

CAPÍTULO 13

EL SECTOR FARMACÉUTICO. MEDICAMENTOS Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA

Jesús Larruga Riera

Farmacéutico de Atención Primaria

Servicio de Farmacia de Atención Primaria, Área 03 Sagunto (Valencia).

Miembro de la Sociedad Española de Farmacéuticos de la Administración Sanitaria (SESFAS)

1. Introducción

Relacionar el sector farmacéutico, medicamentos y ordenación farmacéutica, con el lema del informe SESPAS 2002 «Invertir en salud» es, en principio, complejo puesto que tradicionalmente se ha considerado a este sector del sistema asistencial como uno de los responsables de que una porción importante de los gastos en salud de los países desarrollados, no pueda ser destinado a aumentar las inversiones en factores relacionados con la biología humana, su entorno o estilos de vida saludable (1).

Como consecuencia de ello es necesario, desde nuestro punto de vista, separar en dos apartados claramente diferenciados los dos conceptos claves relacionados con la farmacia en nuestro país como son: el gasto público en medicamentos y el papel de la farmacia y de los profesionales farmacéuticos.

2. Gasto en medicamentos

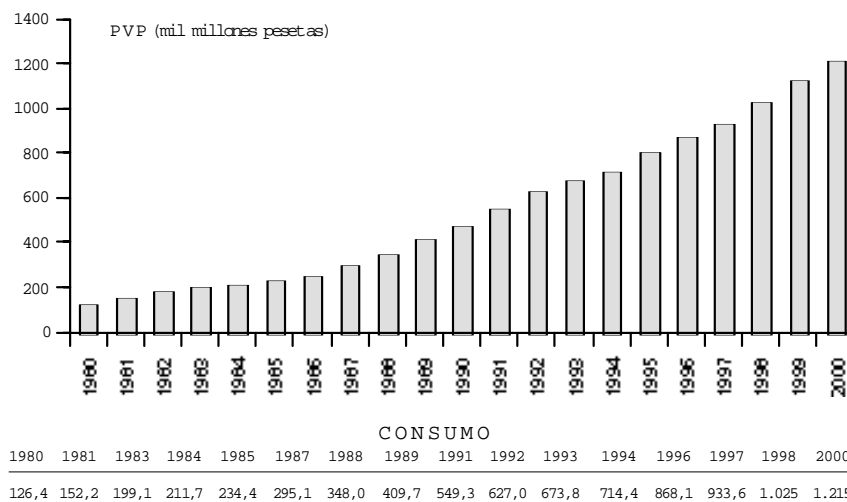
En España, como en el resto de los países de su entorno, continúa una enorme preocupación: los fuertes incrementos que supone el coste de los medicamentos financiados por los sistemas públicos de salud y su repercusión en los presupuestos sanitarios de las administraciones.

Siempre que se trata el tema del gasto económico surge la polémica sobre la corrección de hablar de gasto farmacéutico o bien de gasto en medicamentos.

En el presente trabajo hablaremos en todo momento de gasto en medicamentos para intentar en lo posible disociar lo que es la financiación de una prestación pública, con lo que es una actividad profesional que, como veremos en el segundo apartado, tiene y va a tener –sobre todo en el futuro– una importante repercusión

sanitaria, debiéndole por tanto descargarle ese lastre peyorativo que comentábamos al inicio de nuestro estudio. Sirva como ejemplo ilustrativo entre otros que no hablamos de gasto en traumatología al referimos a la prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud.

Hoy en día la contención de esta partida económica ha pasado a ser una de las altas prioridades en la política sanitaria de la mayoría de los países desarrollados. En nuestro país las cifras que alcanzaron el coste de esta prestación en el Sistema Público solamente a través de la receta médica supusieron ya valores de 1.215 millones de pesetas en el año 2000 (Gráfico 1).



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Gráfico 1
Coste del consumo de medicamentos a través de recetas del Sistema Nacional de Salud a PVP

Esta cifra no contabiliza el correspondiente al mercado hospitalario (2), ni el socio-sanitario directo, ni otros residuales como el penitenciario, escaso este último en número de pacientes pero importantes al tratarse de tratamientos terapéuticos para combatir el sida.

No obstante, hay que destacar los notables esfuerzos que en materia de conten-

ción y racionalización del uso de los medicamentos han realizado en los últimos años las administraciones tanto periféricas como centrales de nuestro país.

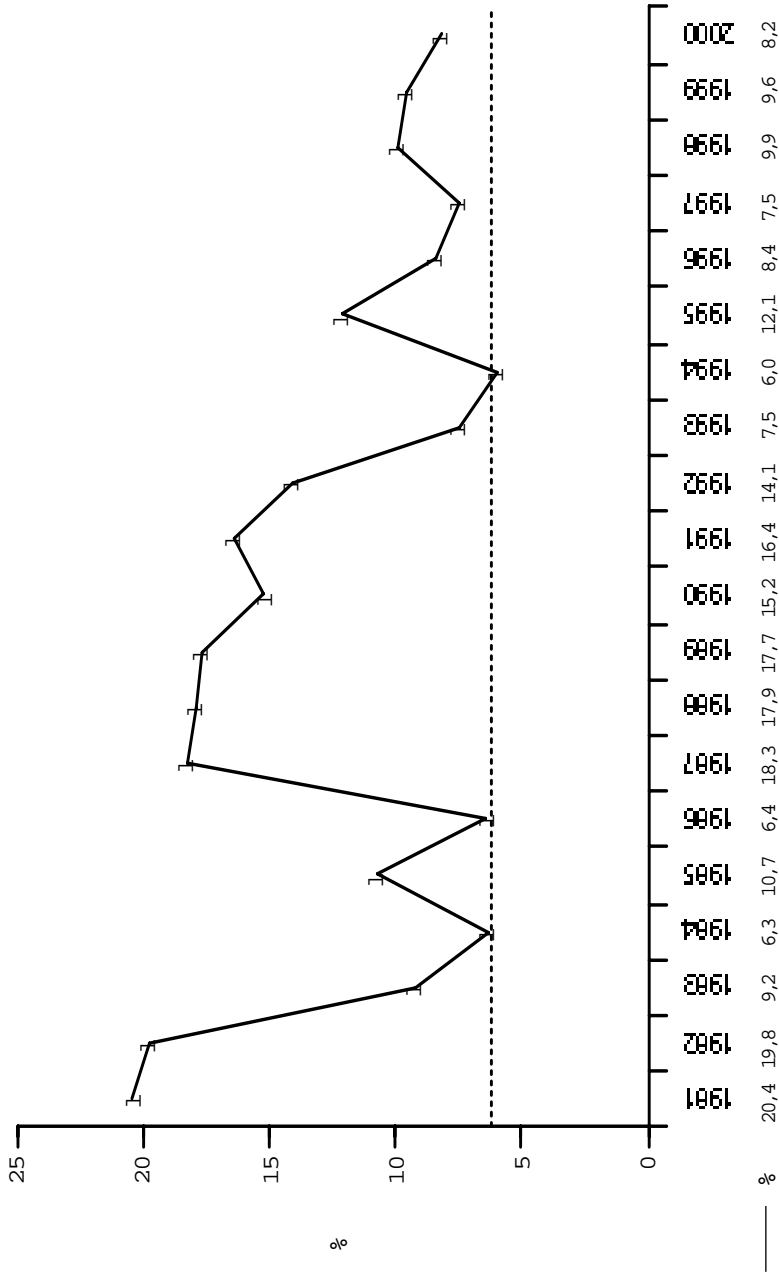
Deberíamos destacar por su importancia:

- Introducción en el mercado farmacéutico de especialidades farmacéuticas genéricas.
- Retirada de 650 especialidades farmacéuticas de utilidad terapéutica baja.
- Disminución de márgenes de la distribución farmacéutica del 11% al 9,6%.
- Reducción del precio de los medicamentos en un promedio del 6%.
- Aplicación de nuevos márgenes de oficinas de farmacia, distribución farmacéutica y descuentos según volumen de facturación de las oficinas de farmacia.
- Entrada en vigor el 1 de diciembre de 2002 de los precios de referencia de las especialidades farmacéuticas.
- Reducción en un 15% del precio de medicamentos con determinados principios activos de gran volumen de utilización.

Estas medidas han supuesto que, aunque los valores porcentuales de crecimiento de la prestación (Gráfico 2) hayan sido superiores al crecimiento del IPC, son en todo caso a excepción del año 1995 cifras inferiores a las de dos dígitos alcanzados en otros periodos no muy lejanos en el tiempo.

Esta problemática se debatió en la Primera Jornada Nacional de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Administración Sanitaria (SEFAS) (3). La prestación farmacéutica en la Unión Europea reúne una serie de características comunes en todos ellos, que podrían resumirse en ser una prestación accesible a toda la población, ocupar un porcentaje significativo del gasto sanitario público, representar la mayor parte del consumo total de medicamentos, la financiación es pública pero la provisión es privada, los usuarios y los servicios de salud comparten en distinto grado dicha financiación, los poderes públicos intervienen fuertemente en precios con tendencia a crecer en la demanda.

También conviene recordar con respecto a nuestro país que, además de tener una de las tasas de envejecimiento demográfico más alta (4), es uno de los mayores receptores de personas desplazadas provenientes de la Unión Europea, tanto de manera temporal en periodo vacacional, como de residencia permanente en el



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Gráfico 2
Porcentaje de crecimiento del coste de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud a través de recetas

caso de personas de tercera edad especialmente en las zonas costeras, con la repercusión que eso supone en el coste de los medicamentos financiados. Debe destacarse también que España es uno de los países con menor índice de participación de los usuarios en la financiación compartida con la administración

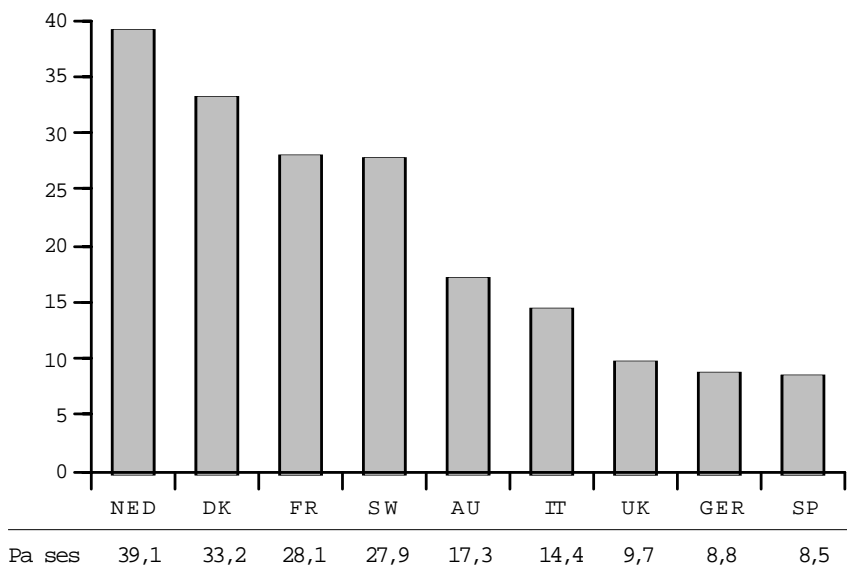


Gráfico 3
Participación del usuario frente al consumo público farmacéutico, 1996

en el coste de los medicamentos, tal como indica el Gráfico 3.

El valor porcentual de dicho índice sigue una línea descendente cuya cifra en el año 2000 fue de solo 7,1% mientras que en el año 1990 era de 11,0% y en 1981 fue de 19,0% (Gráfico 4).

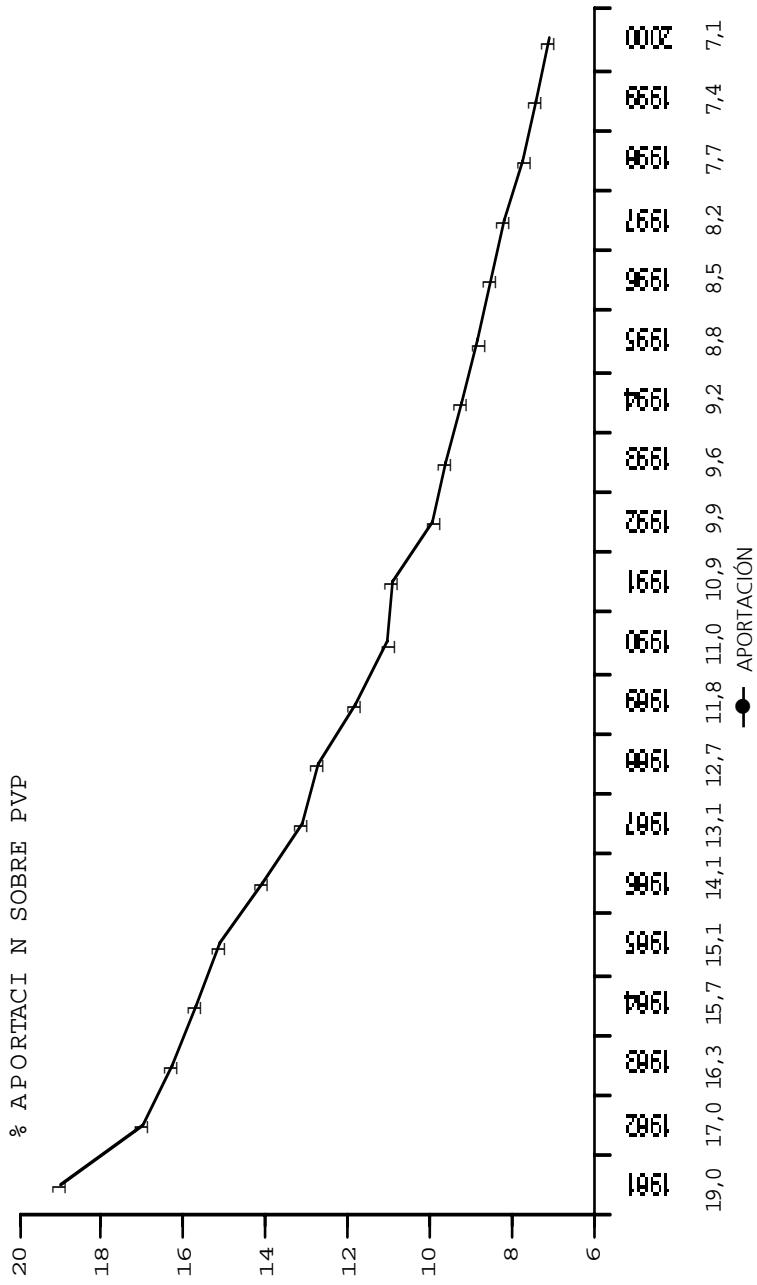


Gráfico 4
La aportación del usuario en la prestación farmacéutica (1981-2000)

También debe considerarse que los precios medios ponderados de los medicamentos en nuestro país son notablemente inferiores al de los principales países de la Unión Europea (Tabla 1).

Tabla 1
Precio medio ponderado de los medicamentos en los principales países

País	PVP (IVA) ptas.	Índice (España: 100)
Holanda	2.650	210
Alemania	2.490	210
Bélgica	2.036	172
Reino Unido	2.007	170
Italia	1.359	115
España	1.184	100
Francia	1.179	100

Fuente: *Farmaindustria 1999*.

Por ello la mayoría de los países han implantado una serie de medidas que son comunes (Tabla 2) y que se pueden concretar (5) en las clásicas actuaciones sobre la oferta y la demanda de la prestación.

Oferta:

- Sistemas de intervención de precios
- Suministros competitivos
- Financiación selectiva
- Regulación del margen comercial
- Retribución profesional del farmacéutico separándolo en su totalidad del PVP del medicamento
- Potenciación del uso de genéricos
- Aumento de la participación de los pacientes en la financiación

Tabla 2
Algunas medidas para racionalizar el gasto farmacéutico en los países de la Unión Europea

Países	Lista positiva	Lista negativa	Participación del paciente	Control de precios	Incentivación de genéricos	Precios de referencia
Bélgica	Sí	No	% del precio 5 categorías	Sí	Ninguna	No
Dinamarca	Sí	No	% del precio 2 categorías (PR)	No	Muy implantada	Sí
Francia	Sí	Sí	% del precio 3 categorías	Sí	Poco implantada	No
Alemania	No	Sí	(PR) Tarifa fija prescripción	No	Muy implantada	Sí
Grecia	Sí	Sí	% del precio 3 categorías	Sí	Ninguna	No
Irlanda	Sí	Sí	Según nivel renta y gasto familia/mes	Sí	Muy implantada	No
Italia	Sí	Sí	Según nivel renta y % precio 3 categorías	Sí	Poco implantada	No
Holanda	Sí	Sí	Ninguna si PVP<PR	No	Muy implantada	Sí
Portugal	Sí	No	% del precio 3 categorías	Sí	Poco implantada	No
Reino Unido	No	Sí	Tarifa fija por prescripción	No ⁽²⁾	Muy implantada	No
España	No ⁽¹⁾	Sí	% del precio 3 categorías	Sí	Implantada	Sí
Luxemburgo	No	Sí	% del precio 2 categorías (PR)	Sí	Ninguna	No

⁽¹⁾ Existe en la prescripción de fórmulas magistrales.

⁽²⁾ Control de precios indirectos.

– Establecimiento de listas positivas y negativas

Demanda:

- Limitación de los porcentajes destinados a promoción de medicamentos, control de la publicidad y regulación de la visita médica.
- Medidas informativas y formativas a los profesionales a través de guías farmacoterapéuticas, fichas de transparencia, protocolos, perfiles farmacoterapéuticos periódicos, sesiones clínicas, cursos específicos, etc.
- Medidas participativas con los prescriptores a través de acuerdos cooperativos o incentivos.
- Medidas estrictamente presupuestarias por medio de presupuestos individualizados de recetas o monetarios.
- Actuaciones directas sobre los usuarios o pacientes empleando actuaciones informativas y formativas en colaboración con las asociaciones de consumidores, colectivos de tercera edad, colegios o bien directamente a través de campañas de prensa.
- Aumento de la contribución o participación económica de los usuarios en la financiación de los medicamentos.
- Restricciones o supresión de determinados medicamentos de la financiación pública mediante la retirada del mercado o su pase a la consideración de publicitaria.
- Control del fraude.

Concretándonos en España, existen en estos momentos proyectos políticos impulsados desde las Cortes Generales con el apoyo de diversos partidos políticos, organizaciones empresariales y corporativas para alcanzar pactos de Estado que consigan una armonización del gasto farmacéutico público (6).

En nuestro criterio para alcanzar el denominado pacto de estabilidad del sector farmacéutico deben proponerse actuaciones dirigidas a incidir sobre cada uno de los eslabones que constituyen la cadena del medicamento (Figura 1), como son: la industria farmacéutica, los almacenes de distribución, los profesionales farmacéuticos, los médicos prescriptores y los pacientes o usuarios.

Dichas actuaciones están relacionadas con las que hemos citado anteriormente y son ya utilizadas en muchos casos en la mayoría los países de la Unión Europea. Deberían conseguir un aumento en la racionalización del consumo de medicamentos, acompañado de una contención presupuestariamente asumible del crecimiento en el coste de los medicamentos financiados por el sistema público; todo ello manteniendo los niveles de universalidad y calidad, así como procurando una gestión de los recursos públicos dedicados a este apartado aun más eficiente, sin olvi-

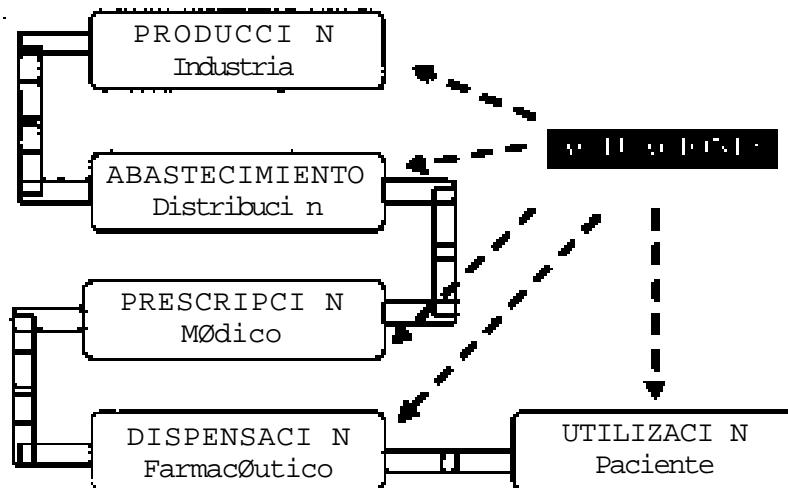


Figura 1
Cadena terapéutica de los medicamentos

dar tampoco la necesidad de un periodo de estabilidad que el sector necesita.

A la luz de las consideraciones expuestas, se propone:

- a) Mejorar la información relacionada con la utilización de los medicamentos a través de un sistema de receta electrónica, para lo cual es condición necesaria e imprescindible la cobertura total de la población con la tarjeta individual sanitaria, con el fin de disponer a tiempo real de los datos de prescripción y dispensación. Este sistema permitiría una validación inmediata del 100% de las prescripciones con la consiguiente eliminación de dispensaciones incorrectas (sustituciones no correctas o permitidas, envases superiores a la prescripción, plazos de validez, etc.). También se conseguiría una disminución de los traba-

jos burocráticos en las consultas médicas, se generarían todos los indicadores cuantitativos y de calidad de manera inmediata, se eliminaría el precio de la mecanización de recetas como argumento de peso en la negociación con los colectivos farmacéuticos, pero especialmente la incidencia y repercusión asistencial principal vendría dada por la calidad que el paciente recibiría del facultativo, al disponer éste de información sobre coste/efectividad en los tratamientos, relacionar interacciones, reacciones adversas con el enfermo y acceso a protocolos, información terapéutica, etc. También los farmacéuticos, especialmente los de oficina de farmacia, podrían integrarse en este sistema y cooperar con los equipos de salud, especialmente en materia de atención farmacéutica.

- b) Proseguir con actuaciones de financiación selectiva en marcas comerciales que repiten unos mismos principios activos en su composición y dosificación (*me-agains*), o bien principios activos de marcas comerciales pertenecientes a un mismo grupo terapéutico, con una misma estructura molecular de función de la que tan solo cambia un radical (*me-toos*). También deben ser valorados aquellos que solo presentan ventaja terapéutica a un reducido grupo de pacientes a los cuales solo debe asegurarse su financiación a este grupo.
- c) Con la industria farmacéutica deben alcanzarse acuerdos que, a semejanza de las oficinas de farmacia, produzcan aportaciones fijas al sistema que tengan relación con las ventas y variables de acuerdo con su incremento, pudiendo ser minoradas igual que ocurre en Francia en función del tamaño del laboratorio o de la venta de genéricos. También deben ser establecidas las pautas de inversiones en promoción de medicamentos que reglamenten la actual formación que las compañías farmacéuticas proporcionan al personal sanitario de manera que su financiación sea totalmente nítida en su contenido y coste. Por último la visita médica debe ser equilibrada de tal manera que se eviten los actuales desajustes que en recursos humanos, materiales y de coste son empleados para facilitar información no siempre independiente, al mismo tiempo que debe evitarse de manera radical por los medios precisos las prácticas no éticas en el desarrollo de esta actividad.
- d) Potenciar la participación activa a través de campañas de prensa o directamente por medio de asociaciones, colectivos, escuelas, etc., de los ciudadanos y pacientes, en los temas de salud y en el uso racional de los medicamentos; potenciar la concienciación de los recursos limitados que el sistema tiene para esta prestación, evitando en todo momento el concepto de gratuidad, adecuando y procurando de manera razonable aumentar la participación de los ciudadanos en la financiación compartida, para lo que deben tenerse

en cuenta las características sociales y económicas de la población que hay que atender, de acuerdo también con la enfermedad y sus tratamientos terapéuticos.

- e) Modificar de manera consensual el sistema retributivo de los profesionales, que provoque en los farmacéuticos de oficina de farmacia una adaptación al sistema basada en criterios más sanitarios y, en los médicos, una proporcionalidad relacionada con el esfuerzo en la racionalidad de la prescripción terapéutica. Todo ello acompañado de fuertes inversiones que la administración sanitaria no puede obviar en materia de mejora de las condiciones de trabajo, aumento de los recursos farmacéuticos tanto materiales como humanos de los centros (servicios de farmacia de hospital, sociosanitarios, primaria etc.), más tiempo de dedicación en la atención al paciente, potenciación de la relación de la Asistencia Primaria y Especializada, dotación de recursos informáticos y facilitación de su formación.

3. Papel de la farmacia y de los farmacéuticos

Hasta ahora hemos descrito que el coste de los medicamentos –a pesar de los esfuerzos que en su contención han realizado las administraciones sanitarias, así como del posible éxito de alguna de las propuestas de actuación planteadas para su racionalización en el presente trabajo– es indiscutible el riesgo que en el futuro supone el soporte de su cuantía económica en relación con la inversión que en materia de salud deben hacer las administraciones sanitarias públicas. No ocurre así con el papel que los farmacéuticos y estructuras farmacéuticas juegan y van a jugar en los nuevos retos sanitarios.

Así dentro del plan de actuaciones sanitarias que el NHS publicó en julio del año 2000 a través de un documento específico (7), se estableció que la farmacia y los farmacéuticos desempeñan un papel importante en el desarrollo del plan, ya que los farmacéuticos son una parte importante del grupo de profesionales con más experiencia en el sistema sanitario, tanto en el medio hospitalario como en el comunitario. Entre los proyectos propuestos se determina que a los pacientes se les suministre el cuidado farmacéutico correcto en el momento adecuado, de la forma correcta y con máxima calidad. También se habla de los farmacéuticos para mejorar la accesibilidad de los servicios, dada la alta cualificación que tienen estos profesionales y estableciendo como herramienta la receta electrónica de la cual ya hablamos al mencionar las medidas de contención del gasto en medicamentos, especialmente en la prescripción a pacientes crónicos, reduciéndose de esta manera la asistencia a la consulta clínica pero debiendo proporcionar los servicios farmacéuticos más información a los pacientes.

Este plan prevé también desarrollos que permitan a los pacientes obtener a través de los filtros necesarios medicamentos donde y cuando ellos deseen, planteando incluso la entrega directa en domicilios. También se considera cómo se debe ayudar a los pacientes en la utilización de los medicamentos y cómo evitar los todavía numerosos problemas de las reacciones adversas de los fármacos. Se rediseñan los servicios farmacéuticos alrededor de los pacientes proponiendo que los enfermos reciban la mejor atención farmacéutica disponible, tanto si consultan a los farmacéuticos en los hospitales, en atención primaria, en centros sociosanitarios, desde la administración sanitaria o en la oficina de farmacia.

También destaca por su importancia la resolución RESAP 2001/2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria (adaptado por el Consejo de Ministros, el 21 de marzo de 2001, en la 746ª Reunión de los Delegados de los Ministros de la Unión Europea) (8), para la obtención de los fines de armonización de las legislaciones en el sector farmacéutico. Aquí se deben recordar, además, las medidas propuestas en anteriores resoluciones sobre la función y formación del farmacéutico de oficina, sobre el uso racional de los medicamentos, sobre la evolución de la función del farmacéutico y la adaptación de su formación inicial y la necesidad de ponerlos en práctica y aprovechando los debates que tuvieron lugar en Estrasburgo en el Consejo de Europa, del 20 al 22 de octubre de 1999 sobre el tema «el farmacéutico ante la encrucijada de los nuevos riesgos sanitarios: un socio inevitable para su control».

La citada Resolución tiene en cuenta, entre otros: la emergencia de las nuevas terapias y sus riesgos asociados; los accidentes iatrogénicos; la tendencia a la automedicación; los peligros inherentes a las falsificaciones; los problemas planteados por la venta ilegal a distancia de medicamentos a través de Internet; los desafíos suscitados por las nuevas tecnologías de comunicación; la necesidad de que los avances tecnológicos se hagan en beneficio de los pacientes; el valor añadido que aportan los farmacéuticos tanto en el plano científico como en el ético; la necesidad de promover el papel del farmacéutico en la gestión de los nuevos riesgos sanitarios; la consideración de que el farmacéutico, especialmente el de oficina de farmacia, es el profesional de la salud más fácilmente accesible para el paciente y el que contribuye a la personalización de los cuidados; el seguimiento farmacéutico permite reducir los riesgos iatrogénicos; la necesidad de tener en cuenta el conjunto de actos farmacéuticos para su remuneración; el control de los costes de sanidad no puede lograrse en detrimento de la calidad de los cuidados.

Por todo ello y considerando la emergencia de los nuevos riesgos sanitarios y la evolución del papel del farmacéutico en la gestión de éstos, se recomienda a los

estados miembros la consideración de los siguientes principios, por un lado con el fin de conseguir la evolución del papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria y, por otro, para incitar a los farmacéuticos, los organismos profesionales, los centros de enseñanza, los servicios de salud, las compañías de seguros de enfermedad y las asociaciones de pacientes y consumidores:

- a) El contacto directo con el farmacéutico es un derecho de los pacientes. Para su potenciación es indispensable establecer un marco de colaboración y comunicación entre los farmacéuticos, las autoridades sanitarias y el resto de profesionales de la salud. En este marco el farmacéutico ha de poder ejercer libre y serenamente. Su sistema de remuneración debe ser reexaminado teniendo en cuenta no los márgenes y el volumen de venta, sino el servicio profesional que prevé. La formación inicial y continuada del farmacéutico debe incluir las ciencias del comportamiento y de la comunicación.
- b) Con vista a la conciliación entre la calidad y los límites del gasto en sanidad, que evite que el control de costes sea conseguido con el detrimento de la calidad de los cuidados, la contribución del farmacéutico en esta materia debe ser reconocida y el marco reglamentario de su actuación debe asegurarle su participación en todos los niveles de la cadena del medicamento.
- c) Como experto en medicamentos una de las funciones fundamentales del farmacéutico debe ser la de actuar sobre las fuentes evitables de los riesgos iatrogénicos. Su papel como participante en las redes epidemiológicas de vigilancia y alerta de los medicamentos debe ser potenciado y su papel como informador a los que prescriben, a los pacientes y a los otros componentes del sistema sanitario debe ser reforzado. Dichos consejos no deben ser exclusivamente verbales sino igualmente escritos.
- d) En la prevención y limitación de riesgos iatrogénicos deben establecerse los siguientes parámetros:
 - Informe farmacéutico que incluya el historial del paciente, los medicamentos recetados, las informaciones clínicas, los resultados terapéuticos y biológicos disponibles, así como las recomendaciones hechas al paciente.
 - Control de las prescripciones, en función del informe anterior, para verificar su coherencia y las interacciones posibles con otras prescripciones.
 - Evaluación de la medicación tomada por el paciente.
 - Racionalización del consejo al paciente.

- Intercambio metódico de las informaciones con otros profesionales de la salud.
 - Acceso a las distintas tecnologías de información y bases de datos que permitan el acceso al perfil del paciente y su incorporación al informe farmacéutico.
- e) Deben ser reducidos los riesgos de la automedicación por medio de la información, teniendo aquí al farmacéutico un papel importante a través de consejos sobre todas las interacciones significativas, de los riesgos inherentes de los medicamentos frontera y de los accesibles fuera del circuito farmacéutico. La opinión farmacéutica, si es necesaria, debe darse por escrito y remitida al médico de acuerdo con el paciente.
- f) Frente a los riesgos inherentes a las nuevas terapias como las génicas y celulares es indispensable elaborar normas de buena práctica, asegurar la correcta documentación sobre protocolos terapéuticos, crear equipos multidisciplinares con el fin de utilizar al máximo las competencias de cada profesional, establecer criterios de oportunidad de tratamiento según los peligros y coste de las terapias, asegurar la conexión entre la asistencia primaria y especializada. El farmacéutico debe estar incluido e integrado como experto en la gestión de riesgos sanitarios de cada etapa.
- g) Frente a la evolución de los medios terapéuticos, la capacidad del farmacéutico debe ser reforzada para evitar la incentivación de malas prácticas. Este profesional debe sensibilizar al paciente de los riesgos y evaluar sus peticiones en base al informe del paciente.
- h) Ante los peligros que supone la falsificación de medicamentos se debe:
- Instaurar sistemas de vigilancia farmacéutica en toda la cadena del medicamento.
 - Imponer un responsable farmacéutico de la calidad en todas las etapas de la distribución de los productos.
 - Reforzar las inspecciones a los fabricantes y mayoristas.
 - Luchar contra los circuitos ilegales de importación, distribución y comercialización.

- Evitar a ultranza la liberalización de los mercados y establecer una política de precios.
 - Los pacientes deben ser sensibilizados a los peligros inherentes a los medicamentos falsificados.
- i) Deben introducirse buenas prácticas farmacéuticas –especialmente en la utilización de Internet– que garanticen un contacto real y no virtual entre el paciente y el profesional de la salud; debe crearse, además, un sistema de validación y de calidad. Las autoridades deben realizar campañas de sensibilización del público ante estos problemas.
- j) Es necesario establecer redes de comunicación que permitan la cooperación entre los medios hospitalarios y primarios que incluyan a todos los profesionales farmacéuticos, que hagan posible la libre elección del paciente, la confidencialidad y un acceso selectivo a los datos relativos al paciente, así como el establecimiento de criterios de seguridad y de calidad de las redes. Estas nuevas tecnologías deben facilitar al farmacéutico la tenencia del informe farmacéutico y el control de las prescripciones.

En nuestro país las distintas normativas que con rango de ley han desarrollado el campo de la ordenación farmacéutica –especialmente desde la publicación del Real Decreto-Ley 11/96 y Ley 16/97, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia (9)– permiten el desarrollo de las funciones farmacéuticas antes mencionadas. En las segundas jornadas nacionales de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Administración Sanitaria, el Secretario General del Defensor del Pueblo declaró que la Constitución carece de un modelo farmacéutico de oficina, como lo demuestra el hecho de la posibilidad de 17 modelos distintos y la aparición de numerosos recursos sobre las normativas autonómicas existentes en la actualidad. Las discrepancias surgen especialmente en el modelo planificador de las oficinas de farmacia.

En las tasas poblacionales con criterio de máximos como índice de nueva instalación se mantienen sin grandes diferencias los criterios marcados por la Ley Estatal, a excepción del caso navarro en donde la tasa poblacional tiene la consideración de mínimos. Para la instalación del establecimiento existen mayores discrepancias en cuanto a las características de la concesión administrativa del mismo, como es el caso de la Comunidad Extremeña y de la Comunidad de Castilla-La Mancha, en donde la concesión y licencia administrativa es exclusivamente para el farmacéutico al que se concede, sin posibilidad de venta y herencia. Se mantiene sin embargo en todas ellas la obligatoriedad de propiedad farmacéutica evitando claramente la liberalización de este servicio.

En todas coincide la potenciación de la denominada Atención Farmacéutica a través de las distintas estructuras farmacéuticas (Oficina de Farmacia, Servicios de Farmacia de Hospital, Servicios de Farmacia de Atención Primaria, Servicio de Farmacia de Centros Sociosanitarios, Servicios de Farmacia de Centros Penitenciarios), que conforman el sistema asistencial de nuestro país, al mismo tiempo que estipulan las funciones que deben cumplir tanto los citados servicios como los farmacéuticos que trabajan en ellos o en la Administración Sanitaria.

A pesar de las dificultades que ha supuesto la introducción de los conceptos de atención farmacéutica –especialmente por los equívocos producidos en otros colectivos profesionales al considerar esta actividad profesional como una injerencia (10, 11)–, el cambio de concepto de atención más centrada hacia el paciente que hacia el medicamento, la accesibilidad de las estructuras farmacéuticas cuyo ejemplo más reciente es la actuación de las oficinas de farmacia como puntos de información en la epidemia de legionella en la ciudad de Murcia durante el mes de julio de 2001 (12), la cada vez más numerosa aparición en el mercado de especialidades farmacéuticas publicitarias que siguen siendo medicamentos con un determinado balance beneficio/riesgo no exentas de riesgos secundarios, han hecho prioritario para todas las administraciones esta actividad (13) y los problemas relacionados con la adhesión o cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes (14).

Así, bajo el concepto de Atención Farmacéutica (15), los farmacéuticos deben intervenir en los distintos niveles de asistencia sanitaria antes citados y, en cada nivel, deben asistir en la enfermedad, con el objetivo de colaborar en la correcta utilización de los medicamentos, con funciones relacionadas con la distribución, conservación, preparación y dispensación con su correspondiente información, juntamente con funciones sobre el seguimiento de tratamientos y detección de efectos graves. Es interesante resaltar que, aunque escasas, las experiencias realizadas y los resultados cuantificados de esta actividad demuestran resultados muy alentadores (16).

También por otro lado la Atención Farmacéutica incluye actuaciones de promoción de salud y de prevención de la enfermedad que mejoren la calidad de vida del individuo (17). En el seno del Congreso Internacional de Farmacéuticos, en el año 1993, fue definida la denominada Declaración de Tokio, que diseña el papel del farmacéutico como agente de salud y propone determinados ámbitos de actuación específicos en relación con las actividades de promoción de salud. Otras iniciativas como el plan de acción para una Europa libre de tabaco auspiciado por la OMS, se incluyeron las oficinas de farmacia para ayudar a combatir el hábito del tabaco (18).

Estas experiencias fueron realizadas por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (19). Otro programa más reciente es el auspiciado también por la OMS para el control de la hipertensión arterial desde las oficinas de farmacia (20).

La facilidad de acceso de los pacientes sin cita previa –siendo muchas veces el primer contacto sanitario, especialmente en determinadas zonas rurales y urbanas donde los puntos de atención continuada de Atención Primaria y su concentración no son adecuados– hace que en muchos núcleos de población la oficina de farmacia sea el único referente sanitario disponible. La distribución geográfica de los servicios farmacéuticos por todo el territorio nacional, tanto en las estructuras primarias, especializadas, sociosanitarias, comunitarias, etc., hace posible que el farmacéutico sea un profesional con un amplio potencial como agente de salud, especialmente en dos parcelas: actividades de educación sanitaria a través del consejo farmacéutico a la población, y detección de casos basados en la búsqueda activa.

Los consejos en los que debe potenciarse la atención farmacéutica en este campo pueden ser: acerca del uso de medicamentos y sobre la automedicación, vacunaciones, prevención de enfermedades de transmisión sexual y el sida, tabaco, nutrición, prevención de enfermedades bucodentales, ejercicio físico saludable, consumo de alcohol, prevención de accidentes.

La búsqueda activa debe plantearse siempre no de manera aislada sino integrada dentro del sistema sanitario; puede referirse al cribado de la hipertensión arterial, peso y obesidad, hipercolesterolemia, diabetes, etc.

En síntesis, por todo lo anteriormente descrito debe entenderse que cualquier política de inversión en salud ha de contar con que un porcentaje importante de la misma debe ser dedicada a potenciar el papel del farmacéutico y de las estructuras farmacéuticas existentes o por desarrollar, de acuerdo con las distintas Leyes de Ordenación Farmacéutica. Todo ello para hacer posible el mantenimiento de la calidad asistencial del sistema sin que ello suponga un desequilibrio presupuestario como consecuencia del coste de los medicamentos, teniendo siempre como referente principal al paciente más que al medicamento en sí.

Bibliografía

1. Pineault R, Davely C. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson; 1987.
2. Valvanera V. Las ventas a hospitales crecen más que las de las farmacias. *Correo Far-*

- macéutico 2001; julio 23 al 29: pág. 10.
3. El gasto farmacéutico. Fórmulas para un acuerdo. Libro de ponencias de la Primera *Jornada Sociedad Española de Farmacéuticos de Administración Sanitaria* 2000; Madrid: Feb. 17.
 4. Larruga J. *Modelo de gestión de la actividad farmacéutica en el Servicio Valenciano de Salud 1998-1994* [tesis doctoral]. Granada: Universidad; 1996.
 5. Gómez ME, Ruiz J, Martínez J. Políticas de uso racional del medicamento en Europa. *Revista de Administración Sanitaria* 1999; 9: 93-107.
 6. El pacto de Coalición Canaria y de la FEFE. *Cuadernos de Farmacia* 2001; abril 30: pág. 9.
 7. Farmacia en el futuro. Implementando el plan del National Health Service. Septiembre 2000. *Noticias Farmacoterapéuticas* 2001; 28: 3.
 8. Resolución ResAp 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. Consejo de Europa. Comité de Ministros. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 216-222.
 9. Sánchez I, Barnuevo R. La ordenación farmacéutica en España. Especial referencia a la regulación de las oficinas de farmacia y su conflictividad constitucional. *Revista de Administración Sanitaria* 1999; 12: 121-136.
 10. Abal F, Álvarez F. ¿Nos injerimos? *Pharm Care Esp* 2000; 2: 147-150.
 11. Respuesta diligente de los farmacéuticos de Murcia ante los casos de legionella. *El Global* 2001; julio 16 al 22: pág. 12.
 12. Comisión central de Deontología, Derecho Médico y Visado. CGCOM. Límites de las funciones profesionales de médicos y farmacéuticos. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 227-229.
 13. Entrevista al D.G. Farmacia del Ministerio de Sanidad. *El Correo Farmacéutico* 2001; 1: 8.
 14. Rigueira A. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? *Aten Primaria* 2001; 27: 559-568.
 15. Sedano E. *Atención Farmacéutica integral e integrada*. Barcelona: SEFAP; 2000.
 16. Lobato P, Lobo F, García A. *Estrategia, viabilidad e implicaciones económicas de la Atención Farmacéutica*. Madrid: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid; 2000.
 17. Gilbert A, Serra J, Sedano E. *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad (I): educación sanitaria. Detección de casos*. Barcelona: SEFAP; 2000.
 18. WHO Regional Office for Europe. *International guide: Pharmacies and smoking cessations*. Copenhagen: OMS; 1993.
 19. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. *Informe sobre el plan de educación nutricional por el farmacéutico-Plenufar*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 1993.
 20. The role of the pharmacist in the prevention of noncommunicable disease: focus on hypertension. Joint CINDI/Europharm Forum Meeting, Lisboa; 1997.