervención no farmacológica), o bien estudios observacionales, con diseño riguroso, que permitiesen cuantificar por un lado la modificación en el estado de salud, y por otro lado demostrar que esa modificación era debida a la intervención del farmacéutico<sup>48,93,94</sup>.



En la actualidad hay ya numerosos trabajos que demuestran que la práctica de la Atención Farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico es posible utilizando las pautas metodológicas existentes. Aunque no siempre hay coincidencia en aspectos como las definiciones o la metodología y el uso de diferentes clasificaciones de PRM, de acceso a la información o de integración en el equipo de salud puede llevar a resultados no comparables<sup>95</sup>, éstos se están ya obteniendo y difundiendo.

## **8.2. Investigación sobre Atención Farmacéutica en la farmacia comunitaria**

La difusión de la práctica de la Atención Farmacéutica entre los farmacéuticos comunitarios españoles estimuló el interés individual y también condujo a la formación de grupos de trabajo e investigación, algunos impulsados por las Universidades en programas de doctorado o de formación de postgrado, y otros por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos que comenzaron a realizar estudios en los que se evaluaban las nuevas actividades y servicios de Atención Farmacéutica.

Una parte fundamental de la investigación es la comunicación y difusión de los resultados. Éstos se presentaban inicialmente en revistas de ámbito hospitalario, donde ya existía una tradición investigadora, o sanitario general (Farmacia Clínica, Revista Española de Salud Pública), al no haber medios de difusión específicos.

En un trabajo de próxima publicación realizado por nuestro grupo hemos analizado la actividad científica de los farmacéuticos comunitarios en España entre 1995 y 2005. Se revisaron artículos originales en diversas bases de datos y en dos fuentes primarias, Pharmaceutical Care España y Seguimiento Farmacoterapéutico.

La evolución del número anual de artículos de investigación en farmacia comunitaria experimenta un crecimiento exponencial en los últimos años. La aparición de las revistas ya mencionadas: Pharmaceutical Care España en 1999 y Seguimiento Farmacoterapéutico en 2003, que engloban el 80% de los trabajos publicados, puede tener relación con el notable incremento de artículos en dichos años, lo que muestra su importancia como

vehículo difusor de la investigación realizada en la farmacia comunitaria en nuestro país.

En este trabajo se observa una producción baja en relación con la existente en otros ámbitos con mayor experiencia en la investigación científica, como la farmacia hospitalaria.

La comunidad autónoma con mayor producción científica en farmacia comunitaria es Andalucía, con un 27% de los trabajos, seguida de Galicia, Comunidad Valenciana y Madrid, cada una con un 10% del total.

En un estudio sobre investigación en Atención Farmacéutica a nivel mundial en los últimos 5 años<sup>93</sup>, España ocupa un lugar destacado, tan solo por debajo de EE.UU., al mismo nivel que Gran Bretaña y por encima de países como Francia, Italia o Alemania

Menos del 2% de los estudios realizados son experimentales, controlados y aleatorizados. Este hecho es señalado también en el artículo de Rangel y col.<sup>93</sup> sobre el estado actual de la investigación en AF en el que se recoge como conclusión más relevante la falta de calidad de los estudios publicados.

La Atención Farmacéutica en la farmacia comunitaria necesita más estudios de este tipo, pues son los que proporcionan un mayor grado de evidencia de la repercusión positiva de las intervenciones farmacéuticas sobre la salud de los pacientes.

Vamos a ver a continuación una selección de tres trabajos realizados en España, en el ámbito de la farmacia comunitaria, dos de ellos posteriores a la publicación del anteriormente citado<sup>93</sup>, y por lo tanto no recogidos en él, que están diseñados y desarrollados con el máximo rigor metodológico.

### **8.3. Estudio TOMCOR<sup>96</sup>**

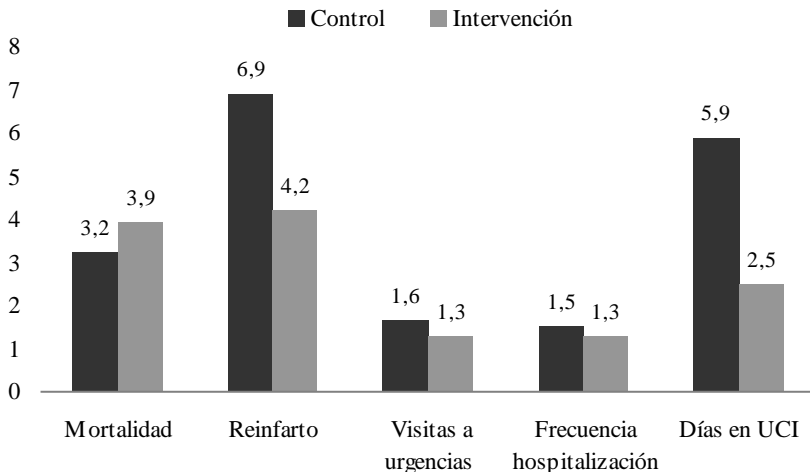
El primer trabajo realizado en España con evaluación de resultados clínicos aplicando la práctica de la AF fue el estudio TOMCOR, de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes que habían sufrido un episodio coronario agudo<sup>96</sup>, coordinado por varios farmacéuticos y médicos de la Red Española de Atención Primaria (REAP) y la Universidad de Oviedo.

Se diseñó como un estudio prospectivo de intervención

aleatorizado y controlado. Como hipótesis de trabajo se planteó que la AF mejoraría los resultados de salud de la población que la recibe, Se analizó la diferencia entre los grupos en cuanto a mortalidad, reinfarto, consultas a demanda y urgencias, conocimiento de los factores de riesgo de la enfermedad coronaria, de los medicamentos utilizados y mejora de calidad de vida.

Participaron en él 83 farmacias de varias provincias españolas, que incorporaron al ensayo a 735 pacientes, 405 al grupo control (GC) y 330 al grupo intervención (GI), de los que finalizaron el estudio 600 (333 GC y 267 GI).

**Figura 8.1: Resultados de los indicadores clínicos en el estudio TOMCOR<sup>96</sup>**



No hubo diferencias significativas en el número de fallecimientos entre ambos grupos, tampoco en el de reinfartos pese a existir una diferencia considerable (4,2% en el GI frente a 6,9% en el GC). Sí se constataron diferencias significativas en la utilización de los servicios sanitarios considerados indicadores de morbilidad: promedio de visitas por paciente a los servicios de urgencia hospitalarios y promedio de días de UCI por paciente hospitalizado por causa cardiológica,

También se alcanzó significación estadística en la mejora de la calidad de vida percibida en la dimensión de la función física, y mejoras no significativas en otras 4 dimensiones. En lo que se refiere

al conocimiento sobre los factores de riesgo de la enfermedad coronaria, se obtuvieron mejoras significativas en el GI en cuanto a que el tabaco, la hipertensión arterial y la obesidad son factores de riesgo para dicha enfermedad.

#### **8.4. Estudio sobre el impacto de un servicio de Atención Farmacéutica en personas asmáticas<sup>97</sup>**

Realizado en el año 2000, sus autores lo definen como un estudio de intervención comunitaria, con diseño de ensayo cuasi-experimental multicéntrico controlado, y medición de las variables respuesta antes y después de un período de observación de 9 meses.

Participaron 37 farmacias, de las que 20 pertenecían al grupo intervención y 17 al grupo control situadas en las provincias de Madrid (el 70%), Guadalajara, Jaén y Cuenca. Se incorporaron pacientes con diagnóstico de asma bronquial que utilizaban medicación antiasmática y que dieron su consentimiento informado.

La intervención en el grupo correspondiente consistió en:

- Educación sanitaria mediante la entrega del folleto “Hablemos del asma” y un video educativo, entrega de un medidor de flujo espiratorio máximo (FEM) y un “Diario del asmático” para registro del FEM, síntomas, medicación, etc. Revisión con el paciente de la técnica inhalatoria.
- Vigilancia y refuerzo de la utilización correcta de los medicamentos. Detección y resolución de los problema relacionados con los medicamentos.

En el grupo control se llevó a cabo el servicio farmacéutico habitual, con información y educación sanitaria solamente a demanda de los pacientes.

Se incorporaron 210 pacientes asmáticos de los que 45 (el 21%) no concluyeron el estudio, quedando 96 en el GI y 69 en el GC. Los resultados mostraron el beneficio conseguido en el grupo intervención con el servicio de AF en las farmacias. La calidad de vida relacionada con la salud mejoró significativamente 0,81 puntos en los adultos (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ) y 0,82 en los pacientes pediátricos (Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire, PAQLQ). Se produjo un descenso significativo en el

número medio de signos de mal control de asma desde 2,72 hasta 1,15 (escala de 10 signos de mal control del asma del National Heart, Lung and Blood Institute, NHLBI). El uso de recursos sanitarios disminuyó aunque no significativamente en relación al GC.

## 8.5. Estudio PSFDM2<sup>66</sup>

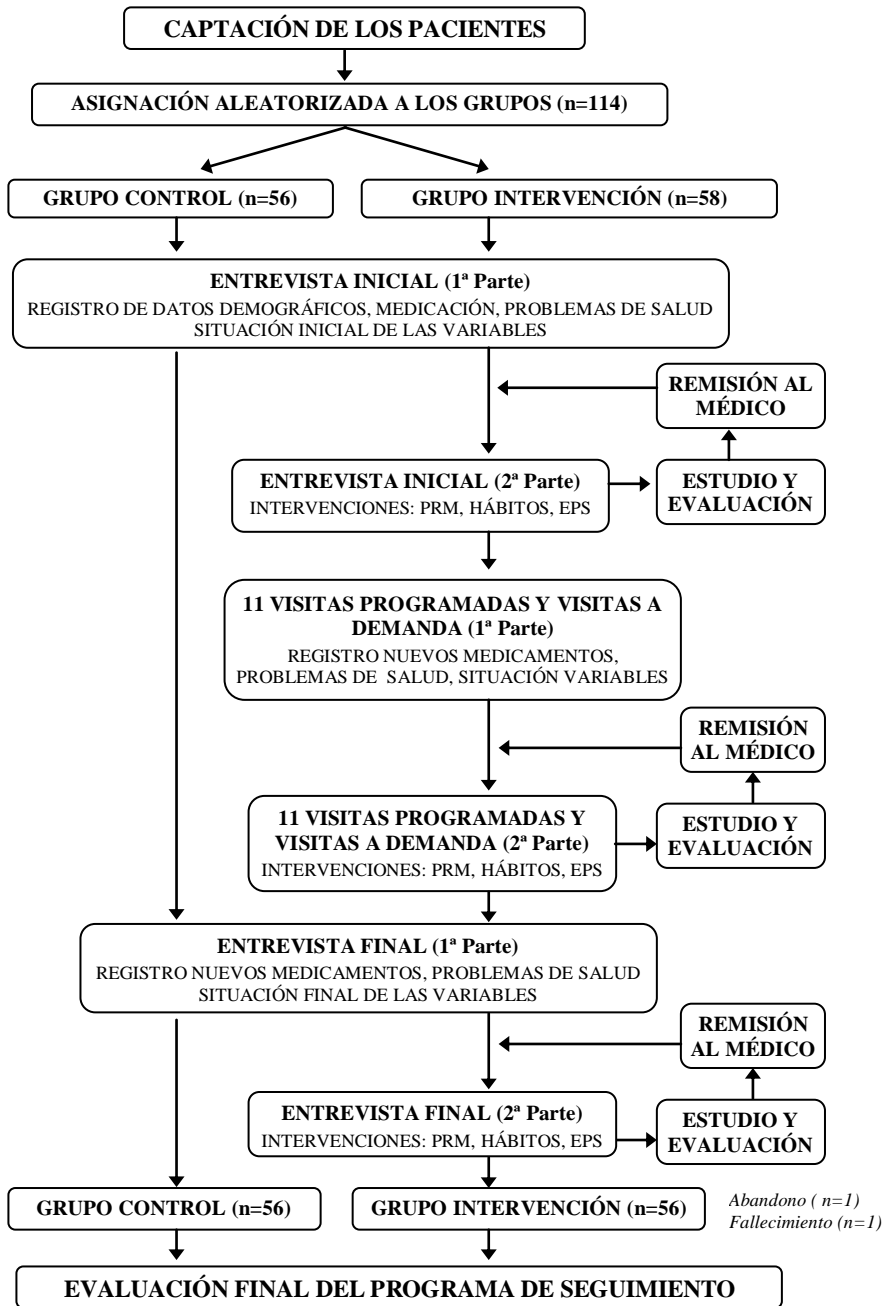
La población diabética tipo 2 supone un porcentaje importante de los enfermos crónicos atendidos en las estructuras de la Atención Primaria de Salud. La morbimortalidad de las complicaciones y patologías asociadas, las dificultades para el uso de los medicamentos y la comprensión de las pautas y medidas de estilo de vida saludable, al tratarse de enfermos de edad avanzada y polimedicados, llevaron a nuestro grupo de trabajo a considerar que la dispensación “habitual” no era suficiente, sino que se necesitaba una mayor implicación del farmacéutico en la utilización y resultados de la farmacoterapia.

Nos planteamos, pues, como hipótesis de trabajo la consecución de una mejoría evaluable en el estado de salud de estos pacientes mediante su incorporación a un **programa de seguimiento farmacoterapéutico** por el farmacéutico comunitario (PSFDM2).

Para ello elegimos una serie de indicadores clínicos como variables de investigación: hemoglobina glicosilada (HbA1c), glucemia basal, perfil lipídico, cociente albúmina/ creatinina, tensión arterial, índice de masa corporal (IMC). Eran también objetivos y, al mismo tiempo, variables de proceso: la prevención, detección y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) que pudieran presentarse durante el seguimiento, y la valoración del grado de mejora en el conocimiento de la enfermedad y sus complicaciones. Queríamos analizar también si se podría comprobar una relación entre la resolución de los PRM detectados y la mejoría de los parámetros indicadores de salud.

El trabajo se diseñó como un estudio de intervención prospectivo, multicéntrico, controlado y aleatorizado y se realizó desde febrero de 2003 hasta marzo de 2004. Participaron 25 farmacéuticos en 14 farmacias comunitarias de la provincia de Pontevedra, 2 situadas en zona rural, 4 semi-urbana y 8 en zonas urbanas, representativas de la localización de las farmacias gallegas, y se incorporaron 112 pacientes (56 en cada grupo).

**Figura 8.2: Esquema general del programa de seguimiento**

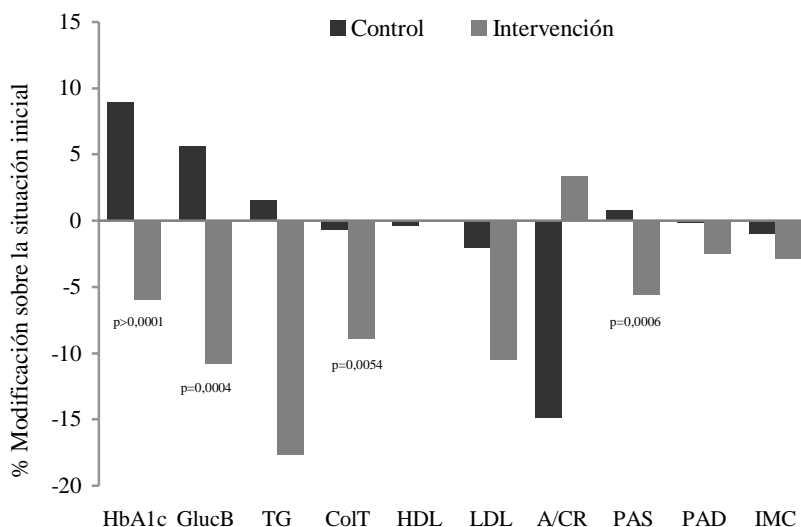


El proceso de seguimiento farmacoterapéutico se realizó según la metodología Dáder. La intervención farmacéutica se orientaba a la detección de los PRM existentes o ante el riesgo de su aparición, con el fin de lograr su resolución o prevención. En los casos que era precisa la intervención del médico por formar parte de sus competencias profesionales (instauración o retirada de tratamientos, modificaciones de dosis o pautas, adición de nuevos medicamentos, etc.), se le remitía un informe para su valoración.

Se hizo especial hincapié en las intervenciones en materia de EpS, verbales y mediante entrega de información escrita, que el grupo elaboró, conducentes a lograr estilos de vida saludables (alimentación, ejercicio, tabaquismo), hábitos higiénicos (cuidado de los pies, boca, revisiones periódicas), y mejorar el conocimiento de la enfermedad y los medicamentos.

La mejoría en el estado de salud de los pacientes se reflejó en la positiva evolución de los indicadores clínicos. El descenso relativo de HbA1c fue de 1,2%, la glucemia basal media se redujo en 26,6 mg/dl, el colesterol total en 19 mg/dl y el colesterol LDL lo hizo en 12 mg/dl. Todos ellos son estadísticamente significativos.

**Figura 8.3: Modificaciones sobre la situación inicial de las variables metabólicas**



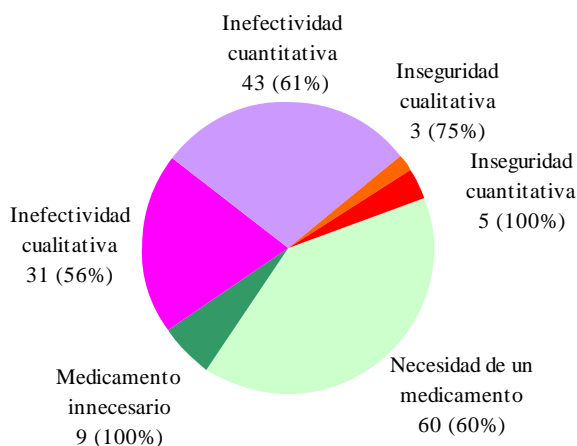
El número de pacientes que llegaron a cumplir los objetivos de la American Diabetes Association (ADA)<sup>98</sup>, es decir, que alcanzaron objetivos de control metabólico, aumentó en el grupo intervención al final del estudio:

**Tabla 8.1: Variación del número de pacientes que cumplen los objetivos de la ADA<sup>98</sup>**

Variable	<i>Grupo intervención n (%)</i>	
	Inicial	Final
HbA1c <7%	11 (20%)	19 (34%)
Glucemia basal <130 mg/dl	14 (25%)	20 (36%)
Triglicéridos <150 mg/dl	34 (61%)	40 (71%)
LDL colesterol <100 mg/dl	8 (14%)	18 (32%)
PAS <130 mmHg	15 (27%)	18 (32%)
PAD <80 mmHg	25 (45%)	33 (59%)

Se consiguieron también mejoras en el estilo de vida, con diferencias significativas en el cumplimiento de la dieta y las horas de ejercicio. Hay también una mejora global significativa en el conocimiento sobre la enfermedad y la medicación (12,6±5,9 inicial, y 17,9±3,7 final, p<0,0001), y una reducción en el número de fallos de cumplimiento (0,6±0,9 inicial pasa a 0,2±0,5 final, p<0,0001).

**Figura 8.4: Distribución de los PRM resueltos en el grupo intervención y porcentaje sobre el total de los detectados**





En el grupo intervención se registraron 244 PRM (153 al inicio y 91 durante el proceso de seguimiento). De ellos se resolvieron 151, el 62%. En el grupo control se detectaron 144 PRM al comienzo del programa y 176 al final.

Se encontró una relación significativa entre la mejora de varios parámetros: estilo de vida (dieta, ejercicio), conocimiento sobre la enfermedad y los medicamentos y cumplimiento de la terapia farmacológica y el descenso de los valores de hemoglobina glicosilada. Se analizó igualmente la relación entre la resolución de los PRM encontrados en los pacientes y la reducción de los valores de HbA1c, resultando una alta significación estadística.

El trabajo ha sido presentado en marzo de 2006 como tesis doctoral en la Universidad de Vigo<sup>66</sup> y se ha difundido en diversas comunicaciones y publicaciones<sup>99-102</sup> pues creemos que puede contribuir, junto con los demás que en este apartado hemos revisado, a satisfacer esa demanda de investigaciones rigurosas que se exige a la AF para probar su efectividad.

Como hemos visto en este breve resumen de algunos estudios realizados en España (existen muchos otros realizados por equipos de investigación en numerosos países) la provisión de servicios de Atención Farmacéutica, especialmente en el contexto del seguimiento farmacoterapéutico, permite probar los beneficios objetivos en mejora de salud de los pacientes a los que le son suministrados, más allá de resultados intermedios de resolución de problemas o fallos de proceso.

Se puede empezar a hablar ya de la eficacia y la efectividad de la Atención Farmacéutica, aunque queda mucho trabajo por hacer, entre otros en el campo de la eficiencia, valoración de costes y beneficios económicos, mejora de calidad de vida y resultados del trabajo en equipo con los médicos de atención primaria y en colaboración con los servicios de farmacia de los demás niveles asistenciales.

## 9. Perspectivas de futuro

El futuro de la Atención Farmacéutica en la farmacia comunitaria española va a estar condicionado por distintos acontecimientos, algunos de los cuales ya hemos apuntado: evolución de la sociedad en cuanto a demografía y nivel educativo, mayores exigencias a los profesionales, emergencia y trascendencia de la morbilidad originada por los problemas relacionados con el uso de los medicamentos, etc., pero también nos vamos a encontrar con algunos otros que se están produciendo ya o se van a producir en los próximos tiempos.

### 9.1. Ley de garantías de uso racional de los medicamentos y productos sanitarios<sup>103</sup>

Por muchos motivos la nueva “*ley del medicamento*” era esperada con expectación, entre otros por quienes deseaban ver reconocida de manera aún más explícita la filosofía de la Atención Farmacéutica y reflejada en un texto legal que enriqueciera el papel y las funciones del farmacéutico, arrojando esa asunción de responsabilidades en el entorno de la farmacoterapia en un marco que estimulase definitivamente su desarrollo e implantación.

Algún medio de comunicación saludaba la publicación de la ley que “*potencia la atención farmacéutica al llevar a cabo una regulación expresa de la misma por primera vez en nuestro país*”. Una lectura atenta del texto publicado en el BOE, en los aspectos que se refieren a actividades de Atención farmacéutica, no confirma tales expectativas.

Si bien en la exposición de motivos hay un explícito reconocimiento de la importancia esencial del “*trabajo que los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios realizan en los*

*procedimientos de atención farmacéutica ... ya que asegura la accesibilidad al medicamento ofreciendo, en coordinación con el médico, consejo sanitario, seguimiento farmacoterapéutico y apoyo profesional a los pacientes”* (Exposición de motivos, I), extraña la mención anterior ya que desconozco qué otros profesionales sanitarios realizan “*procedimientos de atención farmacéutica*”. Por otro lado, este reconocimiento no se plasma en competencias o capacidades concretas. La limitadísima capacidad de elección del medicamento genérico en la dispensación impide, una vez más, una racionalización de dicho mercado y ofende al sentido común.

En la parte dispositiva se dedica una especial y, sin duda, justificada atención a la farmacovigilancia, actividad en la que, como ahora, estamos obligados a colaborar todos los profesionales sanitarios (Capítulo VI).

En el articulado del Título VI, dedicado al uso racional de medicamentos de uso humano, se incluye el seguimiento farmacoterapéutico entre las funciones de los servicios o unidades de farmacia de atención primaria y de los farmacéuticos en las oficinas de farmacia (no se utiliza en ningún momento la denominación “*farmacia comunitaria*”):

Artº 84.1 En las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente.

Esta mención a la “*dispensación informada al paciente*” es la única que parece hacer referencia a la “*dispensación activa*” una de las actividades que el Documento de Consenso recoge dentro de las de Atención Farmacéutica.

El seguimiento farmacoterapéutico es citado en los apartados ya señalados y también, en términos similares, en: Exposición de motivos VIII, Artículo 77.5 y también en el Artículo 82.2.g, al señalar entre los cometidos de las unidades o servicios de farmacia

hospitalaria el “*colaborar con las estructuras de atención primaria y especializada de la zona en el desarrollo de las funciones señaladas en el artículo 81*”, que incluyen el “*establecimiento de un sistema para el seguimiento de los tratamientos a los pacientes*”.

La otra actividad incluida por el Documento de Consenso dentro de las que forman parte de la Atención Farmacéutica, la “*consulta o indicación farmacéutica*” no es tratada de manera explícita en el texto legal. Las diversas menciones a la dispensación de medicamentos que no precisan receta médica atribuyen al farmacéutico un papel de simple auxiliar del usuario en la automedicación. Se califican como “*medicamentos no sujetos a prescripción médica*” aquellos que “*... puedan ser utilizados para el autocuidado de la salud, mediante su dispensación en la oficina de farmacia por un farmacéutico, que informará, aconsejará e instruirá sobre su correcta utilización*” (Artículo 19.4). Se minusvalora así la importante contribución que la farmacia y el farmacéutico comunitario realizan en este aspecto a la salud de los ciudadanos y a la racionalización en el uso de los recursos del Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, y teniendo en cuenta que la mayor parte de los medicamentos que no precisan prescripción médica se dispensan en la farmacia como respuesta a una consulta sobre un problema leve de salud y no a demanda de un medicamento concreto, este tipo de medicamentos debería haberse denominado “*de indicación farmacéutica*”.

## **9.2. Receta electrónica**

El desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones caracterizan el entorno que se ha venido en llamar “*Sociedad de la Información*”. Las posibilidades de inmediatez, intercomunicación y manejo de la información han hecho que todas las Comunidades Autónomas se hayan planteado su aplicación a los procesos relacionados la asistencia sanitaria a la población. Los distintos proyectos de receta electrónica se enmarcan dentro de programas más amplios de “*sanidad en línea*”, que abarcan servicios como:

- Tarjeta sanitaria individual
- Historia clínica informatizada

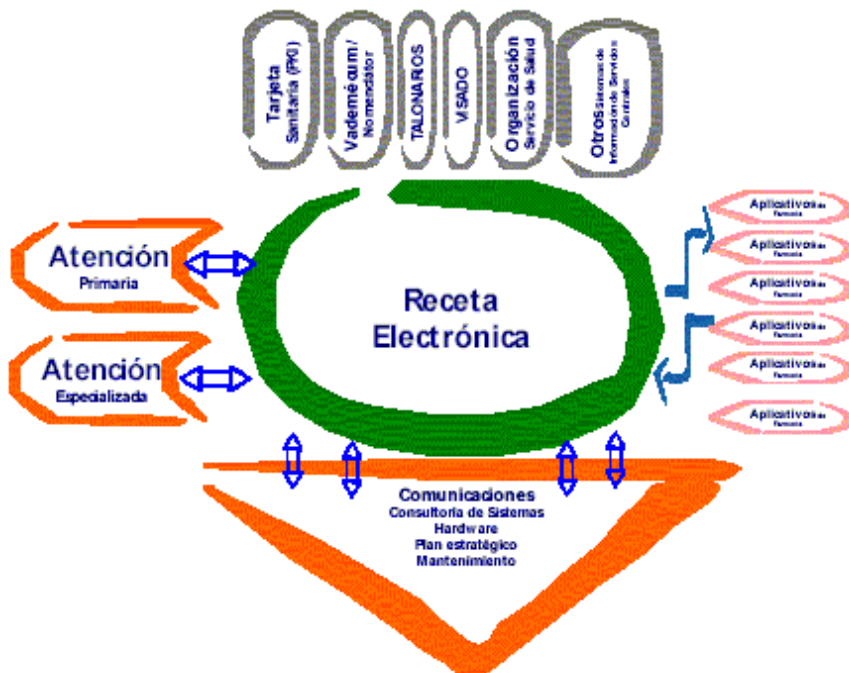
- Digitalización de pruebas diagnósticas
- Cita médica por Internet
- Receta electrónica

La receta electrónica se ha descrito como<sup>104</sup> la automatización, haciendo uso de las nuevas tecnologías de la información y las telecomunicaciones, de:

- El proceso de prescripción, control y dispensación de medicamentos (ciclo clínico) y
- El proceso administrativo de facturación al Servicio de Salud de las dispensaciones realizadas (ciclo administrativo).

El ministerio de Ciencia y Tecnología, en la Memoria para la contratación del proyecto “Nuevas funcionalidades de receta electrónica II en las comunidades autónomas”<sup>105</sup> incluye en el siguiente gráfico los sistemas de información afectados y a integrar:

**Figura 9.1: Esquema del escenario de la receta electrónica<sup>105</sup>**



El sistema desarrollado por las diversas Comunidades Autónomas presenta importantes diferencias que será preciso armonizar para asegurar la igualdad de acceso a las prestaciones sanitarias y específicamente farmacéuticas por parte de los pacientes en todo el territorio nacional, tal como garantiza la Constitución y las Leyes.

En estos momentos se encuentra en período de pilotaje amplio o implantación progresiva en Andalucía, y de pilotaje en áreas muy reducidas en Cataluña y el País Vasco. En este otoño del 2006 tienen previsto iniciar el pilotaje las Comunidades de Extremadura, Castilla-La Mancha, Baleares y Canarias.

En Galicia, la receta electrónica es contemplada ya en el vigente “*Concerto para a prestación farmacéutica polas oficinas de farmacia*”, firmado por el anterior Conselleiro de Sanidade y los Presidentes de los cuatro Colegios de Farmacéuticos gallegos el 30 de septiembre de 2004<sup>106</sup>. En su cláusula adicional primera se prevé la constitución de una comisión técnica por el Servizo Galego de Saúde y los Colegios para determinar las condiciones y requisitos para las conexiones con las oficinas de farmacia, así como las características de la dispensación, la metodología para la grabación de datos y el proceso de facturación.

Las dos fases fundamentales del proceso, desde la óptica de la utilización de los medicamentos, se pueden esquematizar de la siguiente manera:

1. **Prescripción:** El paciente acude al centro de salud donde el médico, mediante su tarjeta sanitaria (TIS), accede a su historia clínica de la que forma parte la historia farmacoterapéutica. Una vez atendida la consulta, el médico introduce las observaciones correspondientes en la historia, incluyendo las prescripciones que considere oportuno, que, en el caso de un tratamiento crónico, serán las necesarias hasta la próxima visita de evaluación que desee programar.
2. **Dispensación:** El paciente acude a la farmacia donde, mediante la TIS, el farmacéutico accede a la base de datos en la que se encuentran registradas las prescripciones del paciente pendientes de dispensación. Realizará la dispensación de aquellas a las que corresponda en función de su fecha de validez. Para dispensar prescripciones que

necesiten visado u homologación, tendrá que acceder a un módulo específico donde realizará una validación, o bien esa validación se producirá por el sistema tras la prescripción por el médico y antes de la emisión de las recetas.

El sistema de receta electrónica presenta grandes posibilidades, fundamentalmente en el campo de la gestión de las prestaciones en su conjunto. Se espera conseguir un mejor aprovechamiento y control de los recursos, un ahorro en los costes y una mayor capacidad en el manejo de la información. La descongestión de las consultas médicas y la disponibilidad de un módulo de prescripción asistida son valoradas positivamente por los médicos<sup>107</sup>. La reducción de la frecuentación de los pacientes crónicos parece ser el primer resultado que se ha objetivado con una disminución del 60% en las visitas<sup>108</sup>.

Desde el punto de vista de las actividades de Atención Farmacéutica, tal como las hemos visto definidas en el Documento de Consenso, la influencia del sistema de receta electrónica dependerá sustancialmente del papel que desde la Administración se quiera dar al farmacéutico comunitario en el proceso asistencial al paciente. La información disponible y la que se va a generar durante el conjunto de la atención sanitaria al paciente va a ser muy amplia y compleja. Una parte de ella sería de gran utilidad para la ejecución de los procedimientos de atención en la farmacia:

- Tratamiento activos prescritos
- Tratamientos recientes
- Dosificaciones, pautas y duración de tratamientos
- Enfermedades y problemas de salud
- Alergias
- Antecedentes de reacciones adversas
- Situaciones o características fisiológicas especiales
- Resultados de pruebas analíticas
- Resultados de controles periódicos

Son requisitos de información mínimos para poder desarrollar adecuadamente una función asistencial en la interacción con el paciente. Para ello el farmacéutico debería tener acceso, con las mismas seguridades que deben afectar a los demás profesionales sanitarios, a determinados datos de salud y a la sección de la historia

clínica que afecte al uso de los medicamentos, la historia farmacoterapéutica.

Debería igualmente, no solo poder detener o bloquear cautelarmente una dispensación si considera que hay peligro para la salud del paciente, sino también poder colaborar a la construcción de dicha historia farmacoterapéutica, mediante la introducción de las dispensaciones de medicamentos que no precisan prescripción médica, de las reacciones adversas y demás resultados clínicos negativos observados, así como los resultados de los controles de salud que el paciente le haya solicitado.

Debería disponer también de una línea de comunicación en tiempo real con el médico para poder solicitar o aportar la información que considere importante.

Así pues, la clave de la utilidad de la receta electrónica desde el enfoque de la función asistencial del farmacéutico comunitario va a estar en el nivel de acceso a la información, de integración real en el sistema, que va a marcar el grado de implicación en la atención al paciente más allá de la simple entrega de los medicamentos que corresponden a las prescripciones pendientes y de supuestas pero más que dudosas mejoras en la gestión burocrática.

### **9.3. Formación**

La formación del farmacéutico para el desempeño de funciones de Atención Farmacéutica es otra de las claves de futuro para el ejercicio de nuestra profesión. La excelente formación de pregrado impartida en nuestras facultades hace a los licenciados españoles altamente valorados en países de la Unión Europea donde existe demanda de farmacéuticos.

Efectivamente, el contenido curricular de la Licenciatura de Farmacia incluye una formación científica de alta calidad que es un gran activo de nuestra profesión y se debe mantener.

Se reclama en diversos foros la inclusión de la enseñanza de la Atención Farmacéutica en el período de la Licenciatura, sin embargo, quiero señalar que coincido con la opinión de que la Atención Farmacéutica no constituye, *per se*, un área de conocimiento independiente, sino que es, en realidad, la aplicación a la práctica profesional asistencial de varias áreas que forman parte ya



del contenido curricular de pregrado: anatomía, citología e histología, fisiología, fisiopatología, farmacología, epidemiología de medicamentos, fuentes de información, técnicas analíticas e instrumentales clínico-sanitarias, análisis biológicos, dietética. Todas ellas imprescindibles para la atención personalizada al paciente y para el reconocimiento y la evaluación de los resultados del uso de los medicamentos.

Las prácticas tuteladas aportan al alumno el contacto con el ejercicio real en la farmacia y lo inician en la atención al paciente, aunque pocas veces en la práctica de actividades de Atención Farmacéutica, por ello deberían impartirse a los farmacéuticos tutores de alumnos cursos previos a su acreditación para dicha actividad.

Aunque es posible que algunas asignaturas deban reorientarse, y si es necesario, rediseñarse para su aplicación hacia dicha práctica, y que podría incluirse una asignatura introductoria a la Atención Farmacéutica dentro del área de Farmacología, tal como se ha hecho o está a punto de hacerse en algunas Universidades españolas, lo que sí es imprescindible, como formación especializada dirigida a los licenciados que decidan orientar su ejercicio hacia la farmacia asistencial o simplemente completar en ese sentido su formación, la creación de **programas de doctorado y de maestría** destinados de manera específica a la investigación y la práctica de la Atención Farmacéutica.

El contenido debe incluir:

- Motivación, responsabilidad, aspectos deontológicos y éticos.
- Farmacoterapia de las patologías más prevalentes.
- Análisis crítico de la información.
- Desarrollo de trabajos de revisión.
- Diseño de proyectos de investigación y métodos estadísticos en ciencias biomédicas.
- Habilidades comunicativas. Entrevista clínica.
- Trabajo en equipo.
- Aspectos organizativos, gestión, documentación, calidad, evaluación.
- Resolución de problemas y toma de decisiones.

- Práctica de la asistencia a los pacientes en relación a la farmacoterapia.

Se deben evitar las conferencias magistrales, estimulando la preparación y exposición de temas por grupos, los debates dirigidos, las simulaciones y la resolución de casos prácticos.

La metodología debe ser, por tanto, eminentemente participativa, planteándose como objetivo no solo la adquisición de conocimientos, sino también el establecimiento de actividades y valores y el desarrollo de habilidades y técnicas, que serán puestas en práctica en un período de estancias en farmacias previamente acreditadas, donde el alumno pueda desarrollar las actividades de Atención Farmacéutica en la atención personalizada al paciente, llevando a la práctica el aprendizaje realizado.

En nuestra Facultad de Farmacia de la Universidad de Santiago, impulsado por el Decanato y el Departamento de Farmacología, se está poniendo en marcha un programa formativo de postgrado cuya filosofía coincide con lo anteriormente apuntado, para el cual se cuenta con varios farmacéuticos comunitarios que confiamos en aportar la experiencia y proximidad al destinatario de la actividad asistencial, el paciente.

Por otro lado, también los programas de formación continuada del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y de los propios Colegios son un elemento de gran valor para mantener una adecuada actualización de la formación y su orientación práctica a lo largo de la vida profesional del farmacéutico. Los Centros de Información del Medicamento, que actúan como un segundo escalón informativo y de apoyo formativo, actúan también como coordinadores e impulsores de los grupos de trabajo e investigación.

#### **9.4. Barreras y facilitadores**

La filosofía y la práctica de la Atención Farmacéutica necesitan para su implantación cambios profundos de mentalidad por parte de los farmacéuticos y también modificaciones funcionales y organizativas en la estructura de la farmacia comunitaria<sup>17</sup>.

El compromiso con las necesidades del paciente en lo relacionado con la utilización y resultados de los medicamentos no se puede hacer a “*tiempo parcial*”<sup>109</sup>. Requiere la dedicación completa

del todo el personal de la farmacia, cada uno dentro de sus funciones y mediante una redistribución de éstas, para que se traduzca en un cambio sustancial en las actuaciones, lo que supone un compromiso ante el cual muchos farmacéuticos encuentran dificultades tanto en la toma de decisión como en la aplicación a la práctica habitual<sup>110</sup>.

Por otro lado, hay que considerar que existe un absoluto desconocimiento por los usuarios de la importancia de los resultados clínicos negativos de la utilización de los medicamentos y del servicio que el farmacéutico puede ofrecerles para obtener de ellos la mejor efectividad y seguridad. Ello hace que perciba y valore tan solo los servicios de la actual farmacia distribuidora, de la que aprecia su cercanía y disponibilidad<sup>111</sup>.

Varios autores han analizado las barreras que dificultan, desde el punto de vista del farmacéutico comunitario, el proceso de “*diseminación*” e implantación generalizada de los servicios de Atención Farmacéutica<sup>112-115</sup>. Los resultados difieren en los diversos estudios en función de las características de los farmacéuticos consultados (grupos de expertos, farmacéuticos sin o con experiencia en AF, titulares o adjuntos), pero hay ciertas barreras que son reconocidas, aunque con distinto grado de importancia, por todos ellos:

- Falta de pago por los servicios.
- Carencia de tiempo.
- Actitud/opinión de otros profesionales.
- Falta de formación.
- Carencia de habilidades comunicativas.
- Desconocimiento de la magnitud de los PRM por parte de farmacéuticos, médicos y la sociedad.
- La dispensación como prioridad.
- Estructura del Sistema de Salud, en general.
- Miedo a responsabilizarse y al compromiso.

Entre los elementos facilitadores se encuentra la positiva valoración que el farmacéutico hace del cambio hacia una orientación más clínica del ejercicio profesional. Los porcentajes de farmacéuticos que desean la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias superan el 85%<sup>114,116</sup>, a pesar de que más del 70% creen estar realizando seguimiento

farmacoterapéutico sin conocer realmente en qué consiste esta actividad.

La remuneración de los servicios, junto con las oportunidades en formación orientada a la asistencia clínica y la satisfacción personal por un servicio profesional son percibidos también como elementos facilitadores.

El apoyo efectivo de la Administración, remunerando la implantación de servicios de AF documentados, fijando unos objetivos determinados o bien la penalización por no llevarlos a cabo, y la exigencia de determinado número de créditos anuales de formación continuada podrían impulsar de manera decisiva su implantación generalizada.

## **9.5. Un nuevo Consenso**

Somos muchos los que creemos que el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, única institución que agrupa a todos los farmacéuticos españoles, cualquiera que sea su modalidad o ámbito de ejercicio, debe ser quien lidere todas las acciones encaminadas a la difusión e implantación definitiva de los servicios de Atención Farmacéutica. Estas acciones deben ir dirigidas hacia todos los actores participantes en el proceso: farmacéuticos, pacientes, colectivo médico y Administración.

Se está dando ya un paso muy importante en este sentido mediante el denominado “Foro de Atención Farmacéutica”, en el que están participando las sociedades científicas (SEFH, SEFAP, SEFaC), la Fundación Pharmaceutical Care, el Grupo de Investigación en AF de la Universidad de Granada, la Academia Nacional de Farmacia, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General de Colegios<sup>117</sup>.

Este Foro está revisando definiciones, términos y conceptos, así como las metodologías y las herramientas que faciliten su generalización. Se acaba de acordar una redefinición de la relación entre problemas relacionados los medicamentos y los resultados clínicos negativos por ellos producidos, y recientemente se ha hecho público un primer documento, primera declaración institucional del Foro en la que se consensúan diez principios básicos para la práctica de la Atención Farmacéutica.

Espero que de los trabajos de estas instituciones surjan documentos, proyectos y herramientas que, a partir de la experiencia obtenida en los últimos años, den lugar a un nuevo Consenso para impulsar de nuevo el desarrollo de la Atención Farmacéutica y estimular la incorporación de la totalidad de los farmacéuticos a su práctica. En la siguiente figura se presenta la declaración institucional adoptada por los componentes del foro y difundida en este mismo mes.

**Figura 9.2: Declaración institucional del Foro de AF**

**DECLARACIÓN INSTITUCIONAL**

Nuestro *Compromiso*

- 1 Asumir que la Atención Farmacéutica es la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente mediante la DISPENSACIÓN, INDICACIÓN FARMACÉUTICA y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.**  
Esta participación implica la cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios, para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, así como su intervención en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades.
- 2 Considerar que el paciente es el eje fundamental de la actividad.**  
La Atención Farmacéutica se desarrolla en todos los ámbitos asistenciales: farmacia comunitaria, atención primaria y farmacia hospitalaria.
- 3 Favorecer la aplicación sistemática y universal de la Atención Farmacéutica con el fin de asegurar la equidad en el servicio asistencial prestado.**  
La Atención Farmacéutica contribuye a disminuir significativamente los problemas relacionados con los medicamentos, ayuda a mejorar el cumplimiento, la efectividad, y en consecuencia el uso racional de los mismos.
- 4 Desarrollar la Atención Farmacéutica para que el paciente obtenga el máximo beneficio de los medicamentos y para limitar los riesgos que conllevan.**  
Datos de estudios recientes indican que más del 30% de las consultas a los servicios de urgencias y hasta un 6% de los ingresos hospitalarios se relacionan con problemas asociados con medicamentos y más del 50% de los pacientes crónicos están mal controlados.
- 5 Evidenciar que el farmacéutico es el profesional sanitario idóneo para desarrollar esta labor asistencial a través de su compromiso con la formación y aprendizaje permanente.**  
Su formación universitaria le cualifica profesionalmente como experto en medicamentos, y por su accesibilidad y proximidad a la población, es una figura fundamental en la asistencia sanitaria al paciente, dentro del equipo de salud.



- 6 Optimizar el potencial sanitario del farmacéutico a través de la Atención Farmacéutica.**  
La Atención Farmacéutica potencia la función sanitaria, centrando la actividad profesional en aspectos asistenciales relacionados con el uso óptimo de los medicamentos y la educación sanitaria. Esta labor asistencial reforzará el reconocimiento social e institucional del farmacéutico y generará nuevas expectativas en su carrera profesional, acordes con su cualificación.
- 7 Utilizar procedimientos normalizados de Atención Farmacéutica.**  
Estos procedimientos facilitan la toma de decisiones para identificar, prevenir o resolver problemas relacionados con los medicamentos, además de establecer una participación en el equipo de salud.
- 8 Emplear la evidencia científica disponible como base para la aplicación práctica de la Atención Farmacéutica.**  
La experiencia práctica avala la Atención Farmacéutica y ha demostrado ser de utilidad en la prevención de problemas relacionados con medicamentos y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.
- 9 Organizar los recursos humanos y materiales necesarios para la práctica de la Atención Farmacéutica.**  
Numerosos farmacéuticos han comprobado que la adaptación de los recursos disponibles a los procedimientos de Atención Farmacéutica es posible y satisfactoria para el equipo de la farmacia. Además, permite mejorar la colaboración con otros profesionales sanitarios y establecer una relación óptima y continuada con los pacientes, ayudándoles a resolver problemas cotidianos de salud.
- 10 Conseguir la implicación de todos para el desarrollo de la Atención Farmacéutica.**  
El desarrollo de la Atención Farmacéutica exige la implicación de todos. Sólo con el esfuerzo individual y el apoyo decidido de las Organizaciones Profesionales conseguiremos generalizar esta práctica profesional. La Organización Colegial y las Administraciones, al aglutinar a la totalidad de los farmacéuticos colegiados, es la mejor vía para consolidar la Atención Farmacéutica.

*Tu esfuerzo es necesario*

Hemos visto en este apartado algunos factores que van a ejercer una influencia determinante sobre el modelo de farmacia en los próximos años. La Ley de garantías de calidad y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios recientemente aprobada por el Parlamento va a condicionar muchos aspectos del ejercicio profesional del farmacéutico, su motivación, sentimiento de participación en el SNS, relación con los demás profesionales sanitarios, racionalidad de la actividad empresarial, que es soporte económico de actuaciones y servicios no remunerados, etc. Muchos

de ellos deberían ser revisados pues quedan a expensas de la interpretación de quien la aplique. En particular, encontramos que la ambigüedad del texto de ciertos artículos hacen necesario esperar a su desarrollo reglamentario, momento hasta el que se pospondrá la concreción de su influencia.

El desarrollo e implantación del sistema de prescripción y dispensación mediante receta electrónica, la respuesta del gobierno estatal a las exigencias del Colegio de Comisarios de la Unión Europea presentadas en el “*dictamen motivado*”, que reclama cambios radicales en un modelo de farmacia que está entre los más eficientes del mundo, la evolución de la formación del licenciado en Farmacia emanada de los nuevos planes adaptados a las directrices comunitarias que constituyen el denominado “*espacio Bolonia*” o “*Espacio Europeo de Educación Superior*” son elementos fundamentales del futuro inmediato que van a configurar no solo el modelo de farmacia, sino también el modelo de ejercicio del farmacéutico español.

Existen numerosas dificultades y amenazas, pero también excelentes oportunidades. El cambio hacia una farmacia centrada en el paciente no es solamente necesario, es hoy una auténtica exigencia profesional.

Continúa habiendo asignaturas pendientes, que deberán “*aprobarse*” lo antes posible:

- Establecer un consenso con la clase médica, mediante el cual se consiga un acuerdo de cooperación en Atención Farmacéutica.
- Hacer sentir al usuario la necesidad de una atención orientada a los resultados de la farmacoterapia.
- Exigencia a los farmacéuticos en ejercicio de formación continuada acreditada.
- Más investigación de la efectividad y resultados en salud y calidad de vida de los servicios de Atención Farmacéutica.
- Desarrollo de herramientas informáticas realmente útiles que faciliten la realización y documentación de estas actividades

Es evidente que la evolución a corto plazo del ejercicio de la farmacia y del papel de farmacéutico comunitario estará unida a la práctica de la Atención Farmacéutica. Dieciséis años después de la

publicación del artículo de Hepler y Strand “*Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care*” y cinco desde el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica, en España la farmacia comunitaria se ha movido. Tal vez, ralentizada todavía por una inmensa inercia, el recorrido ha sido muy desigual y, probablemente, en muchos aspectos todavía insuficiente para provocar cambios radicales en las características de la atención en las farmacias a quienes utilizan medicamentos, pero creo que los datos que hemos revisado y las perspectivas de futuro apuntan a que el camino recorrido no tiene vuelta atrás.

Por ello tengo la razonable confianza de que en los próximos años la farmacia comunitaria española evolucionará en esta dirección, se parecerá cada vez menos a la que aún hoy constituye el modelo mayoritario y reflejará cada vez más el que la Atención Farmacéutica representa y que he intentado esbozar en este discurso.

Muchas gracias





## 10. Referencias bibliográficas

1. Esteva J, Espinosa E. Remedios secretos, específicos y especialidades farmacéuticas. En: Folch G, Suñé JM, Valverde JL, Puerto FJ, coordinadores. Historia General de la Farmacia. El medicamento a través del tiempo. Tomo 2. Madrid: Sol; 1986. p. 698-706.
2. Reales Decretos de Traspaso a las Comunidades Autónomas de Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura, Islas Baleares, La Rioja, Madrid y Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud. Reales Decretos 1471/2001-1480/2001 de 27 de diciembre. Boletines Oficiales del Estado, nº 311 de 28/12/2001, 312 de 29/12/2001, 313 de 31/12/2001.
3. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Informe Libro Blanco sobre la calidad asistencial de la Farmacia en España. Madrid: CGCOF; 1997.
4. Vogler S, Arts D, Habl C. La oficina de farmacia en Europa. Informe ÖBIG. Viena: Instituto Austriaco de Sanidad-Grupo Farmacéutico de la Unión Europea; 2005.
5. Bel E, Suñé JM. Farmacia Hospitalaria. En: Folch G, Suñé JM, Valverde JL, Puerto FJ, coordinadores. Historia General de la Farmacia. El medicamento a través del tiempo. Tomo 2. Madrid: Sol; 1986. p. 745-754.
6. Brodie DC. Drug use control: keystone to pharmaceutical service. Drug Intell Clin Pharm. 1966; 20(2): 116-117.
7. Herrera J. Cadena terapéutica del medicamento. Farmacia Clínica. Atención farmacéutica. En: Herrera J, coordinador. Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Madrid: Elsevier; 2003. p. 1-17.
8. Bonal J. Prólogo. En: Herrera J, coordinador. Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Madrid: Elsevier; 2003. p. XI-XII.
9. Oddis JA. Pharmacy: A profession in transition. EHP. 1997; 3(3): 81-84.
10. Reol JM. La farmacia comunitaria en 1998: El estado de la cuestión. Discurso de ingreso. Granada: Academia Iberoamericana de Farmacia; 1998.
11. Brown P. ¿Son necesarios los farmacéuticos?. Razones profesionales y económicas. Farmacia Profesional. 1995; 8(10): 53-56.
12. Brown P. ¿Son necesarios los farmacéuticos?. Un debate que continúa. Farmacia Profesional. 1994; 9(1): 46-48.

13. Fernández-Llimós F. El valor añadido. Otra vía hacia la Atención Farmacéutica. *Farmacia Profesional*. 1997; 11(10): 12-16.
14. Mikeal RL, Brown TR, Lazarus HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm*. 1975; 32(6): 567-574.
15. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug-related services. *Am J Pharm Educ*. 1980; 44(3): 276-278.
16. Hepler CD. The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement. *Am J Pharm Educ*. 1987; 51(4): 369-385.
17. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47(3): 533-543.
18. Soto E. Denominación de Pharmaceutical Care. *Pharm Care Esp*. 1999; 1(4): 229-230.
19. Gastellurrutia MA, Soto E. Pharmaceutical Care: ¿Atención Farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos?. *Pharm Care Esp*. 1999; 1(5): 323-328.
20. Faus MJ, Martínez Romero F. La Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. *Pharm Care Esp*. 1999; 1(1): 52-61.
21. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Reunión de Tokio (1993) sobre el papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. *Pharm Care Esp*. 1999; 1(3): 207-211.
22. Álvarez de Toledo F. La Atención Farmacéutica fuera de España. *El Farmacéutico*. 1997; Octubre-Extra: 28-32.
23. Consejo de Europa. Comité de Ministros. Resolución ResAP (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. *Pharm Care Esp*. 2001; 3(3): 216-222.
24. Ley del medicamento. Ley 25/1990 de 20 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 306, (22/12/1990).
25. Regulación de servicios de las oficinas de farmacia. Ley 16/1997 de 25 de abril. *Boletín Oficial del Estado*, nº 100, (26/4/1997).
26. Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. *Boletín Oficial del Estado*, nº 128, (29/5/2003).
27. Ordenación de las profesiones sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 280, (22/11/2003).
28. Ordenación Farmacéutica. Ley 5/1999 de 21 de mayo. *Diario Oficial de Galicia*, nº 99, (26/5/1999).
29. Sánchez-Caro J, Abellán F. Atención Farmacéutica y responsabilidad profesional. Madrid: Faes Farma; 2004.
30. Creación, apertura e funcionamiento dos servicios de farmacia e depósitos de medicamentos nas estruturas de atención primaria. Decreto 176/2001 del 12 de julio. *Diario Oficial de Galicia*, nº 145, (27/7/01).
31. Homologación sanitaria de recetas oficiales para a prestación farmacéutica. Decreto 244/2003 del 24 de abril. *Diario Oficial de Galicia*, nº 89, (9/5/2003).
32. Panel de Consenso. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.

33. Andrés NF. La consulta de indicación farmacéutica: ¿Qué me da para...? En: Andrés NF, coordinador. Consulta de indicación farmacéutica: actuación del farmacéutico en la resolución de los trastornos leves de salud. Vigo: Cofano; 2006. p. 27-42
34. Gastelurrutia MA, Ibáñez J. Seguimiento farmacoterapéutico. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Plan Nacional de Formación Continuada en Atención Farmacéutica. Módulo I. Madrid: CGCOF; 2005. p. 200-219.
35. Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Granada. Universidad de Granada; 2001
36. Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Granada: Universidad de Granada; 2003.
37. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Método Dáder para el seguimiento farmacoterapéutico. *Ars Pharm.* 2005; 46(4): 309-37.
38. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice.* 2006; 4(1): 44-53.
39. Silva Castro MM, Calleja MA, Machuca M, Faus MJ, Fernández F. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados: Adaptación del Método Dáder. *Seguimiento Farmacoterapéutico.* 2003; 1(2):78-81.
40. Fajardo PC, Baena MI, Alcaide J, Martínez Olmos J, Faus MJ, Martínez Martínez F. Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(3): 158-164.
41. Aguas Y, De Miguel E, Suárez de Venegas C. Modelo para la presentación de casos adaptado a la metodología Dáder. *Pharm Care Esp.* 2002; 4(1): 60-63.
42. Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez F. Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Seguimiento Farmacoterapéutico.* 2004; 2(3): 195-205.
43. Sabater D, Fernández-Llimós F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en Seguimiento Farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico.* 2005; 3(2): 90-97.
44. WONCA Classification Committee. An international glossary for general/family practice. *Fam Pract.* 1995; 12(3): 341- 369.
45. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. El ejercicio de la Atención Farmacéutica. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2000.
46. Organización Mundial de la Salud. New York: Organización Mundial de la Salud; 2006 [acceso 1 de agosto de 2006]. Statistical Information System. Core Health Indicators (ES). Disponible en: [http://www3.who.int/whosis/core/core\\_select\\_process.cfm?country=esp&indicators=selected&language=es](http://www3.who.int/whosis/core/core_select_process.cfm?country=esp&indicators=selected&language=es).
47. Domínguez-Gil A. Medicamentos y seguridad del paciente. Discurso de ingreso. Santiago de Compostela: Academia de Farmacia de Galicia; 2006.
48. Bonal J, Capdevila L. ¿Atención Farmacéutica?. 100 preguntas más frecuentes. Madrid: Médica; 2002.

49. Otero MJ, Bajo A, Maderuelo JA, Domínguez-Gil A. Evitabilidad de los acontecimientos adversos inducidos por medicamentos detectados en un Servicio de Urgencias. *Rev Clin Esp.* 1999; 199: 796-805.
50. 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): 177-192.
51. Marco JL, Boscá B, San Martín MD, Borrás J, Díez A. Ingresos hospitalarios por problemas relacionados con la medicación en el Hospital General de Requena (1997-2000). *Pharm Care Esp.* 2002; 4(5): 286-299.
52. Baena MI, Faus MJ, Marín R, Zarzuelo A, Jiménez J, Martínez Olmos J. Problemas de salud relacionados con los medicamentos en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc).* 2005; 124(7): 250-255.
53. Climente M, Quintana I, Martínez G, Atienza A, Jiménez NV. Prevalencia y características de la morbilidad relacionada con los medicamentos como causa de ingreso hospitalario. *Aten Farm.* 2001; 3(1): 9-22.
54. 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): 205-210.
55. Aranaz JM (Director). Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005 [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [acceso 3 de agosto de 2006]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/eneas2005Baja.pdf>.
56. Otero MJ, Alonso P, Maderuelo JA, Garrido B, Domínguez-Gil A, Sánchez A. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc).* 2006; 126(3): 81-87.
57. Chicano P. Identificación y resolución de problemas relacionados con los medicamentos: experiencia en un centro de salud. *Pharm Care Esp.* 2002; 4(5): 300-313.
58. Guerra MM. Diseño y evaluación de un programa de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes anticoagulados en Atención Primaria de Salud [tesis doctoral]. Vigo: Universidad de Vigo; 2006.
59. Durán I, Martínez-Romero F, Faus MJ. Problemas relacionados con medicamentos resueltos en una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp.* 1999; 1(1): 11-19.
60. Dualde E. Control y seguimiento de la medicación en pacientes hipertensos. *Pharm Care Esp.* 1999; 1(1): 28-34.
61. Martínez Romero F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Parras M, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharmaceutica.* 2001; 42(1): 53-65.
62. Barris D, Faus MJ. Iniciación a la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Ars Pharmaceutica.* 2003; 44(3): 225-237.
63. Vázquez V, Chacón J, Espejo J, Faus MJ. Resultados del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. Seguimiento Farmacoterapéutico. 2004; 2(3): 189-194.

64. Andrés Jácome J, Iñesta A. Problemas relacionados con medicamentos identificados en pacientes asmáticos. *Pharm Care Esp.* 2004; 6(4): 210-217.
65. Fornos JA. Evaluación de un programa de seguimiento farmacoterapéutico de pacientes diabéticos tipo 2 en oficina de farmacia [tesis doctoral]. Vigo: Universidad de Vigo; 2005.
66. Alonso P, Otero MJ, Maderuelo JA. Ingresos hospitalarios causados por medicamentos: incidencia, características y coste. *Farmacia Hosp.* 2002; 26(2): 77-89.
67. Baena MI. Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del hospital universitario Virgen de las Nieves de Granada [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2003.
68. Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento Farmacoterapéutico.* 2005; 3(4): 167-188.
69. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Drug Intell Clin Pharm.* 1990; 24(11): 1093-1097.
70. Fernández-Llimós F, Martínez Romero F, Faus MJ. Problemas relacionados con la medicación. Conceptos y sistemática de clasificación. *Pharm Care Esp.* 1999; 1(4): 279-288
71. Panel de Consenso *ad hoc*. Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos. *Pharm Care Esp.* 1999; 1(2): 107-112.
72. Comité de Consenso. Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos. *Ars Pharmaceutica* 2002; 43(3-4): 175-184.
73. Guerra MM, Alén T, Nóvoa I, Vecoña L, García A, Fernández MJ, et al. Resultados del seguimiento de la terapia farmacológica En: I Symposium de resultados del programa Dáder en el seguimiento farmacoterapéutico. Gandía: Universidad de Granada; 2001.
74. Guerra MM. Seguimiento farmacoterapéutico. Análisis de problemas relacionados con los medicamentos e intervenciones sobre ellos [tesina de doctorado]. Vigo: Universidad de Vigo; 2001.
75. Andrés NF, Cobián B, Fernández-Llimós F, Vigo MJ. Resultados del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias gallegas. *Pharm Care Esp.* 2001; 3(Extra): 73-74.
76. Fornos JA, Andrés NF, Guerra MM. Aportación al análisis de las causas de los problemas relacionados con los medicamentos según la metodología Dáder para el seguimiento farmacoterapéutico. En: II Symposium de resultados del programa Dáder en el seguimiento farmacoterapéutico. Pamplona: Universidad de Granada; 2002.
77. Espejo J, Fernández-Llimós F, Machuca M, Faus MJ. Problemas relacionados con medicamentos: definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la WONCA. *Pharm Care España* 2002; 4(2):122-7.

78. Pharmaceutical Care Network Europe. PCNE Classification for Drug related problems V 5.01 (revised 01-05-06) [monografía en Internet]. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation; 2006 [acceso el 24 de agosto de 2006]. Disponible en: <http://www.pcne.org/dokumenter/PCNE%20classificationV501.pdf>.
79. Salar L, Climent MT, Colmenero F, García F et col. Propuesta de clasificación de PRM según sus causas. *Pharm Care España* 2004;6(3):110-6.
80. Machuca M, Oñate MB, Faus MJ. Problemas Relacionados con los Medicamentos: PRM y riesgo de PRM. *Seguimiento Farmacoterapéutico*. 2003; 1(3): 139-140.
81. Faus MJ, Fernández-Llimós F. Problemas Relacionados con Medicamentos: como factores de riesgo. *Seguimiento Farmacoterapéutico*. 2003; 1(3): 147-148
82. Bonal J. ¿Por qué se ha creado una fundación de Pharmaceutical Care? [editorial]. *Pharm Care Esp*. 1999; 1(1): 1-2.
83. Hacia la Farmacia del Siglo XXI. Conclusiones del Grupo de Trabajo sobre Atención Farmacéutica. Barcelona: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 1997.
84. Libro de Comunicaciones. Primer Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. San Sebastián; 28-30 de octubre 1999. San Sebastián: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guipuzkoa; 1999.
85. Libro de Comunicaciones. Cuarto Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. Valencia; 3-5 de noviembre 2005. Madrid: Fundación Pharmaceutical Care España; 2005.
86. Faus MJ. El Programa Dáder. *Pharm Care Esp*. 2000; 2(2): 73-74.
87. Fernández-Llimós F. Cuarto Simposium de resultados del programa Dáder (Simpodáder 4). Sevilla: Universidad de Granada; 2004.
88. Departamento Técnico. Plan estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica. Segunda versión. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2003.
89. Portalfarma [sede Web]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2006 [acceso 16 de agosto de 2006]. Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica. Actividades. Disponible en: <http://www.portalfarma.com>.
90. Molina P. Programa Nacional de Atención Farmacéutica sobre el Uso Racional de Antibióticos. *Correo Farmacéutico*. Lunes 31 de octubre 2005; Especial: 18-25.
91. Fernández MJ, Fornos JA, García AM, Guerra MM, Nóvoa I, Vecoña L, et al. Peticiones de Antibióticos en las Farmacias Comunitarias. *BIM Farma*. 2002; 40: 1-5.
92. Salar L. Primer programa nacional de Atención Farmacéutica sobre uso racional de antibióticos. *Pharm Care Esp*. 2005; 7(Supl.): 56-58.
93. Rangel FL, Luis J, Liso FJ. Estado actual de la investigación en Atención Farmacéutica. *Farm Hosp*. 2005; 29(5): 335-42.

94. Gastelurrutia MA, Faus MJ, Fernández-Llimós F. Providing Patient Care in Community Pharmacies in Spain. *Ann Pharmacother.* 2005; 39(12): 2105-2110.
95. Baena MI. Comentarios sobre la investigación en Atención Farmacéutica. *Farm Hosp.* 2006; 30(1): 59-60.
96. 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): 375-388.
97. Andrés Jácome J, Iñesta A. Estudio prospectivo sobre el impacto de un servicio de Atención Farmacéutica comunitaria en personas asmáticas. *Rev Esp Salud Pública.* 2003; 77(3): 393-403.
98. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care.* 2005; 28(Supl.1): 4-36.
99. Fornos JA, Andrés NF, Guerra MM. Diseño y validación de un cuestionario de conocimiento sobre diabetes en pacientes de farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp.* 2003; 5(6): 268-274.
100. Fornos JA, Guerra MM, Andrés NF, Egea B. Evaluación de un Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes diabéticos tipo 2 [Proyecto de investigación]. *Aten Primaria.* 2004; 34(1): 48-54.
101. Fornos JA, Andrés NF, Andrés JC, Guerra MM, Egea B. Resultados de un programa de seguimiento farmacoterapéutico a diabéticos tipo 2 (PSFDM2). *Seguimiento Farmacoterapéutico.* 2004; 2(Supl.1): 28.
102. Fornos JA, Andrés NF, Andrés JC, Guerra MM, Egea B. A Pharmacotherapy Follow-Up Program in Patients with Type-2 Diabetes in Community Pharmacies in Spain. *Pharm World Sci.* 2006 Jun 22; [Epub ahead of print]
103. Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Ley 29/2006 de 26 de julio. *Boletín Oficial del Estado*, nº 178, (27/7/2006).
104. Montejano J. Modelo integral de receta electrónica [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas; 2004 [acceso 12 de agosto de 2006]. Disponible en: [http://www.csi.map.es/csi/tecniomap/tecniomap\\_2004/comunicaciones/tema\\_05/5\\_005.pdf](http://www.csi.map.es/csi/tecniomap/tecniomap_2004/comunicaciones/tema_05/5_005.pdf).
105. Ministerio de Ciencia y Tecnología. Memoria justificativa de la contratación de un servicio técnico para la contratación del proyecto “Nuevas funcionalidades de receta electrónica II en las Comunidades Autónomas” [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Ciencia y Tecnología; 2003 [acceso 12 de agosto de 2006]. Disponible en: <http://www.mityc.es/Pista/Contenido/proyectos/Sanidad/recetaelectronica2.htm>.
106. Concerto para a prestación farmacéutica polas oficinas de farmacia. Santiago de Compostela: División de Farmacia e Produtos Sanitarios do Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia; 2004.
107. Cubí R, Faixedas D. Viabilidad de la receta electrónica en España. *Aten Primaria.* 2005; 36(1): 5.
108. Suárez-Varela J, Beltrán C, Molina T, Navarro P. Receta electrónica: de la utopía a la realidad. *Aten Primaria.* 2005; 35(9): 451-459.



109. Strand LM. Una perspectiva personal sobre seguimiento farmacoterapéutico. Conferencia de clausura I Congreso de la SEFaC. Boletín de la SEFaC. 2005; 3(4): 9-13.
110. García F, Gérvas JJ. La Atención Farmacéutica en España: contraste entre la expectativa y la realidad. Pharm Care España. 2006; 8(1): 28-32.
111. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, García-Delgado P, Gastelurrutia P, Faus MJ, Benrimoj SI. Barreras y facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 65-77.
112. Van Mill JWF, Schulz M, Tromp ThFJ. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. Pharm Word Sci. 2004; 26: 303-311.
113. Gastelurrutia MA. Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española [tesis doctoral]. Madrid: Universidad de Granada; 2005.
114. Hidalgo J, Cámara D, Baena MI, Fajardo P, Martínez F. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Granada (España). Seguimiento Farmacoterapéutico. 2005; 3(3): 144-149.
115. Andrés JC, Rodríguez A, Cobián B, Brizuela L, Fornos JA, Andrés NF. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en Galicia. Pharmacy Practice. 2006; 4(Supl.1): 41.
116. Rodríguez A, Rodríguez MA. Conocimiento e implantación del seguimiento farmacoterapéutico por el farmacéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico. 2005; 3(2): 98-102.
117. Portalfarma [sede Web]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2006 [acceso 12 de agosto de 2006]. Foro de participación en Atención Farmacéutica. Declaración inicial. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000023.nsf/voDocumentos/8394D5E9AA764C3AC1256F5D005F6FFC/>.

## **Discurso de Contestación:**

**Excmo Sr. Dr. Francisco Díaz-Fierros Viqueira**

**Excelentísimos e ilustrísimos académicos, donas e señores:**

Non é doado atopar na actualidade un sentido claro para as tradicionais academias científicas, pois son institucións que veñen doutros tempos onde naceron ao abeiro de movementos como a Ilustración e o Positivismo, ao carón dos cales descubriron os seus fundamnetos .O paso do tempo, coa chegada da postmodernidade, que anunciou o remate da época das grandes palabras e das certezas indiscutibles, inauguraron novos tempos onde se manifestaban de cara ao futuro retos ata o de agora descoñecidos. Baixo estes novos presupostos, as academias deixaban de ser centros nos que a ciencia, no seu sentido máis puro e tradicional, era a súa única razón de ser para abrírense cara aos interrogantes que a sociedade lles estaba a formular nunha época na que nada era seguro e a provisionalidade e a incerteza estaban a impregnalo todo.

Nesta encrucillada, as academias de Farmacia teñen no colectivo de profesionais con oficina aberta ao público os receptores e transmisores máis xenuíños destas preguntas que a sociedade lles está a formular ás ciencias farmaceuticas. Crises alimentarias como a das vacas tolas, problemas ambientais como o dos disruptores endócrinos ou, simplemente sanitarios, como o das resistencias aos antibioticos, son cuestións do dominio público das que o farmacéutico debería ser o primeiro receptor e os científicos os últimos intérpretes. De todo iso pódese concluír que unha das

funcións máis importantes que estas academias deberían cumprir sería a de constituírse en lugares privilexiados para o encontro entre profesionais e científicos da Farmacia nun diálogo crítico e permanente. E isto só sería posible se no seo destas institucións existise unha proporción axeitada destes dous colectivos que propiciasen ese diálogo entre iguais, que a xa longa tradición de principios democráticos da nosa sociedade occidental, faría desexable.

A realidade é (a todos nos consta) que estas institucións núntrense con máis facilidade do colectivo dos cultivadores das ciencias farmaceuticas a partir do ensino universitario e a investigación, que dos que proveñen doutros campos de actividade. Na actualidade, porén, esta ilustre institución teimando en superar esta eiva, adoptou unha política, que estimo totalmente acertada, de incorporar como membros numerarios de seu a representantes da industria farmaceutica e da farmacia hospitalaria. E hoxe, felizmente, podemos saúdar tamén a incorporación dun representante do colectivo máis numeroso de profesionais farmaceuticos, como é o dos que teñen oficina aberta ao público, xa que o doutor D. Nicanor Floro Andrés Rodríguez, que hoxe acollemos nesta egregia institución, é director técnico dunha oficina de farmacia en Vigo dende o ano 2003 e foi farmaceutico adxunto nela, dende o ano 1987. Pois ben, nestes méritos, que son os primeiros que me interesa subliñar do seu amplo currículo, quero expresar en nome de Academia de Farmacia de Galicia o recoñecemento a ese colectivo de máis de dous mil profesionais con botica aberta ao público que co seu calado traballo son a auténtica razón de ser desta institución.

O novo numerario rematou a carreira de Farmacia en Santiago no ano 1976, realizando os seus primeiros traballos de postgrao, encamiñados á obtención do Grao de Licenciado, no Departamento de Edafoloxía. O seu espírito inqueda levouno a presentarse ás oposicións de Farmacia Militar, que gaña nese mesmo ano e que o situou con destino en Madrid, onde desde o ano 1980 exerceu como director do Laboratorio de Analisis Químicos, Drogas y Tóxicos, labor que compatibilizou con colaboracións coa Cátedra de Historia de la Farmacia y Legislación da Universidade de Madrid, na que se doutora no ano 1984. No ano 1987 volve a Galicia onde se fai cargo, como xa se sinalou, dunha praza de farmaceutico adxunto en Vigo, comezando a partir deste momento, un labor que eu casi calificaría como de apostolado, de dignificación da profesión farmaceutica,

abríndolle novas perspectivas profesionais, modernas e ilusionantes, e que a afastaran do desconcerto en que a vertixinosa evolución da sociedade española dos últimos anos a tiñan sumida. Os cursos, publicacións e actividades divulgativas desta etapa, que eu definiría como a máis rica e consolidada do novo numerario, son numerosas: 22 cursos, conferencias e seminarios e 66 comunicacións e publicacións avalan esta traxectoria de traballo na que o Colexio Profesional de Farmaceuticos de Pontevedra, do que é vogal dende o ano 1996, achegou o abeiro necesario para que os seus proxectos levasen o selo do colectivo e institucional.

O discurso de ingreso do doutor Andrés Rodríguez amosa unhas contidos que evidentemente foron abrollando nos últimos anos deste labor divulgador. A súa preocupación de que a importante variedade e profundidade dos coñecementos científicos e técnicos que a formación universitaria do farmaceutico levaba consigo non foran desaproveitados no exercicio profesional, levárono a afondar en novas proxeccións desta actividade. O concepto de Atención Farmaceutica, que é o cerne do seu discurso, sitúanos nun contexto no que a dispensación do medicamento, acto no que tradicionalmente remataba o labor da oficina de farmacia non é o final de algo, senón, o comezo dun longo e complexo proceso onde os saberes das ciencias farmaceuticas deberían estar presentes. Proceso no que a obxectividade do método científico debería servir de guieiro pero no que a incerteza e a subxectividade do comportamento humano tamén debería nde contar. Campo de traballo da máxima actualidade científica no que o rigor e racionalidade das ciencias fisicoquímicas deberían reinterpretarse á luz da variabilidade e incerteza do comportamento dos sistemas biolóxicos, ao tempo que o contexto sociolóxico no que se desenvolvía ampliaba ata o inimaxinable unha mesta rede de interaccións. E todo iso sen esquecer que, como seres humanos que son os destinatarios da atención farmaceutica, estará sempre presente o universo dos valores, que ao remate, situarán a ética ou a moral como os últimos referentes. Bruno Latour, recoñecido e influente filósofo da ciencia francesa, falando do futuro de determinados campos de coñecemento, entre os que se atopaba o medio ambiente e a sanidade, dicía que cada vez máis os obxectivos destas ciencias serían o que definía como “obxectos híbridos”, é dicir, un conglomerado de “factores sociais, naturais e técnicos máis que unha serie de elementos discretos e separables”. Sen dúbida que a atención farmaceutica debería situarse, total ou parcialmente,

dentro desta definición integradora do filósofo francés, fuxindo desa metodoloxía analítica e separadora aínda tan vixente, e que en verbas de Buffon, non faría máis que “esnaquizar a natureza”.

Remato, dándolle a benvida a esta ilustre casa ao novo numerario, desexando que ese empuxe e vitalidade que leva ben demostrado no seu traballo profesional o incorpore ao seu labor como académico que, dende agora, anticipo como vizoso e sobranceiro.

Moitas grazas