

boletín sefac

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA COMUNITARIA

www.sefac.org

contenidos

Carta del Director
SEFaC y el impulso de un cambio necesario
Una perspectiva personal sobre seguimiento
farmacoterapéutico
Conclusiones del I Congreso de la SEFaC

vol.3 n.4
diciembre
2004

sefac

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE FARMACIA COMUNITARIA

junta directiva

Presidente

José Ibáñez

Vicepresidente 1º

Neus Caelles

Vicepresidente 2º

Carmen Cociña

Secretaria

Paloma Fajardo

Tesorera

Helena Oller

Vocales

Alejandro Eguilleor

Lola Murillo

Ana María Quintas

Vicente Baixauli

Mª José Muniesa

Secretaría de SEFaC

C/Alcalá, 106-7 dcha

28009 Madrid

Tel.: 91 435 48 88

carta del director

miguel ángel gastelurrutia garralda

presidente de la sociedad española de farmacia comunitaria

Querido compañero:

Tienes en tus manos el último Boletín de la primera etapa en la breve historia de la SEFaC. Como sabes, acaban de tener lugar las primeras elecciones en nuestra querida Sociedad, y dejo paso a la nueva Junta Directiva que estoy seguro llevará a la SEFaC al lugar que se merece.

Sirvan por tanto estas líneas de despedida emocionada. Ese sentimiento transmití a los presentes en el Congreso en el momento de su inauguración. Y esa emoción se transformó en alegría, al finalizar el mismo. Queríamos un Congreso de farmacéuticos comunitarios para farmacéuticos comunitarios y lo tuvimos; queríamos un Congreso vivo y dinámico, y así fue; queríamos un Congreso interesante y útil, y lo conseguimos hasta el punto que las salas estuvieron llenas en todo momento; queríamos un Congreso divertido y creo poder afirmar que lo pasamos genial.

Ha sido un Congreso cercano, con ponencias de utilidad práctica y con gran participación de los asistentes.

Quiero aprovechar este momento para agradecer a todos los que han

hecho posible su realización: a los patrocinadores, a la Secretaría Técnica, a los ponentes y a los asistentes. Permitidme que felicite de forma específica a los miembros de los comités científico y organizador y a sus presidentes. En concreto a Elena Dualde: presidenta del Comité Científico y, sobre todo, a Neus Caelles y José Ibáñez que han sido de verdad los artífices del éxito del evento. ¡Gracias a los dos!

Aunque la asistencia podía haber sido más numerosa, creo que este Congreso demuestra que estamos en el buen camino en cuanto a la reorientación de la práctica cotidiana en la Farmacia Comunitaria desde el producto hacia el paciente. Por ello seguiré trabajado, convencido de que tenemos un futuro lleno de oportunidades por delante.

Me voy de la Junta Directiva, pero sigo en la SEFaC. Sigo creyendo en su necesidad, y sigo estando a disposición del presidente, por lo que no digo adiós, sino, hasta siempre.

Gracias a todos por vuestra comprensión y ayuda.

Un abrazo. ■

sefac y el impulso de

(Artículo completo cuyo resumen fue publicado en la página 12)

Los farmacéuticos de Oficina de Farmacia tradicionalmente nos veíamos obligados a contar con personas de prestigio en otros campos de la Farmacia diferentes del nuestro cuando se trataba de participar en Congresos o acudir a foros en los que se iban a discutir aspectos relacionados con la Farmacia. Así, llamábamos a insignes profesores universitarios, farmacéuticos de la industria y a compañeros de otros ámbitos asistenciales como pueden ser el hospital o el laboratorio clínico.

Quizás, el motivo era la falta de necesidades profesionales, yo diría científicas, que requería el colectivo de oficina de farmacia para realizar su ejercicio profesional. En efecto, con la paulatina desaparición de la fabricación de medicamentos en las farmacias, el farmacéutico de oficina se dedicó con mayor interés, y con la mejor voluntad, ¡no lo olvidemos!, a abordar aquellos problemas que surgían en su práctica diaria: gestión de stocks, facturación de recetas, administración de la farmacia, etc... Los medicamentos, en sí mismos, no planteaban problema alguno: se trataba de leer la receta, tener el medicamento prescrito en existencia y “despacharlo”, curioso término que se utilizó con frecuencia.

Y es que el objetivo de la farmacia era hacer llegar a una sociedad cada vez con más posibilidades, un mayor número de medicamentos que la todavía incipiente industria farmacéutica iba poniendo en el mercado. Al recordar esta época con la perspectiva actual en ocasiones nos viene la tentación de justificar el trabajo que realizaban nuestros compañeros, cuando ello no es necesario en absoluto. Los farmacéuticos de la época eran buenos profesionales, dedicados a sus farmacias y a lo que en aquellos momentos suponía lo que acabo de describir: garantizar el acceso de la población al medicamento. Mediante la planificación de las oficinas de farmacia, la creación de la distribución mayorista y la organización de un sistema de guardias, se consiguió que los ciudadanos tuvieran fácil acceso a la farmacia las 24 horas de los 365 días del año. Todavía recuerdo a mi padre, farmacéutico de un pueblo de farmacia única, recientemente fallecido, tomando su aperitivo los domingos por la mañana en un bar desde el que se veía

la entrada de la farmacia por si algún vecino necesitaba su ayuda. El pobre nunca pudo gozar de unos días de vacaciones mientras vivió allí. Y mi padre no fue la excepción; muchos compañeros estaban y siguen estando en su situación.

Dicho lo anterior, también hay que recordar que cuando a mediados de los 70 se introdujo en nuestro país la Farmacia Clínica, los farmacéuticos de oficina le dieron la espalda, lo mismo que ocurrió en el resto del mundo, incluido los EE.UU. país de donde era originaria.

Yo mismo recuerdo que cuando comencé a ejercer mi profesión, ya hace bastantes años, pasé por diferentes fases por las que fuimos transitando todos los compañeros de la época. Hubo momentos en los que nuestro futuro profesional pasaba por la dermatocósmica, de manera que todos nos pusimos a fabricar cremas hidratantes y nutritivas con diferentes concentraciones de urea. En otras épocas, hicimos colonias, profundizamos en la ortopedia, creímos que todo pasaba por la optimización de la gestión, por el *merchandising* con sus puntos fríos y calientes, etc... Cualquiera actividad diferente, menos ocuparnos del medicamento. ¡Eso iba solo! Yo mismo fui vocal de análisis clínicos, que eso, ¡sí que suponía la realización personal-profesional y no el estar vendiendo medicamentos en la botica! Recuerdo aquellas épocas en las que discutíamos entre los farmacéuticos analistas cual era el acto profesional del farmacéutico, si lo tenía. Fui también presidente de la asociación empresarial y, al final, presidente de mi colegio provincial.

Pero algo cambió en nuestras vidas cuando en 1990 se publicó un artículo en los EE.UU. que decía que los farmacéuticos comunitarios, esos farmacéuticos que estaban inmersos en su comunidad, con sus vecinos, con sus clientes y pacientes,... esos, podían implicarse en los tratamientos farmacoterapéuticos para conseguir alcanzar los objetivos terapéuticos buscados y así mejorar la calidad de vida de los pacientes. Algo cambió en nuestras vidas cuando Flor Álvarez de Toledo, ayudada por Paco Martínez y su “conocido dominio del inglés”, consiguió que un tal

un cambio necesario

del Correo Farmacéutico del 15 al 21 de noviembre de 2004)

Hepler acudiera a un seminario sobre oficina de farmacia, ¡algo inaudito! en el Congreso de ciencias farmacéuticas de la universidad de Alcalá de Henares en 1995. Algo cambió en nuestras vidas cuando M^a José Faus y Paco, crearon el Grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada y se dedicaron a peregrinar por la piel de toro, y por donde hiciera falta, para tratar de predicar a los cuatro vientos que los farmacéuticos de oficina de farmacia, esos que debían reconvertirse a farmacéuticos comunitarios, podían ayudar a sus pacientes con su medicación a la vez que diseñaron un programa para implantar el seguimiento farmacoterapéutico de una manera sencilla y práctica en nuestras farmacias, el programa Dáder. Algo cambió en nuestras vidas cuando el abajo firmante gracias a la ilusión y apoyo del Colegio de Farmacéuticos de Gipuzkoa organizamos el I Congreso de Atención Farmacéutica en San Sebastián en 1999, de tan grato recuerdo para todos. Algo cambió en nuestras vidas cuando la Dirección General de Farmacia bajo la dirección de Federico Plaza coordinó con la ayuda de Mari Val Díez y Nieves Martín el Consenso sobre Atención Farmacéutica que tanta falta hacía. Y algo cambió en nuestras vidas cuando Paco Martínez nos convocó a un grupo de compañeros, de distintas procedencias profesionales y geográficas, un 27 de julio de 2000 en el hotel Cuzco de Madrid donde decidimos formar una Junta Constitutiva de lo que sería la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. Quisiera recordar aquí a los socios fundadores, Paco Martínez, Elena Dualde, Guillermo Navarro, Alejandro Eguilleor, Neus Caelles, José Ibáñez, Manuel Machuca, Fernando Fernández-Llimós, José Ramón García, Antonio Barbero y yo mismo, Miguel Ángel Gastelurrutia. Quiero aprovechar este momento para agradecerles la oportunidad, la visión de futuro y el esfuerzo que a todos ellos, a todos nosotros, nos ha supuesto poner en marcha esta sociedad científica que se presentó en sociedad el 21 de marzo de 2001.

Es importante, antes de seguir, analizar también el por qué de la inclusión del término Farmacia Comunitaria en el nombre de la SEFaC. La denominación de Oficina de Farmacia, es un nombre muy unido al

local, a la gestión de la farmacia, a la actividad desarrollada hacia dentro, hacia su interior. El nombre de Farmacia Comunitaria supone un salto hacia fuera, hacia el paciente y hacia la comunidad en la que se integra y a la que sirve. Por ello al constituir la SEFaC no lo dudamos, todas las actividades de la SEFaC tendrían un objetivo común, el paciente en su ámbito territorial, en su comunidad.

Los farmacéuticos contamos con unos Colegios Profesionales reunidos en torno al Consejo General de Colegios a cuyo conjunto denominaré Corporación, que deben velar por las cuestiones éticas y profesionales. Tradicionalmente la Corporación se ha ocupado de todos los aspectos relacionados con la farmacia comunitaria y ha ocupado el papel que, lógicamente, debía de haber sido ocupado por otro tipo de estructuras. La Corporación debe defender, y así lo hace, a todos los farmacéuticos en ejercicio, se encuentren en el ámbito en que se encuentren. Sin embargo, en ocasiones pueden existir intereses encontrados entre distintos profesionales dependiendo de su ámbito de ejercicio profesional. Además, la fortaleza de la Corporación se basa en la colegiación obligatoria de la que ya escapan un número importante de compañeros y de su financiación a través de la facturación de las recetas, hecho éste que también puede verse afectado en un futuro no muy lejano.

También es normal y legítimo que los titulares de las farmacias, en lenguaje anglosajón “los propietarios”, se organicen en torno a sus asociaciones empresariales para defender el establecimiento farmacéutico como centro de negocio. Por otra parte, también es normal que los trabajadores ya sean auxiliares o técnicos en Farmacia y los farmacéuticos adjuntos se asocien en sus respectivos sindicatos para defender sus legítimos intereses y reivindicaciones económico-sociales.

Pero el futuro de la Farmacia pasa por reencontrar su sitio a corto-medio plazo. Hoy la distribución, lo que denominamos la logística, va perdiendo valor. Cada día más, existen empresas que ponen el producto determinado en el sitio determinado en el momen-

to preciso. Siempre cuento mi sorpresa cuando en un Refugio de montaña, en Montgarri, caserío en la provincia de Lérida a unos kilómetros de Beret (estación de Baqueria Beret) me comentaba el encargado que allí nunca les faltaban alimentos frescos. Todos los días del año se acerca un vehículo para llevar alimentos, y lo que haga falta, al Refugio; en temporada de invierno, con nieve y sin acceso por carretera se trata de un vehículo "oruga". Sirva este ejemplo simplemente para recordar que los farmacéuticos no podemos basar nuestra actividad simplemente en la entrega de los medicamentos.

Ni tampoco sólo en la dispensación entendida como *la actuación profesional de un farmacéutico por la cual éste proporciona, a un paciente o a sus cuidadores, además del medicamento y/o producto sanitario, los servicios clínicos que acompañan a la entrega del mismo, con el objetivo de mejorar su proceso de uso*¹. Es importante realizar una buena dispensación pero, a pesar de ello, seguirá existiendo un problema de salud pública prevenible en gran parte en el que los farmacéuticos podemos profundizar en nuestro papel profesional. Se trata de los fallos de la farmacoterapia para cuya solución debemos combinar los tres servicios fundamentales que describe el Consenso del Ministerio: la Dispensación, la Indicación y el Seguimiento Farmacoterapéutico.

Los farmacéuticos comunitarios debemos pues ofrecer a nuestra comunidad, cada día un mayor número de servicios cognitivos, diferentes de la mera entrega de los medicamentos. Es importante hacer una buena dispensación y aportar información y realizar educación sanitaria en ese momento. Es importante colaborar en campañas tanto estatales como autonómicas en colaboración con otros estamentos. Pero también es importante implantar nuevos servicios como la Metadona, participar en programas de intercambio de jeringuillas (PIJ), en Tratamientos Directamente Observados (TOD), utilizar Dispositivos de Ayuda al Cumplimiento (DAC/SPD), atender a los Centros Sociosanitarios y no sólo dejar una bolsa llena de medicamentos a sus puertas, realizar cribaje de patologías ocultas, medidas de química seca o presión arterial, elaboración de dietas, etc.

Pero sobre todo necesitamos tener un mensaje concreto, común, sobre qué se espera de la Farmacia Comunitaria. Qué puede esperar la Sociedad y la Administración Sanitaria de nosotros los farmacéuticos comunitarios. Y aquí surge el problema.

Las distintas organizaciones profesionales carecen de ese mensaje común, claro, unívoco. Todos hablan de la Atención Farmacéutica, pero en muchas ocasiones lo hacen refiriéndose a un ente etéreo, ambiguo y, sobre todo, anclado en un pasado reciente. Muchos mensajes pretenden no asustar, no remover las conciencias, no hacer pensar a los profesionales farmacéuticos que lo que hoy ofrecemos a la sociedad no es suficiente.

Pero la realidad es cruda y testaruda. El gasto en medicamentos sigue aumentando. Sé que no somos generadores de gasto, bien al contrario, si nos dejaran podríamos contribuir a su contención, al menos en parte. Seguimos siendo el eslabón que además de dar información, algo muy intangible y difícilmente medible, entregamos los medicamentos a la sociedad (excesivamente fácil de medir y de cuantificar su costo).

Debemos ofrecer otras cosas, más cuando hoy podemos afirmar que esa tecnología sanitaria que pasa por nuestras manos, el medicamento, además de sanar y/o prevenir o enlentecer la enfermedad, puede también generar problemas adicionales, nuevos. La farmacoterapia falla por ineffectividad o por falta de seguridad de los medicamentos y estos fallos, como apuntaba antes, constituyen hoy un problema de salud pública que los farmacéuticos podemos prevenir en parte con la implantación de programas de Seguimiento.

Por todo ello es necesario potenciar la parte profesional, los aspectos científicos de la profesión. Todo ello da sentido a la creación y existencia de una Sociedad como SEFaC, voluntaria, que se nutre de las cuotas de sus socios. Una sociedad independiente, tanto política como económicamente. Una sociedad que como decía antes vio la luz el primer día de la primavera de 2001 en la Real Academia de Farmacia.

¹Dispensación. Aula de Farmacia. 2004; 1 (3): 9-26.

Su primer presidente, Francisco Martínez Romero, Paco para sus amigos, actualmente socio honorífico de la Sociedad, lo fue durante poco tiempo cediéndome a mí el puesto el día 1 de enero de 2002. En este breve espacio de tiempo se ha trabajado mucho. La Junta a la que se incorporó Laura Tuneu ha tenido claro que, a pesar de la ausencia de Paco, seguía siendo la Junta constituyente inicial, que tenía un objetivo claro: sentar las bases de lo que en el futuro será, a buen seguro, un referente para la farmacia comunitaria.

En ese sentido teníamos dos objetivos secundarios que eran crecer en número de asociados y establecer las estructuras básicas para garantizar el funcionamiento de la Sociedad.

Quizás, mi gran duda al analizar nuestra gestión sea el no haber conseguido transmitir a un mayor número de compañeros la necesidad de participar en este proyecto tan apasionante. Es verdad que hoy ya somos casi quinientos los socios de la SEFaC, número importante y nada desdeñable, sobre todo si tenemos en cuenta que los farmacéuticos que están asociados son farmacéuticos activos, convencidos y comprometidos con la necesidad de reprofesionalizar la farmacia. Pero sí es cierto que en un colectivo de alrededor de 40.000 farmacéuticos, contar con tan sólo el 1,25% del total, me hace pensar que algo no hemos debido de hacer bien. Soy consciente de que nos encontramos en un proceso de cambio hacia donde al final iremos todos, y de la dificultad que entraña el cambiar, de la resistencia natural al cambio. Pero un grado tan elevado de precontempladores me hace meditar sobre sí, al final, la farmacia comunitaria podrá sobrevivir. Espero con ilusión que así sea.

En cuanto a crear las estructuras básicas he de decir que no ha sido fácil recorrer el camino andado. Sin embargo, hoy podemos decir con orgullo, que la SEFaC tiene un puesto de honor en la actualidad de la farmacia. Mantenemos una independencia total frente a cualquier otra institución, tenemos un Boletín de información interno, una página Web actualizada y una nueva sede. Nuestra voz se escucha en todos los medios informativos del mundo farmacéutico y se nos mira con respeto. Hemos mejorado enormemente nuestras relaciones con otras sociedades científicas incluso de otras profesiones sanitarias. Estamos par-

ticipando en campañas en las que colaboran sociedades científicas médicas como, por ejemplo, la colaboración con la SEMFyC sobre uso racional de antibióticos, el apoyo como sociedad científica a la campaña "Tabaquismo y EPOC" puesta en marcha recientemente, o la campaña de detección de problemas cardiovasculares "Cardioalert" también ya iniciada; somos firmantes fundadores de la "Comisión profesional de sociedades sanitarias para la prevención de lesiones por accidentes de tráfico" coordinada por la Sociedad Española de Medicina del Tráfico (SEMT). Hemos formado parte activa del "Foro intersectorial para la mejora de la calidad en la prestación farmacéutica y el uso racional del medicamento" organizado por FEFE. Colaboramos en la excelente iniciativa del Consejo General denominada "Foro sobre Atención Farmacéutica". Y ¡por fin!, acabamos de celebrar nuestro primer congreso.

Este último hecho tiene una gran trascendencia para la Sociedad ya que supone la mayoría de edad de la SEFaC. Además durante su celebración han tenido lugar las primeras elecciones dentro del seno de la Sociedad, dando paso a una nueva Junta Directiva.

Los que me conocen saben que no tengo apego a los cargos. Asumo mis responsabilidades, me planteo unos objetivos y cuando estos están cumplidos abandono el puesto con tranquilidad, hasta el momento, satisfecho de lo realizado en mis anteriores puestos de responsabilidad. En el caso de la SEFaC ha ocurrido lo mismo. Paco me pidió que asumiera el cargo. Así lo hice y una vez cumplido el mandato electoral con el que la Junta comenzó su andadura, y conseguidos los objetivos descritos líneas arriba, dejamos paso a otras personas que estoy seguro llevarán a la SEFaC al lugar que merece.

Estoy convencido de que la nueva Junta Directiva resultante de las elecciones va a seguir con más ilusión y empeño, si cabe, el camino andado. Espero que su juventud aporte un soplo de aire fresco a nuestra querida profesión. Ellos saben que falta mucho por hacer; que el camino está apenas comenzado. Deben de ser capaces de llegar a más farmacéuticos, sobre todo a los jóvenes recién licenciados. Deben trabajar en la elaboración de procedimientos de trabajo y guías para la práctica diaria, en monografías prácticas para los farmacéuticos, en

la profundización de las relaciones con otras sociedades tanto farmacéuticas como médicas y en la mejora de las relaciones con las distintas administraciones sanitarias.

Ya para finalizar quiero reconocer que hemos pasado por momentos difíciles, y he tenido la desgracia de descubrir la miseria de algunas mentes. Pero también hemos disfrutado de momentos maravillosos. La presidencia de la SEFaC me ha permitido conocer a personas estupendas, grandes profesionales que dedican su tiempo, sin ningún tipo de egoísmo, a la profesión. Buenos amigos. He conocido a personas de

laboratorios que siguen sin creer en el papel profesional del farmacéutico comunitario viéndole tan sólo como un vendedor de medicamentos, mientras que he tenido la suerte de contactar con otros que creen firmemente en nosotros. Vaya desde aquí mi agradecimiento a todos ellos y en especial a mis amigos de Astra-Zéneca, Lilly, Sándoz y Bayvit por su apoyo incondicional. He sentido siempre el apoyo, callado y eficaz de la secretaria de la Sociedad, M^a José, y he convivido con los miembros de mi Junta sin los cuales nada de lo dicho hasta ahora hubiera sido posible. Gracias a todos. ■

www.sefac.org



Una perspectiva personal sobre seguimiento farmacoterapéutico

(Conferencia de Clausura del I Congreso de la SEFaC
patrocinada por Laboratorios Lilly, S.A.)

Linda M. Strand, Pharm.D., Ph.D., D.Sc. (Hon)

*Distinguished Professor. Peters Institute of Pharmaceutical Care.
College of Pharmacy, University of Minnesota. Minneapolis,
Minnesota*

Introducción

Muchas gracias. Es un placer para mí estar aquí con colegas y amigos. Me gustaría agradecer esta invitación que me permite compartir mis ideas con ustedes. Asimismo, quisiera agradecer a los patrocinadores de esta presentación que han hecho posible mi visita.

Se me ha pedido que reflexione sobre mis muchos años de trabajo en la práctica de Seguimiento Farmacoterapéutico. Debo decir que hemos realizado un trabajo tan intenso durante estos años que no nos había permitido tener tiempo para mirar atrás y considerar el sentido de nuestras experiencias en conjunto. Por tanto agradezco verdaderamente esta oportunidad que me ha permitido hacerlo.

Durante este tiempo hemos obtenido tanta experiencia que es difícil abordarla completamente e incluirla toda ella en esta presentación. Hemos conseguido muchos éxitos durante el camino recorrido. También hemos cometido muchos errores. Sin embargo, cada error nos sirvió para aprender más sobre lo que de verdad es necesario para proporcionar Seguimiento. Por tanto, es un placer para mí, hoy, informarles de que el Seguimiento está aquí y se va a quedar entre nosotros.

Hoy sabemos qué es necesario para practicar el Seguimiento. Y, además, hemos desarrollado y tenemos disponible para nosotros, los profesionales, todo lo necesario para su práctica. Hablaremos mucho sobre ello, pero antes quisiera explicarles algo.

Cuando durante mi presentación me refiera a “nosotros”, hago referencia a un importante número de

personas que han ayudado en este trabajo. Me refiero concretamente a dos fabulosos colaboradores junto a los que he estado trabajando durante más de 20 años, el Dr. Robert Cipolle y el Dr. Peter Morley. También me refiero a todos aquellos facultativos que nos han ayudado a lo largo de este camino. Me refiero a los miles de pacientes que nos han enseñado la mayor parte de lo que conocemos sobre el Seguimiento. Me refiero también a muchos colegas españoles, porque ellos han dedicado más tiempo y esfuerzo al Seguimiento que cualquier otro grupo con los que nosotros hayamos colaborado. Por todo ello, cuando yo diga “nosotros”, hago referencia a todas estas personas. Ha sido necesario un ingente número de personas y mucha experiencia para construir el edificio de la práctica del Seguimiento Farmacoterapéutico.

Una diversión pequeña

Antes de empezar con mi presentación me gustaría explicar dos conceptos. Primero, algo personal sobre mí. Y segundo, mi perspectiva sobre la profesión en general, porque ambos van a influir en mi presentación. Primero, para que tengan confianza en mí, tengo que decirles que yo voté a Kerry. Y hay más. Yo soy de Minnesota. En el mapa de los resultados electorales se ve que Minnesota es diferente al resto de los Estados Unidos en general, por lo que después del día de las elecciones nos hemos visto obligados a declarar el estado de Minnesota, independiente de los Estados Unidos. El nombre nuevo para el estado es “Casi Canadá”.

Ahora, yo creo que es importante que explique mi perspectiva sobre la profesión antes de pasar a presentarles los resultados de la práctica del Seguimiento.



miento. Mi perspectiva es el resultado de 25 años en la farmacia y es un reflejo de mis experiencias y errores. Además, yo creo que se ajusta a los Estados Unidos, Europa y España (todo el mundo).

Estoy en la farmacia desde 1976. He trabajado en farmacias comunitarias, farmacias de hospital y durante seis años como un farmacéutico clínico en el área de cirugía en un hospital. He estado observando hacer muchas cosas a mi profesión – unas buenas – otras malas. Pero yo creo ahora que la profesión está hoy en una posición muy peligrosa, principalmente por tres razones:

1. la provisión o entrega de medicamentos es una responsabilidad técnica y requiere poca preparación. La dispensación de los medicamentos se podrá hacer más rápido y con menos errores, cuando estén disponibles maquinas y sistemas automáticos. El mercado no va a poder soportar el coste de las actividades de los farmacéuticos. Las universidades ofrecen títulos que no tienen una relación directa con las actividades en la practica de farmacia hoy,
2. Cambiamos los nombres de las actividades de los farmacéuticos pero no las actividades (*atención farmacéutica, consejo, servicios cognitivos, servicios cognitivos avanzados, indicación farmacéutica, etc.*) Hace cuarenta años en la farmacia comunitaria estábamos haciendo más cuidado de los pacientes que hoy, y las ideas que discutimos hoy, en el año 2004, ya se discutían hace más de treinta años –solo que con nombres diferentes–,
3. Para ser reconocidos y pagados por servicios de atención al paciente tenemos que trabajar según los estándares que tienen el resto de agentes de salud (como los médicos, las enfermeras o los dentistas). No podemos cambiarlos y no es necesario que nos gusten. Sí es necesario que los conozcamos y que hagamos la práctica de acuerdo con ellos. Estos estándares son: 1) una práctica de atención directa al paciente; 2) un sistema de documentación de la atención al paciente; 3) un sistema de evaluación; y, 4) un sistema de cobro igual al sistema de otros agentes de salud. La práctica que hemos desarrollado está diseñada para acomodarse a estos estándares.

Me gustaría discutir tres observaciones principales de mi trabajo.

Las tres observaciones principales

Mi presentación se centra en tres observaciones que reflejan mi perspectiva en el desarrollo de la práctica del Seguimiento Farmacoterapéutico. Primero, la magnitud del cambio que se requiere para proporcionar Seguimiento es mucho mayor de lo que habíamos anticipado y el tipo de cambio requerido es muy diferente al que esperábamos. Segundo, el impacto positivo que ésta práctica puede tener en pacientes individuales y en el sistema sanitario en general, es mucho mayor que el que habíamos imaginado. Y, finalmente, ahora estamos seguros de lo que es necesario para tener éxito y conseguir este tipo de impacto y alcanzar el cambio necesario para ofrecer Seguimiento a nuestros pacientes de una manera rutinaria. Debería mencionar que esta seguridad la hemos adquirido sólo durante los dos últimos años a medida que hemos sido testigos del desarrollo de prácticas con éxito y todo lo que ello conlleva. A continuación discutiré todos estos aspectos en detalle.

La magnitud y el tipo de cambio que se necesita

Siempre habíamos tenido claro que el redefinir el papel del farmacéutico supondría un cambio en el comportamiento de cada uno de ellos. Sin embargo, al comienzo del desarrollo del proceso subestimamos la magnitud y el tipo de cambio que iba a ser necesario para introducir un nuevo ejercicio de atención al paciente y un nuevo facultativo para la atención al paciente en un sistema de salud viejo y tradicional. Aprendimos de otros profesionales de la salud de nuestro sistema sanitario (médicos, enfermeras, dentistas e incluso veterinarios) que la atención directa al paciente supone una dedicación a tiempo completo. Entiendo por atención directa al paciente aquella atención ofrecida con los mismos estándares, con las mismas expectativas por parte de los pacientes y con compromisos del paciente similares, a la ofrecida por los médicos, enfermeras y dentistas.

La atención al paciente no es algo que se pueda hacer “cuando el tiempo me lo permita” o “si estamos interesados” o “si el médico me deja hacerlo” o “si me siento capacitado”. Ninguna de éstas posiciones es compatible con asumir de verdad la responsabilidad de la atención directa al paciente. La atención al

paciente supone un compromiso a tiempo completo ya que antepone las necesidades del paciente a las nuestras. Las necesidades del paciente en relación con su medicación se convierten así en la mayor prioridad y son las que definen lo que debemos hacer por el paciente en la práctica del Seguimiento.

También hemos aprendido a través de los muchos errores cometidos, que la atención directa al paciente supone una actividad diferente a la de dispensación en la farmacia comunitaria. Las filosofías que sustentan ambos servicios son distintas. La forma en que se gestionan también. El tipo de preparación para realizar ambos servicios es diferente. Y, hemos descubierto que el farmacéutico que es mejor asumiendo las responsabilidades derivadas de la dispensación es diferente del farmacéutico que es mejor en la atención directa al paciente.

Finalmente descubrimos que no es posible añadir Seguimiento a las actividades que están realizándose actualmente en las farmacias comunitarias. Es necesario construir un nuevo ejercicio de atención al paciente basado en una nueva filosofía de la práctica, en la utilización de un proceso de atención al paciente bien establecido y aceptado, y en un sistema de soporte informático diferente al de la dispensación.

El facultativo que realiza Seguimiento debe dedicar toda su atención al cuidado del paciente. Este proceso de atención necesita estar programado. No puede interrumpirse. Requiere trabajar muy cerca del médico y de otros facultativos que realicen Seguimiento. Exige una documentación completa y consistente. Estas características de la atención directa al paciente, interfieren con la eficiencia necesaria en la dispensación. Nos costó varios años, y unos cuantos intentos fallidos, el aprender estas difíciles lecciones sobre la práctica de la atención al paciente.

El impacto de la práctica

La mayor recompensa de estos veinticinco años ha sido el conocer el impacto que esta actividad, cuando se ejerce adecuadamente, puede tener en las vidas de los pacientes. No teníamos ni idea de que el 50% de los pacientes que entran en una farmacia comunitaria, en cualquier país del mundo, tiene un pro-

blema relacionado con los medicamentos que puede ser identificado y resuelto. Aprendimos esto tras consolidar información proveniente de más de 90 facultativos ejerciendo en distintos lugares. Estos farmacéuticos han atendido a día de hoy a más de 25.000 pacientes durante más de 65.000 encuentros. Hoy tenemos información de todas y cada una de esas entrevistas. Toda esta información ha sido consolidada y analizada en el *Peters Institute of Pharmaceutical Care* de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Minnesota. Estos datos nos han aportado una gran cantidad de información.

Por ejemplo, el nivel de la morbilidad relacionada con los medicamentos es mucho mayor de lo que jamás podíamos haber imaginado. Como consecuencia del uso de farmacoterapias que no son ni efectivas ni seguras se gasta una enorme cantidad de dinero y se origina mucho dolor y sufrimiento. De hecho, nuestros facultativos cuantificaron el resultado de tomar un medicamento no adecuado entre un 20 y un 30% de los problemas relacionados con los medicamentos identificados. Esto significa que bien el paciente está tomando un medicamento innecesario o bien el paciente necesita un medicamento para su enfermedad y no lo toma. Otro 20 a 30% de los pacientes toma medicamentos que son inefectivos. Esto supone que el paciente está tomando un medicamento que no es el más efectivo para su enfermedad o que está tomando un medicamento inefectivo para la misma. Además, aproximadamente un 20% de los problemas detectados se refieren a aspectos de seguridad, fundamentalmente de efectos indeseados, en los que la dosis es demasiado alta o aparece algún efecto adverso.

Finalmente, solo cuando el facultativo que ejerce en Seguimiento ha determinado que la medicación es apropiada, efectiva y segura para el paciente, evaluamos el comportamiento del mismo para determinar si toma la medicación como le había sido prescrita. Cuando se sigue este proceso, sólo un 20% de los problemas relacionados con los medicamentos están causados por un comportamiento de mal cumplimiento del paciente. Si comparamos estas cifras con las que aparecen en la literatura podemos observar que existen diferencias significativas. Estas diferencias reflejan el impacto que puede tener una relación terapéutica sobre un paciente individual y tam-

Una perspectiva personal sobre seguimiento farmacoterapéutico



bién el impacto que un proceso de atención al paciente consistente, una filosofía basada en la atención a los pacientes, y un facultativo especializado, pueden tener sobre el nivel de morbilidad y mortalidad relacionados con los medicamentos en nuestra sociedad.

Cuando la práctica del Seguimiento se ofrece correctamente, el farmacéutico puede conseguir unos resultados positivos en alrededor del 80-90% de todas las enfermedades de los pacientes. Estos resultados positivos se observan en aquellos pacientes en los que se ha especificado un objetivo concreto para su farmacoterapia, el paciente ha planteado una intervención adecuada en colaboración con el facultativo, y se han completado las evaluaciones del seguimiento. Esto supone el mayor grado de respuesta positiva que ha sido descrito en investigación de resultados derivados de la farmacoterapia.

Supongo que les interesará saber que estos resultados positivos los consiguen los facultativos trabajando directamente con los pacientes. De hecho, el 80% de los problemas relacionados con los medicamentos de los que hemos hablado fueron resueltos entre el paciente y el farmacéutico sin necesidad de nadie más. Sólo en el 20% de los casos restantes, el facultativo tuvo que contactar directamente con el médico para resolver el problema. Esto es muy importante ya que el Seguimiento está diseñado para ofrecer al paciente un mayor control sobre su salud y su comportamiento en cuanto a la toma de medicamentos. Es cierto que cuando los facultativos implican al paciente en el proceso de toma de decisiones que supone la práctica del Seguimiento éste juega un papel mucho más activo. La asunción de esta práctica por los pacientes ha resultado muy positiva. Más del 95% de los pacientes que recibieron Seguimiento afirmaron que mejoró su estado de salud general y su bienestar, y que aconsejaban a otras personas utilizar el servicio.

El Seguimiento está pensado para beneficiar a los pacientes. Sin embargo, uno de los resultados positivos que encontramos es que además supone una gran ayuda para los médicos. Estos son capaces de constatar el beneficio que supone la práctica del Seguimiento por los facultativos al cuidado del paciente. De hecho, el 95% de todas las decisiones que realiza y recomienda el facultativo fueron acep-

tadas y asumidas por el médico. Este nivel de aceptación no tiene precedentes. Los médicos necesitan ayuda y, lo que es más importante, quieren ayuda para atender mejor a sus pacientes. El facultativo que ejerce el Seguimiento, contribuye al cuidado de los pacientes cuando con su conocimiento específico y experiencia identifica un problema relacionado con los medicamentos, establece los objetivos de la farmacoterapia para cada problema de salud, y realiza el seguimiento del paciente para evaluar los resultados obtenidos por la farmacoterapia.

Desde un punto de vista económico, esta práctica puede originar una relación beneficio-coste de 10 a 1 (10:1), cifra que supera con creces el ratio beneficio-coste de las intervenciones más importantes que se realizan hoy día en el campo de la salud. El facultativo que practica el Seguimiento ahorra gastos sanitarios de diversas maneras. Sólo por describir algunas, podemos afirmar que el facultativo: 1) elimina farmacoterapia no necesaria, 2) convierte en efectiva la medicación inefectiva, 3) elimina toxicidades y efectos adversos que hacen que el paciente no tome su medicación, 4) evita costosas visitas a urgencias y a los hospitales, 5) disminuye la necesidad de acudir al médico y 6) establece una relación terapéutica con el paciente que le anima a tomar la medicación como le ha sido indicada. Estas y otras intervenciones ahorran al paciente y al sistema sanitario tanto dinero como absentismo laboral, dolor y sufrimiento. Además, los facultativos que ejercen el Seguimiento dentro del sistema sanitario resuelven un gran problema de nuestras sociedades. Nunca pudimos sospechar el impacto colectivo que podría tener esta práctica al atender uno a uno a los pacientes.

Las claves del éxito

Finalmente, sabemos hoy lo que es necesario para conseguir obtener estos resultados positivos. La buena noticia es que todos los detalles para realizar esta práctica, la formación necesaria, el formato para su documentación, y la estructura para la remuneración por los servicios han sido desarrollados y están accesibles a todos aquellos que quieran dedicar su vida profesional a realizar una atención directa a los pacientes. Esto precisa lo siguiente:

1. Todos los facultativos que realizan Seguimiento tienen que ofrecer un servicio igual de consistente, de manera que éste sea reconocido, recompensado y solicitado por los pacientes en todo el mundo. Esto supone asumir la misma filosofía de la práctica y aplicar los mismos estándares de atención al paciente esperados y practicados. Esta filosofía, denominada proceso de atención al paciente, y sus estándares de la práctica han sido desarrollados y posteriormente publicados.
2. Es necesario que se genere evidencia significativa del impacto de este servicio y que ésta se comunique a todo el mundo. Esto requiere que en todas partes se documente la información de la misma manera. Esto es necesario para que las bases de datos puedan combinarse entre ellas, se puedan comparar resultados, y se pueda ir aumentando el conocimiento sobre Seguimiento a partir de las experiencias de todos los farmacéuticos que lo practiquen.
3. Se deben implantar servicios de Seguimiento a un ritmo suficientemente rápido para poder convencer a los pacientes y a los gobiernos de que verdaderamente estamos dispuestos a asumir nuestra responsabilidad. Los farmacéuticos sólo podre-

mos esperar el reconocimiento debido y la correspondiente remuneración cuando esta práctica esté generalizada y, por tanto, se ofrezcan servicios de atención a los pacientes. El proceso para implantar este servicio está bien desarrollado y se ha probado que su práctica origina éxitos.

4. Y, finalmente, nuestras facultades de Farmacia tienen que preparar facultativos cualificados para practicar Seguimiento. Necesitamos un currículo estándar en Seguimiento Farmacoterapéutico que se implante en todo el mundo.

Conclusiones

La necesidad de Seguimiento es tremenda. La práctica del Seguimiento supone un verdadero éxito al abordar esta importante y cada vez mayor necesidad del paciente. Un facultativo, en nuestro sistema sanitario, sólo puede solucionar esta necesidad mediante el ofrecimiento de Seguimiento a los pacientes – **asegurémonos de que éste facultativo sea el farmacéutico**. Tenemos una enorme oportunidad delante de nosotros, pero también sabemos que es necesario trabajar mucho para conseguir tener éxito –necesitamos insistir en ello– los pacientes dependen de nosotros. ■



I Congreso Sociedad Española de Farmacia Comunitaria

.....Tarragona, 18, 19 y 20 noviembre de 2004.....

Conclusiones

1. Reconocemos la importante labor que vienen desarrollando algunas universidades en la formación de pre y post-grado, dirigida a mejorar la labor asistencial del farmacéutico.
2. Se hace necesaria una reorientación de la farmacia comunitaria desde el medicamento hacia el paciente.
3. El farmacéutico ha de evolucionar de la mera entrega de medicamentos a la dispensación. Esto redundará en una mejora de la calidad del servicio a la población y en un mayor reconocimiento como profesional sanitario.
4. La SEFaC apoya el compromiso de no dispensar medicamentos de prescripción sin receta, comenzando con los psicótropos, antibióticos y anticonceptivos, y solicita el apoyo del resto de los agentes implicados.
5. Las consultas de indicación farmacéutica, se deben realizar mediante un método de trabajo riguroso.
6. Se requieren más estudios científicos con mejor diseño para conocer la incidencia real y los resultados de nuestras actuaciones en las consultas de indicación farmacéutica.
7. No son barreras para implantar el SFT ni los médicos, ni los profesionales sanitarios, ni la formación continuada de los farmacéuticos. Son elementos facilitadores la motivación de los farmacéuticos, su formación en pregrado, la remuneración del servicio y la coordinación entre niveles asistenciales.
8. El futuro del SFT en la farmacia pasa por la adecuada formación de los profesionales y entrenamiento en la atención a pacientes, por la necesidad de que la población conozca y reclame el servicio y por el apoyo explícito de los gestores de los servicios sanitarios.
9. A través de congresos como el de la SEFaC, se consigue crear foros científicos de farmacéuticos comunitarios capaces de debatir las deficiencias actuales de la farmacia comunitaria, así como, sus posibles soluciones para poder proporcionar a los pacientes los servicios asistenciales que precisan.

Deseo asociarme a la SEFaC (Sociedad Española de Farmacia Comunitaria).

Boletín de inscripción*

Nombre																									
Apellidos																									
Calle																									
Localidad																									
Código postal						Provincia																			
Teléfono						Fax																			
e-mail																									
Banco						Oficina																			
CCC																									
Fecha	Firma:																								

La Cuota a abonar es de 50 Euros al año (recibos semestrales), que las destinará a:

- Suscripción a las revistas, "Seguimiento farmacoterapéutico" y "Aula de la farmacia".
- Recepción del Boletín informativo de la SEFaC, cuyo contenido está formado por noticias, revisión de artículos, actualidad legislativa, relaciones con la Administración Sanitaria, etc.
- Acceso a la cartera de servicios de la sociedad, web, etc.
- Precios especiales en cursos, congresos, suscripciones, etc.

REMITIR A: Neus Caelles.
C/ Antiquarios, 2.
43205 REUS (TARRAGONA)
Fax 977 75 73 76
o a la dirección de correo: sefac@sefac.org

*A todos los efectos, los datos contenidos en este boletín sólo serán transferidos a las empresas encargadas de remitir la revista, el boletín y permitir accesos a la web.

Con la colaboración de

