

**REPERCUSIONES DE LA
ATENCIÓN FARMACÉUTICA SOBRE EL
EJERCICIO MÉDICO Y LA CALIDAD ASISTENCIAL**

Autores:

José Ramón Huerta Blanco
Francisco Javier Pulido Morillo
Juan José Rodríguez Sendín

Finalizado: 20-11-2003

INDICE

INTRODUCCIÓN.

EL USO INDEBIDO DE FÁRMACOS Y LAS CAUSAS DE LOS PRM.

- I El uso indebido de fármacos fuera del control médico.
- II Prescripción inducida desde la farmacia.
- III El uso indebido de antibióticos.

OBJETIVOS ASISTENCIALES DE LA ATENCIÓN FARMACEUTICA.

- I Dispensación.
- II Consulta o indicación farmacéutica.
- III Seguimiento farmacoterapéutico.

LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA DESDE LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES.

- I Antecedentes internacionales de la Atención Farmacéutica.
- II Declaración de la UEMO.
- III Declaración de la Asociación Médica Mundial.
- IV La política farmacéutica de la Unión Europea y la Atención Farmacéutica.

REPERCUSIONES DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA.

- I Repercusión sobre la práctica clínica.
- II Repercusión sobre la relación médico-paciente.
- III Repercusión sobre el gasto sanitario.
- IV Repercusión sobre los problemas relacionados con la medicación.

6.-PROPUESTAS DE MEJORA EN EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO.

- I Innovación tecnológica y mejora de la calidad.
- II Introducir mejoras en la información sanitaria del medicamento.
- III Potenciar la formación médica continuada sobre el medicamento.

- IV Mejorar la educación a la población sobre el uso del medicamento.
- V Desarrollar los requerimientos funcionales para un uso racional del medicamento.
- VI Conseguir condiciones adecuadas para el trabajo del médico.
- VII Implantar el experto en medicamentos en el Equipo de Atención primaria.

CONCLUSIONES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

* * * *

1. INTRODUCCION

Los medicamentos son producidos fundamentalmente por la industria farmacéutica y llegan al consumidor a través de una cadena de distribución, que en nuestro país tiene características especiales. Esa distribución utiliza dos vías exclusivas, reguladas legalmente: la dispensación a través de la farmacia hospitalaria, que supone aproximadamente un 14% de los medicamentos consumidos en España y la dispensación a través de las oficinas de farmacia (OF) que en un número aproximado de 20.000 establecimientos se ocupan de la distribución de cerca del 85%¹ de los medicamentos.

Los españoles generaron un gasto de 7.972 millones de euros a través de la receta oficial del sistema nacional de salud en el año 2002, sin embargo el gasto farmacéutico per cápita público y privado en España es casi el 10 % inferior a la media Europea e inferior al gasto de 9 de los 15 países de la UE, situándose en una proporción de alrededor del 20% del gasto sanitario total.²

La mayor parte de los medicamentos de dispensación hospitalaria son comprados directamente a los laboratorios productores, mientras que las farmacias los adquieren habitualmente a través de los mayoristas farmacéuticos (almacenes de distribución farmacéutica) que en número aproximado de 200 suministran los medicamentos y aprovisionan a las oficinas de farmacia soportan su almacenamiento y realizan la reposición varias veces al día. Este sistema grava la distribución del medicamento en torno al 9%.

Según algunos autores^{3,4} en España las farmacias tienen una regulación proteccionista, rígida y restrictiva para su apertura, traspaso y funcionamiento, alejada de los principios del libre mercado y de competencia, constituyendo un monopolio innecesario y gravoso para el sistema sanitario y para el consumidor, ya que se dispone de un financiador mayoritario, un conjunto de proveedores fácilmente sustituibles y de otros proveedores alternativos posibles. No se permiten otras posibilidades de distribución del medicamento útiles en otros países como EEUU, Gran Bretaña y Japón a través del correo, cadenas de farmacias y la de los centros asistenciales extrahospitalarios.

A lo anterior hay que añadir que en general, en la oficina de farmacia española, no se realizan revisiones sistemáticas de la utilización del medicamento, ni control del cumplimiento por los consumidores, ni se personalizan las dispensaciones en función de la posología y la duración necesaria del tratamiento, y menos aún la gestión y control del cumplimiento de los tratamientos de larga duración en enfermos crónicos.

Cualquier farmacia, tras implantarse pasa a ser proveedor y establece un concierto automático con el Sistema Nacional de Salud (SNS) al que factura mensualmente por medio de los Colegios Farmacéuticos^{5,6}. La dispensación de la mayoría de los medicamentos es compensada por el SNS con un margen fijo del 27,9%, con la excepción de los medicamentos genéricos, cuyo margen es del 33% y de aquellos cuyo precio de laboratorio supera las 78,34 euros, para los que se ha establecido un tope, con la retribución máxima de 33,54 euros⁷. Aunque estos escenarios pueden variar en un futuro inmediato⁸.

En este escenario surge una nueva propuesta conocida como Atención Farmacéutica (AF), que es definida como el conjunto de actuaciones asistenciales del farmacéutico en su ejercicio como profesional sanitario y que se ha concretado en un **Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica**. Utiliza como justificación el cambio en el papel profesional de los farmacéuticos y los problemas relacionados con el medicamento, presentando un diseño poco riguroso, metodológicamente impreciso que admite múltiples interpretaciones.

Hablar de problemas relacionados con el medicamento es tan inespecífico como hablar de problemas relacionados con vivir, con la carretera... Son realidades tangibles justificadas en ocasiones con supuestos de difícil concreción que sin embargo se presentan como consecuencia de deficiencias de responsabilidad exclusiva del médico.

La AF se presenta como la solución universal para los problemas del Sistema Nacional De Salud español, desde garantizar que el tratamiento que recibe el paciente es el óptimo global en cuanto a eficacia, seguridad y eficiencia terapéuticas, hasta garantizar que el mismo es el mejor desde la óptica de la propia institución que gestiona el tratamiento en los aspectos asistencial, estructural y económico, pero también es la oportunidad de

construir un nuevo modelo de oficina de farmacia y de una orientación de calidad asistencial en la farmacia comunitaria ⁹.

Todo este planteamiento deja entrever otras justificaciones, no precisadas, pero más prosaicas, de interés exclusivo para la profesión farmacéutica y de dudoso interés social. La AF tiene un desarrollo controvertido por cuanto la profesión médica la considera un riesgo mayor que el que se pretende atajar, al realizar actividades de difícil justificación con propuestas que pueden constituir actos que se enfrentan directamente con la competencia exclusiva del médico.

2. EL USO INDEBIDO DE FÁRMACOS Y SUS CAUSAS

El medicamento es para buena parte de nuestra sociedad una gran esperanza, en ocasiones la solución, en otras el alivio de sus problemas. Pero también constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad significativa y evitable, condicionando la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)¹⁰. Según Espejo y cols ¹¹ se entiende por problemas relacionados con los medicamentos a fallos de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a que no se alcancen los objetivos terapéuticos o se produzcan efectos no deseados”.

En consecuencia los medicamentos, en contra de la respuesta que se espera de ellos y por diversas razones, pueden modificar negativamente el valor asignado a los años de vida de los individuos tanto en cantidad como en la calidad de la misma (AVAC). En los Estados Unidos de América, la Food and Drug Administración (FDA) en 1987, evaluó en 12.000 muertes y 15.000 los ingresos hospitalarios debidos a los efectos adversos de los medicamentos, estimando que únicamente se habían declarado el 10% de estos¹².

En España todavía no se conoce la magnitud real del problema y consecuentemente no se ha tomado conciencia de su repercusión sobre la salud de los pacientes, salvo por algunos colectivos, como los farmacéuticos de hospital. Un estudio de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria¹³ del año 2.001, señala que en el hospital los errores de medicación ascienden hasta el 13 %, con una media de un error por paciente y día, de manera que puede considerarse que una de cada diez acciones en torno al

medicamento en los hospitales es errónea, dato que no se considera alarmante.

El Ministerio de Sanidad recientemente informaba de que en España en torno al 10 % de las urgencias hospitalarias son causadas por el uso indebido de los medicamentos¹⁴, aunque para otros esa es la tasa de errores de medicación en España¹⁵. Por otra parte la calidad del servicio de la farmacia hospitalaria española se considera la más elevada de Europa lo que podría tenerse en cuenta para valorar supuestos beneficios de la AF y a considerar soluciones similares para los centros de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define **efecto adverso como cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento** que ocurre en el ser humano a las dosis utilizadas para profilaxis, diagnóstico, terapéutica o modificación de una función fisiológica¹⁶. Actualmente se tiende a sustituir la denominación de efectos adversos por la de **problemas relacionados con la medicación**, que incluye tanto los efectos adversos como los efectos indeseados debidos a errores de medicación, constituyendo un enorme pozo ciego donde cabe todo, no diferenciándose muy bien de donde procede cada uno. A pesar de que la responsabilidad de los mismos en principio se le atribuye solo al médico, sin embargo los **errores de medicación** se deben al uso inapropiado de los medicamentos y por consiguiente son previsibles. Los efectos adversos pueden deberse a errores de medicación (previsibles) o suceder sin que se haya producido ningún error (no previsibles). En todo caso, muchos de los problemas relacionados con el medicamento son aunque difíciles potencialmente evitables y el hecho de que sucedan provocan fracasos terapéuticos, nuevos problemas médicos y elevados costes económicos y sanitarios.

I. El uso indebido de fármacos

El uso indebido de fármacos es con frecuencia causa de efectos no deseados de los mismos, en ocasiones desconocidos. La decisión de tomar o aplicar fármacos ó productos medicinales fuera del control y consejo del médico adquiere en nuestra sociedad una relevancia progresiva. Esta realidad se mueve en torno a varios conceptos que deben tenerse en cuenta: automedicación, autoprescripción y prescripción inducida por el farmacéutico que es preciso diferenciarlos del autocuidado.

Estudios realizados en España estiman que la prevalencia de la automedicación alcanza al 40-75% de los medicamentos realizándose con un 40% de medicamentos de prescripción médica obligatoria adquiridos sin receta médica. Alcanza al 57,9% de los ciudadanos antes de acudir al médico¹⁷.

Se pretende poner al paciente en contacto con el medicamento exclusivamente a través de los agentes interesados en la promoción y venta de los mismos (1). Varias son las estrategias para alcanzar este objetivo, por un lado el aumento y disponibilidad de especialidades farmacéuticas publicitarias, denominados fármacos OTC, que no requieren prescripción médica^{18, 19}, por otro, la conversión del medicamento en producto de uso habitual y ordinario, mediante continuas campañas de estímulo al consumo fuera del control médico lo que provoca a su vez la vulgarización de su utilización.

El uso indiscriminado de fármacos sin prescripción ni control médico ni de ningún agente sanitario capacitado para ello y en la mayoría de los casos sin necesidades objetivas de los mismos se denomina **autoprescripción**. En el origen de la autoprescripción está el propio paciente como causa de la misma, la publicidad con sus estímulos al consumo, y está también el consejo no médico –familia, entorno, oficina de farmacia-. La consecuencia de la autoprescripción es el medicamento adquirido de forma irregular y sin las garantías asistenciales y sanitarias precisas.

La separación entre autoprescripción y la prescripción realizada en la oficina de farmacia es escasa. Lo cual unido a la falta de información y a una educación sanitaria insuficiente, aumentan el riesgo de reacciones adversas y efectos indeseables. Lo que ocurre especialmente en ancianos y en pacientes polimedicados de los que nadie quiere responsabilizarse de su gestión terapéutica global, a la vez que se le pueden introducir nuevos fármacos desconocidos para el médico.

En este momento, son muchos los medicamentos que precisando legalmente receta médica para su dispensación, se pueden obtener sin ningún control en la farmacia. En ocasiones con tanta facilidad como los productos de tipo cosmético o de uso doméstico. Si esto es así en la medicación de uso humano, es fácil sacar consecuencias sobre la utilización de medicamentos de uso animal y de otros productos químicos

de uso masivo, con las consiguientes repercusiones, a través de la cadena alimentaría, en el ecosistema general y en el hombre, que constituyen auténticos problemas por uso indebido de medicamentos, tan a menudo olvidados como imposibles de contabilizar, pero atribuibles, en buena parte, a la dispensación farmacéutica.

II. Prescripción Inducida por la Farmacia

A lo anteriormente expuesto es preciso añadir la prescripción inducida por la farmacia que constituye un problema de calidad con responsabilidades legales y éticas que le resta credibilidad al SNS y a los profesionales²⁰. Tras la adquisición en la oficina de farmacia de un fármaco de necesaria prescripción médica, por solicitud directa de la persona que lo adquiere ó por consejo del farmacéutico o auxiliar o de cualquier profesional sanitario, se suele acudir a la consulta del médico con el único objetivo de conseguir la prescripción, utilizando diversos pretextos y aprovechándose de la sobrecarga asistencial. Esta prescripción, se denomina inducida y en la que, sin negar la responsabilidad del médico debida sobre todo a la presión asistencial, al propio paciente y al sistema sanitario, viene provocada por la oficina de farmacia, que es la responsable legal de la dispensación sin receta médica.

Si el concepto de problemas relacionados con los medicamentos es inespecífico y confuso, el uso de los términos autoprescripción y prescripción inducida en la farmacia, si no se utilizan adecuadamente son incompletos en su formulación y dejan fuera de su enunciado buena parte de la responsabilidades que los generan, como la inducción al consumo de fármacos en la oficina de farmacia, con la consiguiente dispensación sin receta. Esta se produce aparentemente ante la petición del paciente, cuando en la mayoría de las ocasiones lo que este solicita es consejo. Si hay una relación de interés entre el consejo solicitado y la obtención de un beneficio económico para el farmacéutico a través del fármaco, el consejo se transforma casi siempre en una dispensación que incluyen la recomendación de un medicamento y no siempre por el farmacéutico, sino por los propios auxiliares de farmacia.

Esta actuación a demanda del paciente parecería eximir de responsabilidad al farmacéutico, cuando se trata de un profesional

cualificado que debe actuar conforme a la *lex artis* y a la regulación legal de su actuación profesional. Sin embargo no es así pues nuestro ordenamiento arbitra un régimen represor para aquel que dispense un medicamento sin la prescripción del médico si es de aquellos que precisan receta. Y si esta es la experiencia previa generalizada y contrastada, ¿por qué vamos a presuponer un cambio en la actitud de cuantos trabajan en la oficina de farmacia si se mantiene el resto de las variables y condicionantes que lo ocasionan y que justifican la separación entre prescripción y dispensación?.

III. El uso indebido de antibióticos

Dentro de este apartado tiene especial relevancia y trascendencia el de la autoprescripción y el uso indebido de antibióticos. Los antibióticos constituyen un grupo farmacológico de enorme importancia tanto por sus beneficios terapéuticos y clínicos como por el impacto social y económico de su empleo. La población española participa activamente en el consumo de antibióticos y no sólo a través de la prescripción médica, sino por la adquisición directa de estos fármacos en las oficinas de farmacia a petición propia o por recomendación del farmacéutico, o bien a través del almacenamiento de antibióticos en los hogares en el *botiquín casero*, origen del inicio de tratamientos antibióticos por automedicación.

Se ha señalado que la automedicación es, junto a la utilización de antibióticos en procesos infecciosos no bacterianos y al incumplimiento terapéutico por parte del paciente, el principal problema que tiene planteado el empleo de antibióticos en el medio extrahospitalario. La automedicación con antibióticos, por su trascendencia cualitativa y cuantitativa, constituye un auténtico problema de salud pública. Cuantitativamente como lo demuestra que los antibióticos son los medicamentos de automedicación más consumidos en España después de los analgésicos y los antigripales.

En efecto, la adquisición directa de los antibióticos en las farmacias, parece ser un hecho común en España, con una mayor dimensión que en otros países. Un trabajo de campo de 1997 realizado dentro del proyecto URANO²¹ sobre uso racional de antibióticos orales, encontro que la dispensación de antibióticos sin receta sería del 32%. Mientras que en el caso de titulados superiores la adquisición de antibióticos sin receta llegaba hasta el 41,66%

²²

Todo esto, cuando está demostrado que en un área tan compleja como la infección, sólo el médico avezado puede establecer un diagnóstico certero, conocer los patógenos previsiblemente causantes y prescribir el tratamiento antibiótico más adecuado, teniendo en cuenta la sensibilidad de los patógenos, los parámetros farmacocinéticos, la eficacia y la seguridad demostradas en los ensayos clínicos y las características del paciente y de la enfermedad. Además, el antibiótico que es útil para un enfermo, puede no serlo para otro.

Las consecuencias de la automedicación con antibióticos son variadas, a saber: dispensación de medicamentos sin receta médica vulnerando la legalidad, uso innecesario e inadecuado de un fármaco que genera iatrogenia antibiótica, mayor utilización de los servicios de urgencias e incremento de las hospitalizaciones como consecuencia de los problemas relacionados con los antibióticos; también provoca importantes costes económicos y sociosanitarios, alteración de la ecología bacteriana y por ello la creación y desarrollo de resistencias bacterianas. Este último aspecto es el más relevante de la automedicación y uso incorrecto de antibióticos, ya que no solo afecta al individuo que los toma, sino también al conjunto de la sociedad. La automedicación es uno de los principales factores que contribuyen al uso y abuso de los antibióticos, aspecto que se ha identificado como la principal causa del aumento de la prevalencia de bacterias resistentes, especialmente preocupante en España, para varios de los microorganismos implicados en las infecciones extrahospitalarias más frecuentes.

Queda establecida una relación directa entre la **automedicación con antibióticos y la dispensación** farmacéutica, sin prescripción médica, llegando a generarse un grave problema de salud pública que ha disparado las alarmas sanitarias por la utilización inadecuada de estos fármacos, fundamentales en la terapéutica moderna (13). Ante esta situación tan contrastada y preocupante, que indudablemente entronca con el problema del mal uso y del abuso en la utilización y el consumo de antibióticos, resulta temerario poner en manos de los profesionales que están generando tan importante problema para la salud pública y para la salud individual, un instrumento como la Atención Farmacéutica que pretende garantizar el cumplimiento terapéutico y el uso óptimo de los fármacos, sin la participación del médico.

A pesar de todo en España hay una clara disminución del consumo de antibióticos en los últimos años²³. Los 110 millones de envases de 1976, se convirtieron en 66 millones de envases en 2001. Ocurrió un repunte en los años 96 y 97, después del cual el consumo, aunque sigue siendo elevado, va disminuyendo de forma considerable porque según los datos de facturación del SNS el consumo de antibióticos en 1997 fue de 21 DDD (Dosis Diaria Definida por mil habitantes)^{24, 25, 26}, que sin embargo otros trabajos que consideraban el IMS elevaban hasta de 31 DDD²⁷. El problema es muy importante porque según diversas estimaciones, dependiendo del lugar y la época del año, el consumo de antibióticos por día en la población general afecta entre el 5 y el 8% de la misma²⁸.

OBJETIVOS ASISTENCIALES DE LAS OFICINAS DE FARMACIA.

La denominada atención farmacéutica no es más que una incursión asistencial de las oficinas de farmacia en la competencia médica. Como consecuencia de la modificación del tradicional papel profesional, centrado en la preparación y dispensación de medicamentos, los farmacéuticos están buscando nuevos espacios de desarrollo profesional que justifiquen su labor social y sanitaria. Con esta finalidad pretenden desarrollar en España la denominada **Atención Farmacéutica (AF)** que es definida con numerosas acepciones, lo que sugiere falta de claridad y de concreción de este concepto de amplio espectro, que sirve para todo. Fundamentalmente la definen como *el conjunto de actuaciones asistenciales del farmacéutico en su ejercicio como profesional sanitario*. Para conseguir estos objetivos han elaborado un **Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica** que pretenden implantar con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo, con el cual han firmado un convenio para su puesta en marcha^{29, 30}.

El Plan Estratégico de Atención Farmacéutica establece para sus objetivos tres apartados concretos:

- a) Dispensación.
- b) Consulta o indicación farmacéutica.
- c) Seguimiento farmacoterapéutico.

Si el primer objetivo, la dispensación, enlaza con la labor habitual del farmacéutico, los dos objetivos siguientes plantean numerosas dudas y llegan a invadir el campo profesional del médico, ya que al realizar nada menos que la consulta sobre un problema de salud, precisan llegar a un diagnóstico previo, materia reservada exclusivamente al médico, por formación y competencia profesional y para la que el farmacéutico no está preparado ni habilitado. Si aún así, se llega a realizar una indicación farmacéutica, la falta de garantías supone una actuación profesional de riesgo con las posibles responsabilidades derivadas que habrá que diferenciar y exigir en su caso.

El seguimiento farmacéutico busca obtener la máxima efectividad de los tratamientos farmacoterapéuticos, minimizar los riesgos causados por el

uso del medicamento, mejorar la seguridad farmacológica, contribuir al uso racional del medicamento y mejorar la calidad de vida del paciente, todos ellos objetivos loables si se realizasen por el profesional adecuado que en la mayoría de ocasiones no es el farmacéutico. Pero para realizar ese seguimiento y cumplir estos objetivos, se necesitan unas condiciones previas de información sobre la enfermedad que originó la prescripción y de conocimiento del paciente en un sentido global e integral que solo el médico posee y que por motivos obvios, éticos, legales y profesionales, no puede compartir, por lo que el objetivo asistencial de las oficinas de farmacia denominada AF se asienta sobre unas bases falsas, creando incertidumbre y desconfianza que pueden poner en peligro el éxito del cumplimiento terapéutico, la relación médico-paciente y la propia seguridad terapéutica que pretenden conseguir. Es un planteamiento simplista y unilateral que no aborda las causas, ni aporta soluciones eficaces al problema, genera un conflicto innecesario y peligroso con la profesión médica, sin conseguir tampoco uno de sus principales objetivos, que es la reducción de los problemas relacionados con los medicamentos.

El incumplimiento de la prescripción es un hecho bien conocido, especialmente en las enfermedades crónicas, si bien sus consecuencias tanto clínicas como económicas, no han sido valoradas adecuadamente. El incumplimiento terapéutico se considera una de las causas de variabilidad en la respuesta observada en pacientes ambulatorios y causa entre otras del imposible control de muchos pacientes crónicos. Se entiende por cumplimiento la extensión con que la administración de un medicamento se ajusta al tratamiento farmacológico prescrito. Por tanto, la falta de cumplimiento puede hacer referencia a la no aceptación inicial del tratamiento por el paciente, a la alteración de la dosis o el intervalo y a la interrupción prematura del tratamiento. Las consecuencias del incumplimiento del régimen de dosificación dependen de las características del fármaco y del tipo de enfermedad y pueden conducir a una pérdida de eficacia o a un incremento de la toxicidad. La interrupción prematura de los tratamientos farmacológicos se produce con mayor frecuencia en enfermedades asintomáticas que no presentan un compromiso vital inmediato, como la hipertensión arterial, la diabetes, deslipemias, depresión... La importancia del incumplimiento de los tratamientos, ha impulsado el desarrollo de estrategias dirigidas a mejorar la comunicación con el paciente y el potencial terapéutico de los recursos farmacológicos, pues el incumplimiento terapéutico no depende en exclusiva ni del médico ni del fármaco.

La industria farmacéutica ha dirigido sus esfuerzos hacia las alternativas que permiten simplificar la posología, facilitar la administración y, en consecuencia, mejorar el cumplimiento. El incumplimiento es responsable de fracasos terapéuticos con progreso de la enfermedad, de efectos adversos y, en el caso de infecciones, de resistencias a los antimicrobianos. Los fracasos suelen producir una mayor utilización de recursos sanitarios, principalmente hospitalizaciones, visitas médicas, precauciones adicionales en el seguimiento o tratamientos alternativos. De todo lo anterior se advierte que el farmacéutico puede y debe ser un colaborador en la estrategia de lograr un mejor cumplimiento terapéutico, pero que las causas del incumplimiento son múltiples y numerosos los agentes que intervienen en el proceso, sobre los que habrá que incidir para mejorar el cumplimiento. En este marco el farmacéutico es un agente más en el proceso asistencial, pero no exclusivo, ni siquiera el principal y como tal debe actuar y asumir el papel que le corresponde.

En base a estos objetivos básicos que plantea la Atención Farmacéutica³¹ vamos a hacer un desarrollo expositivo del problema, justificando su repercusión en la calidad asistencial.

2. OBJETIVOS ASISTENCIALES DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

1. Dispensación

Como recoge el Plan Estratégico de AF, la dispensación es el servicio que generalmente supone el centro de la actividad del farmacéutico y representa la principal demanda del consumidor. Ésta es la labor principal del farmacéutico y aunque en un principio pueda parecer una actividad únicamente comercial, tiene una importante función sanitaria, ya que recae sobre el farmacéutico la custodia de los medicamentos para que cumplan la función para la que fueron producidos. Los objetivos del farmacéutico mediante la dispensación es “entregar el medicamento y producto sanitario en condiciones óptimas y de acuerdo con la normativa legal vigente”.

Ya se ha mencionado la existencia de errores, efectos adversos y problemas relacionados con la medicación cuyas causas no están

identificadas y no tienen solución profesional, pero no son pocos problemas relacionados con la medicación atribuibles al farmacéutico³². Es curioso que por un lado desde la primera obligación profesional de las oficinas de farmacia que es la dispensación de medicamentos de acuerdo con la normativa vigente, no se plantee la fiscalización de la labor de los farmacéuticos para evitar dichos problemas y, sin embargo, esta misma situación invertida en relación al médico es la que justifica plantear la AF lo que, lógicamente, es inaceptable social y sanitariamente.

La dispensación racional evitaría problemas de salud pública, como el aumento de las resistencias antibióticas. Varios estudios ponen de manifiesto que hasta un 40% de los antibióticos se despachan en las farmacias sin indicación facultativa médica^{Falta referencia}. La dispensación de medicamentos sin el conocimiento del médico puede provocar problemas de interferencia medicamentosa y ser una de las causas de los problemas relacionados con los medicamentos. Con esta actuación unilateral y viciada desde el punto de vista profesional y legal, ya que infringe lo dispuesto en la Ley del Medicamento, poco beneficio se le ofrece a la sociedad y poco se contribuye a la tantas veces manida calidad asistencial.

Otro de los objetivos de la dispensación es: *proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos*. Sin duda el farmacéutico es un profesional bien capacitado en el manejo de los medicamentos y puede solucionar problemas de los pacientes en cuanto a interacciones con otros medicamentos, dosis a emplear, duración del tratamiento, etc., pero el paciente y el farmacéutico deben conocer la necesidad de advertir al médico en caso de prescribir o modificar algún tratamiento, sin cuyo conocimiento no se debería iniciar ninguna actuación terapéutica relevante. Dentro de una cultura que debe potenciarse en cualquier sistema sanitario que proteja al paciente y promueva calidad asistencial. la protección del mismo frente a los problemas relacionados con los medicamentos es una función compartida e ineludible de todo el dispositivo sanitario asistencial y no exclusiva de ningún grupo profesional, porque tratándose de la seguridad del paciente, la responsabilidad es de todos.

El farmacéutico no debe olvidar nunca que el medicamento actúa de forma específica sobre una persona concreta con problemas de salud y de medicación únicos y diferentes, como muy bien dice el profesor Antonio G. García³³, *el medicamento, sacado fuera del contexto de la historia clínica del*

paciente, pierde todo su sentido. Por tanto la actuación profesional del farmacéutico debe basarse en su capacidad contrastada, en su competencia, en aquellos aspectos para los que están formados, insuficientes para hacer un diagnóstico clínico preciso y para prescribir un tratamiento que en la mayoría de ocasiones abarca otros aspectos además de los farmacológicos.

II. Consulta o indicación farmacéutica

a) La Selección del Medicamento.

El objetivo de este segundo eje de actuación de los farmacéuticos es indicar al paciente la actitud más adecuada para resolver su problema de salud y en su caso seleccionar un medicamento.

Para llegar a pautar un tratamiento y sobre todo, para resolver un problema de salud, es siempre necesario un proceso previo de diagnóstico. Para hacer un diagnóstico, es necesario previamente hacer una historia clínica con su anamnesis, exploración y en su caso la petición de las pruebas necesarias. En consecuencia el hecho de que el farmacéutico con unas simples preguntas pueda instaurar un tratamiento, conlleva un alto grado de irresponsabilidad que es dudoso que los farmacéuticos estén dispuestos a aceptar y, lo que es más importante, es más dudoso que los pacientes acepten.

Asumiendo que hoy en día se acude a las farmacias para problemas que el paciente identifica como patologías banales, esta práctica no se puede generalizar porque incluso tras esas circunstancias a veces subyace un problema mayor que precisa atención médica. Por otra parte, indicar al paciente la actitud más adecuada para su problema de salud, implica el conocimiento de éste, es decir, un diagnóstico preciso, a veces tan difícil hasta para médicos avezados y cualificados, tanto más para el farmacéutico, y si a esta falta de diagnóstico la apostillamos con la selección de un medicamento, es decir, la prescripción pura y dura, reservada por ley, formación y competencia al médico, el farmacéutico estaría incurriendo en el delito penal de intrusismo profesional, que no es otra cosa que el ejercicio de una profesión titulada –la de médico- por persona -el farmacéutico- sin la titulación correspondiente.

b) Carencias de Información

También se proponen a través de la AF resolver las dudas planteadas por el usuario o las carencias de información detectadas por el farmacéutico

La detección de carencias de información del paciente para poder asimilar y en consecuencia, para asumir el cumplimiento terapéutico, es un problema grave fruto de la masificación de las consultas de Atención

Primaria. No cabe duda que la información sobre su dolencia así como su plan terapéutico es una labor propia del médico, y como todos sabemos, se precisa una visita médica tranquila y sosegada, para que el paciente salga de la consulta con las ideas claras.

El médico es el profesional mejor capacitado, mejor posicionado, mejor preparado y con credibilidad para solucionar los problemas que le plantea ó detectar los que desconoce el paciente. El proyecto asistencial de las oficinas de farmacia no parece la forma más adecuada de responder a las deficiencias estructurales del sistema ni de resolver las dudas que se plantean en la consulta del médico dentro de la cual deben resolverse. Insistiendo una vez más, la información debe basarse en las capacidades propias de los farmacéuticos para desenvolverse y desarrollar aquellos aspectos para los que han sido preparados y formados. Es decir no disponen de la formación que se le exige al médico y por tanto, el hecho de que desarrollen actividades propias del médico, puede ser perjudicial para la salud y la seguridad del paciente, lo que en determinados casos y con la suficiente dimensión puede devenir en un problema de salud pública.

El plan estratégico de AF pretende también *proteger al paciente sobre la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos*. Sin duda, también en este apartado, es el profesional de la medicina el que mejor puede cubrir esa faceta. Insistimos nuevamente en la idea de que el medicamento interactúa en un determinado paciente con sus características propias y el que mejor las conoce es su médico. La respuesta razonable a los problemas relacionados con el medicamento es actuar sobre los errores que los producen y las personas que se equivocan, con medidas destinadas a enseñar, corregir y prevenir esos errores para evitarlos en un futuro, pues si bien los médicos generan parte de los mismos en relación con su prescripción, también los farmacéuticos los generan en su actuación profesional o a través de empleados con formación y capacitación limitadas.

Otro objetivo es *evaluar si el problema de salud es precisamente consecuencia de un problema relacionado con un medicamento*.

De nuevo repetimos que para poder llegar a precisar si un determinado problema es producido por un medicamento, hay que valorar otros aspectos además de las puramente farmacológicas, porque en medicina un mismo síntoma puede responder a múltiples problemas, y solo a través de una buena preparación clínica se pueden abordar con eficacia y

seguridad. El planteamiento de la AF es excesivamente simplista, ya que el problema, lejos de una valoración profesional única y definida, exige una valoración global, atendiendo a todas las causas de los problemas, incluyendo aspectos clínicos, farmacológicos, organizativos, etc., de los que se puede inferir que el farmacéutico pretende excederse en su capacidad de resolución al tratar de solucionar por sí solo los problemas relacionados con el medicamento. El farmacéutico puede ser un colaborador, pero sin disponer de una formación suficiente y de información completa sobre enfermo, que son las garantías mínimas para una actuación profesional competente y segura, no puede ni debe resolver.

III. Seguimiento farmacoterapéutico.

Desde los tiempos de Hipócrates, hace 24 siglos, el éxito terapéutico se basa en una sólida relación médico-enfermo que descansa en la confianza mutua y en el mutuo respeto. Sólo con una sólida relación médico-enfermo puede planificarse una terapia farmacológica que el enfermo aceptará mientras no haya interferencias en esa relación. El introducir un seguimiento farmacoterapéutico por parte de otro profesional solo acarrearía desconfianza y por tanto pérdida de esa relación de confianza mutua entre médico-paciente, lo que repercutiría negativamente sobre el cumplimiento terapéutico⁽³³⁾

El plan estratégico para el desarrollo de la AF establece que los objetivos a conseguir deben basarse en:

- ***Buscar la obtención de la máxima efectividad de los tratamientos farmacológicos.***
- ***Minimizar los riesgos asociados al uso de los medicamentos y mejorar la seguridad.***
- ***Contribuir a la racionalización del uso de los medicamentos.***
- ***Mejorar la calidad de vida de los pacientes.***

Estos objetivos son compartidos por igual por farmacéuticos y médicos, pues todos deseamos minimizar los riesgos de los medicamentos, utilizarlos de forma racional y sobre todo mejorar la calidad de vida de los pacientes. Pero para saber si un tratamiento está cumpliendo las expectativas adecuadas, es necesario conocer con profundidad la patología que ha motivado esa actuación, lo que en ocasiones no es fácil ni siquiera

para los especialistas³⁴. Una vez más nos encontramos que hoy en día el único profesional capacitado para realizar dicha valoración es el médico. Es por ello que cada uno debe actuar en el campo propio de sus conocimientos, como así lo ha reconocido la sociedad durante muchos años, evitando injerencias que sólo conducen a levantar ampollas entre dos colectivos que estamos obligados a entendernos.

En resumen, hay objetivos de la AF que entran de lleno entre las competencias del farmacéutico, como es la dispensación de medicamentos en condiciones óptimas y de acuerdo con la normativa vigente o resolver las dudas planteadas por el usuario o bien tratar de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Pero otros objetivos de la AF son claramente asistenciales y clínicos, aunque estén convenientemente disfrazados, y no pueden ser asumidos por la profesión farmacéutica, ni aceptarse esa asunción competencial desde ningún lugar o institución de la sanidad o de la Administración, siendo inadmisibles su desarrollo de forma unilateral, cuando exceden el ámbito competencial del farmacéutico con intrusión en el campo médico, Sólo podrían plantearse en colaboración con el médico, mediante una comunicación fluida y eficaz y siempre bajo la dirección terapéutica que sobre el paciente y su problema de salud y sobre su tratamiento, ejerce el médico.

4. LA ATENCIÓN FARMACEUTICA Y LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

1. Antecedentes internacionales de la A.F.

La Atención Farmacéutica fue definida en 1.990 por Hepler y Strand , los creadores del concepto (Pharmaceutical Care) como la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. La Atención Farmacéutica surgió en EEUU como un movimiento profesional de ciertos grupos farmacéuticos, a raíz de la crisis del sector farmacéutico como consecuencia de la liberación de la venta de determinados fármacos en las grandes superficies comerciales y supermercados. Se trata de un intento de dar valor añadido al mero acto mercantil de la venta de un fármaco para convertir esa actuación en un ejercicio intelectual-profesional que busca como objetivo final el beneficio del paciente a través del *consejo*

terapéutico. Quince años después de la primera exposición de la idea, sigue estando en los países que la impulsaron, *en estado gaseoso de la teoría*, como dice D. Enrique Costas Lombardía en su *Análisis crítico de la Atención Farmacéutica*³⁵.

La declaración de Tokio³⁶ de 1.993 fijó como objetivo de la Atención Farmacéutica *la participación en la promoción de la salud y las actividades de educación sanitaria de la población*, al tiempo que marcaba unos objetivos de actuación concretos, priorizando entre otras cuestiones de interés sanitario la deshabituación tabáquica, el uso racional del medicamento o la prevención del SIDA. Estos objetivos quedan olvidados o relegados en la propuesta española de Atención Farmacéutica que en su plan estratégico modifica aquellas prioridades en función de sus intereses privativos de grupo y de las necesidades de relanzamiento y ubicación social y sanitaria de la profesión farmacéutica que bajo el pretexto de la Atención Farmacéutica se reivindica a sí misma para conseguir objetivos más prosaicos que los recogidos en la aludida declaración.

Hay trabajos publicados en Gran Bretaña y Canadá sobre el papel de las farmacias en la promoción de la salud y también existen documentos surgidos de los Task Force americano y canadiense que ponen de relieve el papel del farmacéutico en el desarrollo de estrategias para promover ciertas acciones preventivas, sin que esta actuación tenga nada que ver con la consulta e indicación farmacéutica, ni con el seguimiento farmacoterapéutico que pretende la AF en España.

Es significativo que en los Estados Unidos las HMO (Health Management Organization) y las PBM (Pharmaceuticals Benefits Management) que en estos asuntos son siempre muy activas y están muy interesadas y atentas a la innovación en los medios de gestión y servicio, no hayan concedido interés a la AF, a pesar de sus esfuerzos para la contención del gasto farmacéutico.

II. Declaración de la UEMO (Unión Europea de Médicos Generales).

En España nos hemos adelantado al resto de países y así, se ha firmado el documento de consenso de la Atención Farmacéutica entre el

Ministerio de Sanidad y el Consejo General del Colegio de Farmacéuticos. Ante estos hechos se presentó un informe sobre esta situación en la reunión de la Unión Europea de Médicos Generales (UEMO) celebrada en Malta en Junio de 2001. En dicha reunión y tras exponer la situación, la UEMO se reafirmó en el contenido de la resolución de diciembre de 1.999 acerca de las funciones y responsabilidades de los farmacéuticos y médicos que son las siguientes:

En muchos países europeos tanto los farmacéuticos como otros profesionales sanitarios están ampliando sus funciones. Por esa razón la UEMO quiere hacer hincapié en que la ampliación de dichas funciones:

- a) No debe atentar contra la integridad de la Medicina General ni contra la situación de los médicos generales.
- b) Debe basarse en una delimitación clara de las funciones y de las responsabilidades efectuadas por las autoridades gubernamentales y por los profesionales de mutuo acuerdo.
- c) Debe depender de que se demuestre claramente que se poseen las competencias indicadas.
- d) Debe comprobarse que los farmacéuticos y el resto de los profesionales sanitarios se hacen plenamente responsables profesional y legalmente de sus acciones.

III. Declaración de la Asociación Médica Mundial.

Esta declaración está en sintonía con la realizada por la Asociación Médica Mundial (AMM) que en agosto del 2000 presentó entre sus conclusiones de la reunión sobre las *Injerencias de los Farmacéuticos en la práctica de la profesión Médica*, la siguiente:

- Se debe mantener la separación profesional de las funciones de prescribir, exclusiva del médico, y de dispensar, propia del farmacéutico. Mediante esta declaración queremos una vez más resaltar el mantenimiento abierto y constructivo de la separación profesional esencial de los actos de prescribir y dispensar.
- Con ello el paciente estará mejor atendido si el farmacéutico y el médico trabajan cada uno en lo que es de su competencia, para lo que se han formado, reconociendo cada uno su rol y respetándolo,

asumiendo ante los enfermos las correspondientes responsabilidades civiles y profesionales.

IV. La política farmacéutica en la Unión Europea y la Atención Farmacéutica

La política farmacéutica de la Unión Europea está clara y bien definida y, en ningún caso recoge entre sus estrategias, directrices o recomendaciones a la Atención Farmacéutica. En octubre de 2.000, el Consejo Económico y Social de la UE elaboró un dictamen de iniciativa sobre *“El papel de la Unión Europea para una política farmacéutica que responda a las necesidades de los ciudadanos: mejorar la asistencia, relanzar la investigación innovadora y controlar la dinámica del gasto sanitario”* pues bien, este comité llama la atención y analiza temas como: el papel del farmacéutico en la sociedad, el gasto farmacéutico, las desigualdades de los ciudadanos europeos en el acceso a los fármacos, valoración de las ventajas terapéuticas para el paciente, el uso adecuado de los fármacos, la promoción del uso de genéricos, etc. sin mencionar ni una sola vez la Atención Farmacéutica. Esto demuestra la falta de interés real en Europa para este tipo de prácticas, que en caso de considerarla eficaz y eficiente, la hubiesen recogido en su dictamen.

Ningún país del mundo aplica por ahora la Atención Farmacéutica, ni al parecer existen planes para su implantación. Por consiguiente, la pretendida experiencia española sobre AF es un experimento que por sus consecuencias puede poner en riesgo las estructuras más sólidas y cualificadas de nuestro sistema sanitario, sin que haya demostrado de forma concluyente resultados, ni su eficacia, ni sus ventajas. Puede asegurarse que después de más de una década desde el inicio de la AF en el mundo, pretendiendo añadir funciones clínicas a la farmacia, ésta ha pasado desapercibida y queda reducida a un marco de ensayos y publicaciones experimentales en el ámbito universitario, todo ello en tono menor, especulativo y de escaso interés.

5. POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Ya se comentó con suficiencia las repercusiones sanitarias y económicas de los problemas relacionados con el uso inadecuado del medicamento, constituyendo un problema de salud pública, para los cuales la denominada AF pretende ofrecer soluciones. Pero probablemente en la práctica diaria se puedan presentar otros problemas añadidos a los ya existentes, incidiendo sobre la relación médico-paciente, la frecuentación, la percepción de inseguridad, la desviación y aumento de los problemas que se intenta resolver y el sobre el gasto sanitario global³⁷. Todos los profesionales que participan en la cadena asistencial deben coordinar sus esfuerzos con el fin de prevenir y erradicar, los problemas relacionados con el uso de medicamentos, así como aumentar la calidad asistencial y mejorar la seguridad de los pacientes. Sin embargo cualquier medida debe ser contrastada previamente y comprobada su necesidad, eficacia y efectividad y debe tener como única razón el interés del paciente y en ningún caso intereses particulares de dudosa legitimidad.

I. Repercusión sobre la práctica clínica

El control y tutela del cumplimiento terapéutico del paciente por parte del farmacéutico, aunque justificada por estos como una *colaboración profesional con el médico prescriptor*, va a generar necesariamente interferencias en la relación médico-enfermo y en el propio tratamiento, porque el farmacéutico, a pesar de su condición de experto en el medicamento, no puede invadir el área legítima de actuación del médico y cambiar el plan terapéutico que este ha recomendado a su paciente, sin alterar la cualidad de la relación médico-enfermo, ya que el modificar aquel plan equivale a apropiarse de la potestad de prescribir, así nos lo recordada en 1.999 la Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la *Ética de la Prescripción y Sustitución de Medicamentos Genéricos*, quien también nos recuerda que si bien el farmacéutico está obligado por su profesión a ser un buen conocedor del medicamento, no puede olvidar que los médicos son buenos conocedores de los pacientes y responsables últimos de la atención de su salud.

Si se produce una extravasación de las competencias profesionales de los farmacéuticos, introduciéndose en el campo profesional de los médicos, puede ser perjudicial para el paciente y para la sociedad. Para el enfermo porque ésta duplicidad asistencial en el seguimiento terapéutico o en iniciativas complementarias de prescripción le va a generar incertidumbre e inseguridad, poniéndole en el dilema de tener que elegir entre las opciones previstas por el médico o las recomendadas por el farmacéutico en base a informaciones previas no siempre iguales.

La AF puede interferir en la práctica clínica, creando distorsiones en la misma y generando inseguridad. **En el enfermo** porque corre el riesgo de perder la confianza en su médico o caer en la incertidumbre con respecto a él, en función de que el médico acepte o no las advertencias del farmacéutico, que el paciente le transmite, ya que si el médico no acepta lo advertido por el farmacéutico sobre sus prescripciones, el paciente puede dudar de su prescripción y si por el contrario las admite, el paciente podría desconfiar de la competencia de su médico que no había previsto o desconocía los problemas relacionados con su medicación. Y esto, más que un dilema, es una agresión a la práctica médica. Y por otra parte genera inseguridad **en el médico** que observará desconfiado, que otro profesional, ajeno a su responsabilidad primordial sobre el enfermo y sobre sus propios actos relacionados con la prescripción y el cumplimiento terapéutico, de forma independiente y comunicándose con él a través del paciente, efectúa sobre él un control externo de su actividad clínica, a través de la vigilancia de los problemas. Con todo esto, se alteran las condiciones esenciales de la relación médico-enfermo y se minan sus pilares.

También es cuestionable la eficacia de la AF, ya que los estudios aportados sobre la misma son insuficientes y probablemente inadecuados, como el que en el año 2.001 aseguraba que *la intervención del farmacéutico reduce la tasa de reinfartos*, en este sentido, el estudio sobre Evaluación Económica de la Atención Farmacéutica (AF) en oficinas de Farmacia Comunitarias denominado Proyecto TOMCOR³⁸ realizado en España, con un seguimiento de pacientes con enfermedad coronaria y en donde se analizan los costes y el impacto económico de la AF, no resulta suficientemente demostrativo, por escaso y sesgado.

La prestación de un servicio para el que el farmacéutico no tiene cualificación, dado que no es un experto en la clínica, en este caso de algo tan especializado y preciso como la cardiopatía isquemia, haciendo una

valoración del tiempo dedicado a la atención de una patología por personal incompetente, parece una falacia argumental que desacredita el estudio y su eficacia. Constituye una peligrosa pérdida de tiempo que pretende demostrar el beneficio de un seguimiento terapéutico basados en aspectos tan complejos como son los que inciden sobre la evolución de la cardiopatía isquémica. En cuyo concepto se incluyen diversas patologías relacionadas de extraordinaria importancia y polimorfismo, difíciles de abordar por profesionales no avezados y habituados al manejo y al conocimiento actualizado de estas patologías.

Por consiguiente, esta evaluación de los resultados económicos de un servicio farmacéutico reformado orientado a la farmacia clínica, son escasamente convincentes, por obtener resultados poco significativos, porque existen dudas metodológicas, como en la selección de los dos grupos estudiados, el de intervención y el de control y porque incluso ésta actuación produjo aumento de la utilización de los servicios hospitalarios en el grupo de intervención, lo cual supuso naturalmente, aumento del gasto (en tiempo, en reasignación de recursos y en medicamentos). Pero además es difícil que un solo estudio con resultados tan poco concluyentes, resulte significativo para el objetivo que se pretende demostrar. En cualquier caso habrá que demostrar si estudios posteriores llegan o no a las mismas conclusiones.

Por otra parte, estudios similares desarrollados en otros países ponen de manifiesto que cuando predominan problemas de cumplimiento es factible que la AF pueda producir aumento del gasto farmacéutico, como ocurrió en el estudio TOM-Asthma, iniciado en Dinamarca en 1992, con un incremento del gasto en AP y un ahorro en ingresos y urgencias hospitalarias.

En resumen no se ve claro el impacto económico favorable de la AF, creemos que no está demostrado de forma fehaciente que haya ahorros ni en tiempo asistencial, ni en los costes referidos a la utilización de servicios sanitarios, ni en el gasto en medicamentos, ni mucho menos que tenga un impacto demostrado y favorable en la calidad asistencial, ni siquiera en el cumplimiento terapéutico.

Otro aspecto de incidencia de la AF sería sobre **la frecuentación**. Se afirma de forma interesada y no demostrada que la AF disminuirá la frecuentación de los pacientes a la consulta médica en base a la resolución

de problemas relacionados con la medicación por el farmacéutico que solucionará estas cuestiones sin la intervención del médico. Es más, se amenaza con la masificación de las consultas si no se implanta la AF. Aparte de que la masificación ya existe y que la frecuentación se debe a otros factores (accesibilidad, gratuidad del proceso asistencial, envejecimiento poblacional, etc.) es más que dudoso que la implantación de la AF vaya a suponer ningún cambio en la frecuentación, pues no existen elementos de disuasión, información y solución de los problemas que mejoren la alternativa del médico como profesional de la salud, especialmente en el servicio sanitario público. Por el contrario, la intromisión en la relación médico-paciente por parte del farmacéutico creará en el paciente incertidumbre, dudas, en algunos casos duplicará los tratamientos y distorsionará la asistencia y generará múltiples consultas burocráticas, con más frecuentación, caldo de cultivo de la desconfianza en el sistema sanitario y espléndido para el desarrollo de prácticas lucrativas no deseables.

II. Repercusión sobre la relación médico-paciente

En la relación médico paciente la prescripción se ve afectada por los principios de no maleficencia, beneficencia y autonomía. Es decir el médico en la prescripción, como en toda su actuación profesional, está obligado en primer lugar a evitar hacer daño al paciente y en segundo lugar a buscar su mayor beneficio. El médico al prescribir debe buscar una adecuada relación coste-eficacia y a procurar una prescripción ética y técnicamente adecuada, en beneficio del paciente. Para ello una buena prescripción debe reunir al menos estos objetivos: máxima efectividad, mínimos riesgos, el coste más reducido posible y el respeto a la elección del paciente³⁹. Además, idealmente las terapéuticas deberían estar validadas por medio de estudios clínicos y metaanálisis que demuestren un balance beneficio/riesgo adecuado.

Sin duda el proyecto asistencial de las oficinas de farmacia cuestiona el papel tradicional del médico en relación al enfermo, produciendo interferencias y confusiones en la relación médico-paciente y sería un lujo despreciar el valor añadido que en todo acto clínico supone esta especial relación. Si está demostrado que una buena relación médico-paciente, con una buena comunicación entre ambos que haga percibir a este último la asistencia médica de una manera positiva, potencia la efectividad clínica,

mejora la satisfacción del paciente y la calidad del acto médico, sería absurdo poner en peligro esta relación por la interferencia de un tercer factor en la relación médico-paciente.

El hecho de someter al médico a un control externo, por parte del farmacéutico, provocará como reacción una importante e innecesaria interferencia en la relación médico-paciente. Resulta desproporcionado e irracional que se pretenda controlar los problemas relacionados con los medicamentos fomentando la AF. Existen medios más adecuados para disminuir los errores en la medicación sin interferir en una relación imprescindible y esencial para el éxito terapéutico, como es la relación médico-paciente.

Ante este panorama ha llegado el momento de hacerse una pregunta: ¿Obedece la AF a una necesidad o a una demanda de los pacientes?. Si nadie la pide ni la ha solicitado ¿a qué responde?. La respuesta es clara la AF es un elemento de interferencia innecesaria y probablemente negativa en la relación médico-enfermo. Es un proyecto asistencial de las oficinas de farmacia que responde a una propuesta privada, en un espacio privado, a realizar por iniciativa privada y fuera del entorno asistencial ordinario del SNS

III. Repercusión sobre el gasto sanitario.

Partiendo de la base de que la disminución de los PRM mejoraría la calidad de la atención sanitaria global y el gasto sanitario que los PRM causan, la AF debería tener un favorable impacto sobre el gasto sanitario. Existen importantes razones para pensar que esto no va a ser así. Por un lado no va a disminuir la frecuentación de pacientes en el sistema sanitario, probablemente la aumentara y con ello contribuirá a generar un mayor gasto. Por otro lado, aunque la AF pudiera desarrollarse en el ámbito de la prevención y desarrollo de hábitos saludables, no está demostrado que la prevención reduzca el gasto, pues en ocasiones puede resultar al contrario, si bien son innegables los beneficios sociales y sanitarios de estas actividades, de las que también el médico, desde siempre, ha sido su principal difusor y promotor.

Así mismo es difícil creer que la AF puede disminuir el gasto sanitario, cuando todavía no ha demostrado que pueda disminuir los problemas que

pretende solucionar, ni aumentar la calidad de la atención sanitaria. Por ello resulta imposible, por ahora, demostrar el impacto económico favorable que pudiera tener la AF.

Existen varios estudios, pocos, que me atrevo a calificar de escasa fiabilidad, que en base a estimaciones sesgadas ponderan un alto potencial para la AF, como el que difundió el año 2002 el Colegio de Farmacéuticos de Madrid a través del libro: *Estrategia, viabilidad e implicaciones económicas de la Atención Farmacéutica*, en el que se estima en 445.000 millones de pesetas el coste anual del uso indebido de medicamentos en España, previendo el ahorro de mas de 40.000 millones de pesetas con la implantación de la AF, suponiéndole como mínimo este impacto económico positivo. Pero las deficiencias metodológicas de estos estudios son evidentes y los descalifican. Todo ello, como recalca en su *Análisis crítico de la Atención Farmacéutica* el profesor Costas Lombardía, sobre la base de que el trabajo desarrollado en la AF por parte de los farmacéuticos sea gratuito, con lo que no es descabellado pensar que estos profesionales exigirán una remuneración por esta novedosa forma de ejercicio profesional. Lo anterior nos lleva a dudar de la rentabilidad económica de la AF, por lo que nos sumamos a todas aquellas opiniones fundamentadas que aseguran que la AF supondrá un encarecimiento significativo de los costes globales de la asistencia sanitaria en todos sus ámbitos.

Repercusiones sociales

En cuanto a los beneficios para la sociedad de la AF son dudosos y pueden ser negativos. La obligación de los profesionales es servir a los intereses individuales y sociales a través de la prestación de un servicio eficaz y eficiente. En los términos en que se presenta la AF esto no está garantizado. Si por un lado se resiente la relación médico-paciente, estamos perdiendo eficacia y esto es negativo. Si se introduce confusión para el paciente y enfrentamiento entre profesionales que están condenados a colaborar a favor de aquel, peor. Y si, como es obvio, la AF va a tener unos costes y unas duplicidades económicas, evaluadas en un aumento sustancial del gasto, las conclusiones desde el punto de vista social se prevén desastrosas, por lo que deducimos que la AF más que un programa de intervención sanitaria profesional, asistencial, científico, económico y social, es una experiencia aventurada que aprovechándose del “río revuelto” de los problemas relacionados con la medicación, los económicos

derivados del importante incremento del gasto farmacéutico, de dificultades asistenciales originadas por la masificación que nuestro sistema sanitario ha permitido y de la necesidad profesional de los farmacéuticos de oficina de farmacia de reequiparse y dotar de un contenido asistencial a la profesión farmacéutica así como para evitar una competencia cercana (parafarmacias, herboristerías, supermercados, internet, etc.) y tratar de conseguir ventajas económicas, sociales y profesionales, para las que no importa la injerencia en la profesión médica, ni se contó para nada con el médico.

En ningún caso con la AF están garantizados mayores niveles de calidad terapéutica y asistencial porque el proceso de la AF no ha sido sometido de forma concluyente a controles de calidad para comprobar sus beneficios y aún más, su correcta utilización e indicaciones.

En cuanto a los médicos, estos controles están cada vez más extendidos e implantados y la evaluación de los procesos terapéuticos, con severo control de calidad, es ya una práctica habitual desde hace tiempo que garantiza la calidad de tratamiento.

V. Repercusión sobre los problemas relacionados con la medicación.

La terapéutica farmacológica es un elemento esencial dentro de la asistencia sanitaria debido a su incidencia sobre el pronóstico de numerosas enfermedades. La terapéutica farmacológica debe tener como núcleo básico la calidad, la cual debe ser definida de acuerdo con la situación actual del conocimiento científico y técnico. Los medicamentos tienen un impacto económico muy importante para el sistema sanitario público que debe ser motivo de preocupación no sólo para la Administración sino también para el conjunto de los ciudadanos.

Aunque la propuesta y justificación inicial de la AF se pretenda justificar en base a los problemas relacionados con el medicamento, no está demostrada su eficacia en esta materia. Hay numerosas propuestas y experiencias sobre la resolución de estos problemas y no parece que la AF sea el único ni el mejor medio para disminuir la incidencia de los mismos ni para minimizar su incidencia. En este ámbito, parece que actuar sobre el papel del médico y del sistema sanitario responsable de la asistencia son más eficaces y menos perturbadores en la asistencia sanitaria que la

implantación de la AF. Sin duda es más útil actuar directamente sobre las causas de los errores relacionados con la medicación y sobre los profesionales sanitario responsables de los mismos, el médico en primer lugar, ayudándole y enseñándole a prescribir mejor y de forma más eficaz, así como actuando sobre el paciente, instruyéndole y responsabilizándole sobre la cumplimentación de su tratamiento que introduciendo un elemento de distorsión en el proceso clínico y terapéutico, como es la AF.

En EE.UU. se está luchando contra los PRM de una manera eficaz, con información y formación a los profesionales, control y seguimiento informático de los tratamientos y de los posibles errores, mejoras de los medios de información al paciente, etc. Al parecer, el éxito es notable, sin que la AF forme parte de esas medidas de corrección y mejora de los PRM . En el caso de España sería interesante establecer estrategias de actuación tanto en los hospitales como en AP⁴⁰, proponiendo, entre otras, las siguientes medidas de protección frente a los problemas relacionados con el uso del medicamento: *Informar al paciente utilizando una terminología clara y fácil de entender, asegurarse de que ha entendido la información suministrada, mejorar la relación médico paciente intentando consensuar la toma de decisiones, simplificando el régimen terapéutico e implicando al entorno familiar.*

Pero ni el médico, ni la prescripción aisladamente son la causa de los problemas relacionados con los medicamentos, también estos problemas tienen su origen en la dispensación sin control suficiente, en la automedicación, en la combinación inadecuada e incontrolada de productos OTC con los de prescripción, en la dispensación no personalizada, sobre los que necesariamente habría que incidir después de cuantificar la relación que tienen como causa de los problemas que se pretenden evitar.

En todo caso, no parece demostrado que gracias a la AF disminuyan los problemas que se pretenden resolver, ni que la misma produzca desviaciones positivas en su incidencia de los mismos. Los problemas persisten en el ámbito asistencial, pero también son posibles nuevos problemas debidos a la intervención farmacéutica, que ahora también se producen y cuya responsabilidad en esta materia puede ir en notable aumento, lo cual dada su importancia y gravedad no parece haberse valorado al hacer la propuesta de desarrollo de la AF.

6. PROPUESTAS DE MEJORA EN EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

La relación entre el estado de salud del hombre con el medio ambiente y la comunidad donde vive obliga a integrar la prevención primaria y la vigilancia epidemiológica en el primer nivel asistencial coordinándola de forma íntima y oportuna con el resto de los cometidos y funciones de la AP. En nuestro SNS es fundamental el **papel del médico de AP** en todos los ámbitos de la salud y muy especial en la coordinación y prestación de la atención sanitaria al individuo, familia y comunidad así como en el seguimiento de los cuidados que superan su actuación directa.

En los países desarrollados se ha producido un incremento extraordinario en la complejidad de todo lo que rodea a la asistencia sanitaria, a la que diariamente se incorporan nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas cada vez más avanzadas y costosas. Sin embargo ese crecimiento provoca rápidos cambios que en ocasiones parecen desmesurados, con poco tiempo para la reflexión, adaptación a los mismos y análisis de sus consecuencias. Estos cambios no se suelen acompañar de la incorporación de **nuevas tecnologías a la AP** ni en su estructura, ni en los procedimientos de trabajo ordinario, permitiendo un desfase sustancial entre niveles asistenciales y un desaprovechamiento de recursos que deberían estar más integrados para mejorar la eficacia y la eficiencia de todo sistema sanitario. En este sentido el facilitar el acceso del médico de AP a la mayoría de los medios diagnósticos disponibles para la atención especializada, así como el incremento de la coordinación y la comunicación entre niveles a través de medios convencionales y electrónicos que posibiliten la comunicación efectiva a distancia (Telemedicina) son instrumentos insustituibles en la mejora de la calidad y de la eficiencia de todo sistema sanitario moderno que se precie de tal. Los desfases tecnológicos unidos a los aumentos de la demanda y a las expectativas de los pacientes en relación a las nuevas tecnologías asistenciales, son causa de problemas, con repercusión en todos los ámbitos del sistema sanitario.

La trascendencia social de los problemas relacionados con el medicamento, justifica actuaciones integradas en este ámbito, para las cuales es preciso la informatización de la historia clínica, la información integrada sobre la prescripción, el paciente y sus posibles problemas con la medicación, así como integrando la información terapéutica con otros

estamentos asistenciales (enfermería, atención especializada, urgencias, pacientes y familiares y el farmacéutico) que no solo haría posible su disminución, sino que permitiría avances cualitativos como la puesta en marcha de estrategias de mejora tanto de los procesos como de los resultados así como la introducción de mecanismos para una gestión clínica descentralizada de calidad, constituyendo un avance que es precisamente el fundamento de las propuestas en torno a la AF que estamos realizando.

I.- Innovación tecnológica y mejora de la calidad.

“Para **mejorar la calidad** hay que quererlo, y definir bien a que componentes se les va a dar prioridad” (Vuori), así, no es posible ofrecer respuestas que permitan avanzar en los objetivos de control del gasto sanitario, racionalizar la prescripción y el consumo de medicamentos, controlar el gasto de la prescripción terapéutica, sino se abordan los suficientes componentes de los factores que determinan aquellos objetivos. En este contexto los médicos debemos dar una respuesta concluyente y debe ser la de renovar nuestro compromiso ético y responsable con la atención de salud de los ciudadanos con criterios de calidad asistencial, de calidad de tratamiento y en todos y cada uno de los aspectos de la asistencia, calidad humana, calidad técnica, calidad científica.... para que sigan confiando en nosotros sus problemas de salud.

II. Introducir mejoras en la información sanitaria del medicamento.

La información sanitaria es un proceso multidisciplinar permanente y continuado que responde a un compromiso de todos los agentes sanitarios en generalizar el conocimiento disponible sobre las cuestiones que afectan a la salud. La información debe ir dirigida a:

II.1.- La población General:

Es necesario sensibilizar mediante la información al ciudadano como base para alcanzar una automedicación responsable y contra la autoprescripción inducida por agentes que con ánimo de lucro intervienen en la promoción del consumo innecesario de medicamentos.

Es preciso la introducción de cambios que permitan prevenir y disminuir los problemas relacionados con el uso de medicamentos optimizando el tratamiento médico y farmacéutico, con especial atención a la información sobre consumo de fármacos publicitarios o de prescripción, y de otras sustancias y también al cumplimiento terapéutico. Hay que mejorar la información y la comunicación con el paciente y su entorno, precisándola y aclarándola en todos los aspectos de conflicto o confusión. Así mismo, el médico debe implicar a sus colaboradores o auxiliares en la aclaración de las dudas del paciente en relación a su tratamiento.

En beneficio del paciente es imprescindible que cualquier actuación que le afecte reúna todas las precauciones que se determinen, además de garantizar la coordinación con cualquier otro agente sanitario.

Es preciso disminuir la demanda de medicamentos innecesarios, condicionada por una publicidad descarada que incita a su consumo. Igualmente, es aconsejable introducir cambios en el control de la prescripción con una mayor racionalidad de los procedimientos utilizados en la toma de decisiones de los médicos. También en los procedimientos y la justificación para el registro de nuevos principios activos y su financiación por el sistema sanitario.

Es necesario el establecimiento de estrategias de actuación conjuntas y coordinadas sobre todos los eslabones de la cadena asistencial y de distribución del fármaco, proporcionando a cada paciente la información precisa que permita garantizar un uso correcto de la medicación, que ofrezca consejos sobre el uso adecuado de los fármacos, información clara, correcta y suficiente.

Todos los agentes implicados deben tener definidas claramente sus funciones y estar comprometidos y coordinados en la tarea de minimizar los riesgos de los medicamentos originados por deficiencias en la información sobre los mismos y sobre su manejo.

Igualmente es necesario crear una cultura de seguridad dentro de las organizaciones sanitarias, al igual que sucede en otros ámbitos y en todo caso, hay que recordar que los problemas relacionados con el medicamento no se deben exclusivamente al médico y que se reparten por toda la cadena asistencial desde el sistema sanitario, el médico, la industria que produce los fármacos, hasta el farmacéutico y su entorno, y la familia del paciente.

II.2.- A los profesionales de la salud:

Es una obligación del médico guiar sus actuaciones en base a una información actualizada, contrastada e independiente, con la mayor evidencia disponible que aplicará a su práctica diaria y le permitirá actuar con la mayor autonomía e independencia profesional. La información debe ser independiente de cualquier interés ajeno a la salud del paciente. Así mismo, a través de la información sobre los medicamentos que el médico debe recibir de diferentes fuentes para consolidar una opinión profesional contrastada, se debe promover la reflexión constante y continua, durante toda la vida profesional del médico, sobre su actuación profesional, la prescripción, la calidad y la propia independencia profesional del médico con el horizonte constante del mejor servicio y atención al paciente.

Destacamos la importancia de un sistema de información farmacoterapéutica de calidad e independiente, actualizados, que además incorporen la capacidad de adquirir, procesar y gestionar toda la información sobre salud de la población y los determinantes de la misma, así como sobre prescripción farmacéutica, los procesos, resultados y pacientes atendidos por el profesional, constituyendo la historia electrónica de salud (HES).

La historia electrónica de salud de cada paciente permitiría realizar programas de gestión individualizada de la enfermedad ("*disease management*") que, incorporados o integrados en ella, admita un seguimiento más intenso y eficaz de colectivos específicos de pacientes. Pero también constituye un servicio de alerta farmacológica en relación con las características individuales de cada paciente y de farmacovigilancia, además de constituir una excelente ayuda en la determinación no solo de efectos secundarios e interacciones infrecuentes sino de sus características, relevancia clínica y manejo de los mismos en el caso de que ocurrieran.

La HES ayudaría en cualquier programa de gestión de calidad del fármaco, al permitir una intervención integral del manejo del mismo y su seguimiento hasta el paciente, con control, evaluación y gestión de riesgos en el manejo farmacológico que pueden incidir sobre personas, productos, instalaciones y medio ambiente.

II.3.- De los factores que determinan la prescripción médico y el gasto farmacéutico.

Es imprescindible conocer cuales son los factores que determinan la prescripción del médico en cada paciente, problema y situación, analizarlos e interpretarlos para determinar los cambios precisos y las acciones oportunas.

III. Potenciar la formación médica continuada sobre el medicamento y el desarrollo profesional permanente.

Dentro del acto médico hay dos momentos definitivos, uno es en el que se decide el diagnóstico y otro tan importante en el que se decide que hacer con el paciente. El momento de aconsejar un tratamiento tiene una importancia fundamental puesto que de él depende tanto el resultado como el importe de la intervención.

El médico tiene que adquirir una formación adecuada en terapéutica médica, realizada en el periodo de formación de pregrado y de postgrado y actualizada a lo largo de toda su vida profesional, como parte esencial de un desarrollo profesional permanente. Los médicos que reciben formación médica continuada realizan mejor su trabajo y con mayor eficiencia que aquellos que no la reciben. La formación es fundamental en la toma de decisiones del médico y debe incluir el uso adecuado de fármacos en relación a la morbilidad atendida, a las normas específicas admitidas para cada situación –guías de práctica clínica, consensos...-, formación sobre la seguridad del medicamento y su uso, así como la identificación y manejo de los problemas relacionados con el mismo

Las administraciones sanitarias deben implicarse y comprometerse con actuaciones concretas, y otorgar a la formación continuada la importancia debida a la hora de mantener la competencia de los médicos en su ejercicio y de garantizar su aptitud y competencia para la práctica de la medicina⁴¹. Para conseguir estos objetivos, sería conveniente incentivar la formación médica continuada o desarrollo profesional continuo con algún sistema de acreditación de la competencia profesional ligada a los puestos que se desempeñan y un sistema de carrera profesional que reconozca los logros y el esfuerzo formativo del profesional en mantener actualizada su competencia.

IV. Mejorar la educación de la población sobre el uso de los medicamentos.

Además de las necesidades para el manejo responsable de los medicamentos y de los autocuidados en general, la educación sanitaria adquiere una relevancia especial para responder a los cambios en la relación del paciente con el médico. El desarrollo de los derechos del paciente para decidir sobre las explicaciones y propuestas del médico no ha ido acompañado de medidas que mejoren su capacidad de elección informada. Por el contrario, como ya hemos mencionado, campañas publicitarias han banalizado el manejo del medicamento, convirtiéndolo en otro bien más y estimulando su consumo.

La educación sanitaria de la población y concretamente para el manejo responsable del medicamento es un actividad fundamental para la disminución de los problemas y para mejorar la capacidad de los autocuidados.

Es innegable el papel del ciudadano en el uso del medicamento, tanto del paciente como de la familia y su entorno y es también aquí donde se materializan buena parte de los problemas en relación al medicamento. Educar a la población, sensibilizarla y concienciarla sobre el uso correcto y racional del medicamento al servicio de la eficacia y de la adecuada cumplimentación terapéutica es una tarea imprescindible que precisa de la participación activa y la colaboración respetuosa en beneficio del paciente de cuantos profesionales intervienen en el proceso farmacoterapéutico. Así mismo es conveniente facilitar a la población la resolución de las dudas y problemas creados en torno al medicamento, a través de los profesionales y de sistemas eficaces y rápidos de consulta y de respuesta, todo ello para conseguir seguridad, eficacia y eficiencia.

V. Requerimientos funcionales para el uso racional del medicamento. (No lo entiendo bien. Podría ser Necesidades Organizativas para el uso.....)

A las necesidades mencionadas en relación con el uso adecuado y eficiente de los fármacos, con la disminución de los riesgos derivados de su uso, con la calidad de las prestaciones y con el control del gasto sanitario y farmacéutico, cabe responder con acciones sobre las que tienen

responsabilidad varios agentes sanitarios que actuando de forma integrada permitirán una aproximación a los objetivos propuestos. Esos requerimientos podemos clasificarlos en función del agente principal responsable de los mismos.

Las **Administraciones sanitarias** deben definir los requerimientos necesarios para las acciones previstas y concretar periódicamente los mínimos necesarios, promocionando y facilitando su uso a la vez que dejan actuar a los profesionales.

La **evaluación de la calidad** de la prescripción requiere conocer la intervención por la que se realiza y en la que va incluida –estructura, proceso y resultado-, disponer del análisis del coste de la misma como consumo valorado en dinero de bienes y servicios destinados a tal fin. Pero ambas necesidades dependen del nivel de información y grado de desarrollo de la gestión analítica de los centros. Debería disponerse de información tanto de costes directos e indirectos relacionados con la prescripción así como de los procesos a los que va destinada la misma y la satisfacción que genera en el paciente. En función de lo cual es preciso la puesta en marcha de un plan integral e integrado compuesto por varias estrategias:

- ◆ **Desde el financiador:** debe mejorar el control de gestión presupuestaria al conocer los perfiles de prescripción por proceso profesional y paciente a la vez que se establecen acuerdos con las organizaciones profesionales que definan normas técnicas y criterios básicos para un ejercicio profesional de calidad y responsable (guías de práctica clínica, protocolos, consensos y consejos terapéuticos.)
- **Desde el proveedor de servicios:** Además de buscar el aprovechamiento del conocimiento y la experiencia del nivel gestor en su interacción directa con la realidad⁴², es necesario realizar contabilidad analítica que permitirá responder a cuestiones fundamentales en la mejora de la situación.
- **Instrumentos necesarios:** Para poder realizar un enfoque de calidad incorporando un modelo de gestión de calidad total, es preciso un sistema de información capaz de adquirir y procesar toda la información sobre la prescripción farmacéutica y los procesos y pacientes atendidos por el profesional. Todo proceso de toma de decisiones que pretenda racionalizar la gestión y uso de los recursos requiere de la disponibilidad

de un sistema de información integrado, integral, coherente, veraz y útil para todos los agentes que intervienen en la obtención, manejo y explotación de la información.

Cualquier sistema integrado de información debería atender las exigencias referidas a la estructura al proceso y resultados, así como cubrir tres requisitos básicos:

- a. Permitir el registro de toda actividad realizada, ofreciendo elementos de ayuda en la toma de decisiones.
- b. El tratamiento y manejo del 100% de la información según normas y principios establecidos.
- c. Obtención de información relevante y ordenada que permita tomar decisiones y evaluar resultados.

VI. Conseguir condiciones adecuadas para el trabajo del médico.

Para conseguir eficacia y calidad son necesarias unas condiciones de trabajo con un entorno y tiempo mínimo para atender al paciente muy alejado de la situación actual. Con el fin de trasladar al paciente las explicaciones oportunas, contestar las dudas de cada caso, confirmar que las instrucciones y explicaciones han sido comprendidas, el acto de prescribir precisa de un tiempo suficiente para la toma de decisiones al que hay que añadir el de comunicación con cada paciente. Todo con el fin de asegurar el cumplimiento, adherencia al tratamiento, en suma el éxito terapéutico. Cuando ese tiempo no solamente no existe sino que como consecuencia del cual se crean tensiones entre el médico y el paciente, se establece la duda, la desconfianza, el equivoco, el abandono, el fracaso no solo terapéutico sino de la relación medico-paciente, verdaderas causas de los problemas relacionados con el medicamento.

7. CONCLUSIONES

1. El proyecto asistencial de las oficinas de farmacia denominado Atención Farmacéutica actualmente carece de evidencia y rigor científico ya que numerosos estudios internacionales y nacionales que analizan las causas, consecuencias y soluciones de los problemas relacionados con la medicación, así lo ponen de manifiesto, ignorando el papel del farmacéutico como causa y como solución.
2. El Médico y el Farmacéutico, en relación con el paciente, tienen responsabilidades y obligaciones distintas y complementarias.
3. Circunscribir los problemas sanitarios y de salud individual al medicamento, parece simplista e inadecuado.
4. La solución a los problemas relacionados con los medicamentos pasa por mejorar las condiciones en las que se realiza el acto médico, entre las que destaca el tiempo empleado para cada paciente, garantizar e incentivar una formación continuada de calidad sobre el medicamento, con acreditación periódica de la competencia .
5. Es preciso introducir programas de mejora sobre la información sanitaria del medicamento, sobre su uso racional, sobre su seguridad y la variabilidad como elemento de contraste de la calidad.
6. Mejorar la educación sanitaria de la población sobre el medicamento y su uso responsable, eficaz y seguro. En especial cuanto se refiere a los autocuidados, a la autoprescripción y a la implicación social en el uso racional del medicamento.
7. Introducir elementos de asistencia e información a la población, basadas en nuevas tecnologías que mejoren su seguridad, eficacia, eficiencia, la calidad de la prescripción y el seguimiento farmacoterapéutico.
8. Es preciso implantar y consolidar dentro del sistema sanitario una cultura de la seguridad que garantice al ciudadano los máximos niveles de eficacia y los mínimos niveles de riesgo.

9. Se debe perfilar el papel más activo y responsable del farmacéutico en todo lo relacionado con el medicamento, siempre en colaboración con el médico y bajo la supervisión de este en cuanto a la prescripción y control del tratamiento de sus pacientes se refiere y desterrar políticas de desencuentro profesional.

10. Finalmente hacer un llamamiento a la concordia y a la cooperación respetuosa entre las profesiones médica y farmacéutica, que deben asumir su papel sanitario, con respeto a las peculiaridades del otro y basando su cooperación en el entendimiento profesional en beneficio del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Meneu R. Alternativas a la distribución de medicamentos y su retribución Gac Sanit 2002;16(2):171-81
- 2 . Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Indicadores de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud a través de receta - Año 2002. El Medico 7-febrero-2003. 16.
- 3 Arruñada B. Gestión de la competencia en el sector público.En: Avances en la gestión sanitaria. Actas de las XX Jornadas de Economía de la Salud. Palma de Mallorca: Asociación de Economía de la Salud, 2000; p. 327-66.
- 4 Andreu Figueras J. Revisió i anàlisi de sistemes alternatius de retribució a l'Oficina de Farmàcia [tesina de Master en Economia de la Salut i Gestió Sanitària]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2001.
- 5 Concierto por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia. Madrid: INSALUD, 1998.
- 6 Nuestra realidad. Farmacéuticos. Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2000, octubre: 2.
- 7 Real Decreto-Ley de Medidas Urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico Público y de Racionalización del Uso de los Medicamentos. RDL. N.o 5 (24 de junio de 2000).
- 8 Farmaindustria. Estudio prospectivo Delphi sobre futuros escenarios del medicamento en España . Junio 2002
- 9 Plaza Piñol F. La Atención Farmacéutica. Situación actual y evolución de la prestación farmacéutica: motivos del cambio.Pharm Care España 1999;1:48-51.
- 10 Badia X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clinicos. En Sacristan JA, Badia X, Rovira J., editores farmacoconomía: evaluación economica de medicamentos. Madrid. Editores Medicos. SA 1995 51-76
- 11 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 Esp 2002;4(2): 122-127.
- 12 Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. Am J Hosp Pharm. 1990;47:533-43.
- 13 M.T. Martín, C. Codina, M. Tuset, X. Carné, S. Nogue, J. Ribas. Problemas relacionados con la medicación como causa de ingreso hospitalario. Med. Clin. (Barna) 2002; 118(6): 205-210
- 14 Ministerio de Sanidad y Consumo. Presentación campaña para el uso racional del medicamento. Madrid. 21 octubre 2003
- 15 Jardon C. Errores de medicación, una enfermedad del sistema que precisa tratamiento. Economía de la Salud. Noviembre diciembre 2002 12-14 www.economiadelasalud.com/Ediciones/04/pdf/04_EnPortada_Ingresos.pdf
- 16 ASHP Guidelines on Adverse Drug reaction Monitoring and reporting. Am J Health-Sys Pharm 1995;52:417-9
- 17 . Gil Álvarez J, Ponce Ortiga A, Herreros Herranz I, Sanz de la Fuente T, Bártulos A, Morales Rodríguez P. Estudio sobre la calidad de la automedicación en infección respiratoria aguda de la población demandante en un centro de salud urbano Atención Primaria. Octubre 1999. Volumen 24 - Número 6 p. 332 336.
- 18 . Gisbert R, Illa R. La retribución a la Atención Farmacéutica I. El Farmacéutico 1997;182:67-73.
- 19 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Especialidades farmacéuticas publicitarias. Aspectos sanitarios y socioeconómicos. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2001. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/home.nsf>

-
- 20 Saura Llamas J. La prescripción inducida en atención primaria: ¿Un problema de calidad difícil de solucionar? *Jano* enero 2001. LX . 1371:118
- 21 González J, Ripoll MA, Prieto J. Automedicación con antibióticos. *Med Clin (Barc)* 1998;111:182-186
- 22 García-Rodríguez JA, Gomis MA, Gonzalez J et al (Grupo URANO). Automedicación y Almacenaje de Antibióticos. Barcelona: Ed Doyma, SA, 1999.
- 23 Pastor García E, J.M. Eiros Bouza JM , Mayo Iscar A. Consumo de antibióticos sistémicos en Valladolid (1996-2000) *Revista Española de Quimioterapia*. Marzo 2002; Vol. 15, No.1
- 24 Ruiz A, Ruiz M, Pérez B, Díaz P, López R: Non-hospital consumption of antibiotics in Spain: 1987-1997. *J Antimicrob Chemoter* 2000;45:395-400.
- 25 Lázaro E, Madurga M, de Abajo FJ. Evolución del consumo de antibióticos en España, 1985-2000. *Med Clin (Barc)* 2002;118:561-8
- 26 García Rodríguez J.A. A Fondo: Los pacientes españoles están a la cabeza de Europa en incumplimiento con antibióticos" *Economía de la Salud*. Marzo-abril 2003: 72-73 <http://www.economiadelasalud.com>
- 27 Cars O, Mölsted S, Melander A. Variation in antibiotic use in the European Union. *Lancet* 2001;357:1851-1853.
- 28 Ripoll MA, Pérez-Gorricho B, Rodicio L por el Grupo PACE. Conocimiento, actitud y experiencia de la población española respecto a los antibióticos. *Rev Esp Quimioter* 2001;14(3):254-263.
- 29 Grupo de Expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.2001
- 30 www.redfarmaceutica.com
- 31 Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Cabiedes Miragaya L. La nueva atención farmacéutica: ¿puede la intervención farmacéutica mejorar la eficiencia terapéutica? *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:277-82.
- 32 Álvarez de Toledo F, Zardaín E, Eyaralar T, Dago AM, Arcos P. Detección del error de prescripción en la dispensación farmacéutica: incidencia y tipología. *Aten Primaria* 1993;11:70-4.
- 33 García García A. Cuestión de incumplimiento. *Noticias Médicas* . 3754: 8-10.abril 2000
- 34 Group for the women's health initiative investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:321-33
- 35 Costas Lombardía E. Análisis crítico de la Atención Farmacéutica. *Med. General* 2000;25:591-8.
- 36 Organización Mundial de la Salud. Informe de la reunión de la OMS en Tokio, Japon, 1993. El papel del farmacéutico en el Sistema de Atención de la Salud. *Pharm Care Esp* 199; 1: 207-211
- 37 Costas Lombardía E. Los grandes perjuicios de la Atención Farmacéutica. *El Observador*: 27 noviembre 2002.
- 38 L Cabiedes Miragaya, T. Eyaralar Riera, P. Arcos Gonzalez, F. Alvarez de Toledo, G. Alvarez Santos. Evaluación económica de la atención farmacéutica (AF) en oficinas de farmacia comunitarias (Proyecto TOMCOR). *Revista Española de Economía de la Salud*. Noviembre-diciembre 2002:45-59
- 39 S. Martín Moreno. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. *Med. Clin. (Barna)* 2001; 116 (8): 299-308
- 41 D. Rodríguez et al. Encuesta sobre las necesidades sentidas por médicos de atención primaria sobre la formación continuada en terapéutica farmacológica. *Atención Primaria* 2002. Diciembre 30 (10) : 618-623.

42 J. R. Repullo Labrador. Conceptos y Desarrollos de planificación sanitaria. Master A. Sanitaria . Escuela Nacional de Sanidad / Instituto de Salud Carlos III, 2003