



4

Qué aporta el cambio de la denominación de la especialidad al ejercicio de la profesión para el beneficio de la sociedad

Ana Isabel Rigueira García



Ana Isabel Rigueira García

Área sanitaria III, Avilés, Asturias

Índice

1. Breve reseña histórica
2. Funciones del farmacéutico de hospital y del farmacéutico de atención primaria
3. Cambio de denominación de la especialidad: un cambio en el enfoque
4. Contexto del cambio
5. Bibliografía

1. Breve reseña histórica

Los farmacéuticos hemos recorrido un largo camino para adaptarnos en cada momento a la coyuntura del sistema sanitario, integrarnos en él y ofrecer un valor añadido. Teniendo en cuenta la vocación pública del sistema sanitario español, el esfuerzo de adaptación e integración de aquellos profesionales directamente relacionados en la asistencia sanitaria, tales como los -hasta ahora- farmacéuticos especialistas de área (FEA) de **farmacia hospitalaria** y los farmacéuticos de atención primaria (FAP), redundan evidentemente en un beneficio social.

En la década de 1960, el Dr. Joaquín Bonal mostró su desacuerdo con el papel sanitario que se veía relegado a desempeñar como farmacéutico, dado que la industrialización de la fabricación de los medicamentos había mermado su trascendencia profesional considerablemente, tanto en la actividad privada de la oficina de farmacia como en el hospital. En este contexto, en la siguiente década, el Dr. Bonal planteó la reinención del ejercicio profesional del farmacéutico integrado en el sistema sanitario redefiniéndolo como “far-

macéutico clínico”, para integrarse de pleno y trabajar codo a codo con el resto de los facultativos y personal de enfermería¹, asentando con firmeza las bases del ejercicio profesional actual. De este modo, consiguió colocar la figura del farmacéutico como un profesional sanitario de máximo interés social. A comienzos de los años 1990, el Dr. Bonal comenzó a interesarse por la necesidad de una ampliación del horizonte hospitalario, para acercarlo a los usuarios, mediante la oferta de servicios desde las estructuras de atención extrahospitalarias. No podemos olvidar que las fronteras “hospitalario” y “de atención primaria” se establecieron por simple adaptación de los profesionales a los modelos de gestión y la estructura jerárquica establecidos en el sistema, que en aquel momento se concebían como diferenciados, para evitar la fagocitación de las necesidades de prevención a largo plazo por las de atención cortoplacista. A partir de las iniciativas de farmacéuticos y farmacéuticas en Costa de Ponent (Barcelona), Andalucía y Madrid, que habían iniciado su trabajo desde la segunda mitad de los años 1980, se inicia un nuevo ejercicio como

profesional diferenciado, el "Farmacéutico de atención primaria" (FAP), cuya actuación abarca todo el territorio español, aunque con peculiaridades autonómicas que se acentuaron tras completarse las transferencias sanitarias en 2002. La necesidad de regularizar la formación de los FAP, aunque ya han contado con

temario propio en las oposiciones de todos los Servicios de Salud, ha derivado en que se haya optado por una capacitación profesional y un programa formativo conjunto de farmacéuticos del servicio sanitario en 2014². Esto requerirá fusionar conocimientos y funciones, para adaptarse a la realidad sanitaria y social.



2. Funciones del farmacéutico de hospital y del farmacéutico de atención primaria

Tomando como base la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento³ (artículos 81 y 82) podemos hacer una breve reconstrucción de las funciones de una especialidad troncal desarrollada en el ámbito de unidades de **gestión integradas**:

- El beneficio social de la unificación en un servicio único integrado sobre la garantía y la asunción de la responsabilidad técnica de la adquisición, la calidad, la correcta conservación, la cobertura de las necesidades, la custodia y la preparación de fórmulas magistrales o preparados oficinales es evidente, puesto que implica disponer de guías farmacológicas únicas o al menos adaptadas para funcionar de manera coherente en el ámbito intrahospitalario y extrahospitalario, con intención de buscar la máxima eficiencia en la continuidad asistencial. Resulta inexplicable para un médico de familia encontrarse que un paciente, tras un ingreso, demanda (porque se le ha prescrito) el mismo medicamento que estaba recibiendo en el hospital, el cual podría haber sido seleccionado por una oferta específica de compra que sólo beneficia al mismo, sin que hubiera resultado la mejor opción si se hubiera considerado estrictamente el precio de venta al público dentro de un conjunto de equivalentes terapéuticos, que es lo que interesa al usuario por la aportación que le corresponde y al médico de familia sensibilizado en la eficiencia de su trabajo. La gestión en la compra directa debe contemplar de forma ineludible el impacto presupuestario sobre la prescripción de recetas y, como no, directamente sobre el bolsillo del usuario.
- El posible cambio del sistema de distribución y la dispensación de medicamentos o productos sanitarios a pacientes no ingresados posiblemente tendría que merecer especial atención en una



valoración del beneficio social, ya que se amplían considerablemente las estructuras sanitarias que se incluyen en su ámbito directo de actuación. Del mismo modo que se están dispensando los medicamentos extranjeros -con un escandaloso incremento por la frecuencia de desabastecimientos del mercado en los últimos años⁴- y ciertos productos sanitarios (tiras reactivas de glucosa, por ejemplo) a cargo de los servicios de atención primaria, contando con las estructuras sanitarias más próximas al usuario (centros de salud y consultorios) se puede mejorar la accesibilidad de éste a los medicamentos de dispensación o uso hospitalario, enriqueciendo al mismo tiempo el ejercicio profesional y las posibilidades de profundizar en la mejora de la atención farmacéutica y de la adherencia terapéutica, por acercamiento a su medio natural. La especialidad troncal, de hecho, ofrece una oportunidad para perfeccionar los

proyectos *home-delivery*⁵ en sus puntos más débiles, de gestión de la distribución y del mantenimiento de contacto con el paciente.

- La especial vigilancia, la supervisión y el control de los medicamentos que así lo exigen, como los psicotrópicos y los estupefacientes, ganará también con la posibilidad de unificación, optimización de gestión y, tal vez, la incorporación de atención a usuarios que tradicionalmente se han abastecido a partir de oficinas de farmacia, a pesar de residir en entornos susceptibles de acumulación de medicamentos de manera irregular e incluso peligrosa para la seguridad del propio usuario o de su entorno⁶. No hay que olvidar que el abastecimiento de estos medicamentos por medio de receta a través de oficina de farmacia puede generar desechos cuyo control escapa al sistema, y que además el uso de psicotrópicos mediante receta en el



ámbito ambulatorio u hospitalario se viene considerando un grave problema de sobremedicación de difícil control, con graves consecuencias sociales y sanitarias⁷. Cualquier mejora, por pequeña que sea, seguro que será de gran interés.

- La información de medicamentos es posiblemente la función que requiere mayor flexibilización profesional, por la evolución del mercado y la globalización de los tratamientos, la repercusión mutua interniveles y la accesibilidad de los usuarios a la información de diversas procedencias, con frecuencia contaminada por intereses comerciales. Si en el hospital el farmacéutico está acostumbrado a tratar con clínicos altamente especializados y pacientes concienciados por sufrir importantes problemas de salud, el mismo paciente debe de

ser concienciado del valor de las actividades preventivas no farmacológicas y del uso de los medicamentos en la justa medida, siguiendo esquemas terapéuticos apropiados tanto en personas que se consideran sanas como en aquellas partidarias de adoptar la medicalización como modo de vida. Hay que acercarse a asociaciones de pacientes, medios de prensa, jóvenes con sus peculiaridades de comunicación, mayores que funcionan con esquemas del pasado... y como no, a los profesionales sanitarios que constituyen la primera barrera del sistema ante cualquier alarma o presión sanitaria que surja, por lo cual debe facilitarse información ágil, puntual, adaptada, versátil y cercana. La información a los clínicos tiene que realizarse de modo que, sin perder un ápice de rigor y seriedad, se consiga “enganchar” y

fidelizar a un lector con escaso tiempo para autoformación y acosado por un gran volumen de información sanitaria globalizada que fluye con extraordinaria rapidez. Ello se consigue prescindiendo de la exhaustividad para ofrecer formatos atractivos y elaborados pensando en cuestiones prácticas y básicas, y si es posible, adelantándose a las necesidades. Supone todo un arte que precisa su desarrollo y maduración en el entorno de trabajo. La información de cualquier tipo de terapia tiene que adaptarse a todos los niveles clínicos, desde los médicos, pediatras y enfermería de familia, encargados del seguimiento de una amplia gama de medicación con garantías de seguridad, acoplándose en ocasiones a circunstancias que no serían de su incumbencia profesional directa, hasta los especialistas más polarizados en campos de trabajo muy concretos. Véase como ejemplo el comentario vertido por un médico de familia en la repercusión de la presión social por los nuevos tratamientos para la hepatitis C⁸. Mejor información, más clara y más adaptada, que se convierta en el referente ineludible en su ámbito de influencia, sin duda supone una de las grandes aportaciones que pueden ofrecerse.

- Dentro del campo de la evaluación de medicamentos, y ante las históricas carencias del sistema sanitario, el farmacéutico ofrecerá un plus en el análisis de la mejor y más eficiente opción. Para ello será de especial interés la realización de informes del grupo GENESIS de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) que muestren diversas perspectivas de costes: perspectiva de análisis con compra directa y de finan-

ciación de recetas prescritas, y perspectiva del coste al sistema sanitario y al paciente, lo cual parece muy necesario al haberse alcanzado una situación en la cual el paciente ve como barrera a su adherencia la aportación económica directa que tiene que hacer al coste de los tratamientos⁹.

- El acercamiento a otros niveles de asistencia sanitaria, como las oficinas de farmacia, que sin duda tienen su papel en el sistema sanitario¹⁰, por la cercanía y por la confianza que suponen para muchos usuarios, ampliará las miras de las posibilidades de colaboración e investigación en aras de una mejor atención e incluso de la comprensión del funcionamiento general del sistema.
- Hay que destacar la necesidad de profundizar en el desarrollo de herramientas informáticas que proporcionen información de consumo de recursos farmacéuticos rápida, evaluable, versátil, integrada y globalizada, lo cual curiosamente a día de hoy sigue siendo una gran laguna del sistema que requiere una maduración y un desarrollo importantes¹¹.
- Otro reto que se presenta es la prestación de atención farmacéutica y gestión en residencias sociosanitarias o simplemente sociales, no sólo por imperativo legal de cumplimiento del RD 16/2012¹², sino porque el farmacéutico es un profesional clave para colaborar en el diseño y la implantación de estrategias de la gestión y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos, de forma que suponga para nuestros mayores una fuente de bienestar.

3. Cambio de denominación de la especialidad: un cambio en el enfoque

Sería muy superficial plantear el cambio de denominación de especialidad como una simple cuestión estética y de contenido formativo. Se trata de ir más allá, de esforzarse en procurar un cambio de enfoque profesional, de relaciones e incluso de cobijo arquitectónico, que puede que no resulte en la práctica tan sencillo como parece. Tal cambio de enfoque supondrá considerar al paciente como el eje de trabajo, y no verlo como una sucesión de procesos clínicos. Cada proceso tiene que relacionarse, necesariamente, con el antes y el después de un individuo que tiene un recorrido en el seno del sistema sanitario, al cual a su vez hay que contextualizar en su medio: su familia, su vivienda, su entorno medioambiental, su educación y sus recursos biopsicosociales. El farmacéutico tiene que desarrollar estrategias para intervenir aportando beneficios no sólo en el proceso concreto de atención durante un ingreso hospitalario o una visita médica, sino en el antes y el después, tomando también como obje-

tivo la evitación de nuevos ingresos, porque precisamente cada ingreso puede suponer, simplemente, no un inicio de una patología susceptible de diagnóstico y tratamiento, sino un fracaso del sistema sanitario, el cual también se orienta a la prevención (primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria), la detección precoz y la atención temprana, equitativa y sostenible. Si este cambio no se plantea desde el principio, se estará perdiendo un tiempo que habrá que corregir sin duda en un momento dado. No olvidemos que la estadística sanitaria nos muestra que la “descompensación de una enfermedad crónica” es la principal causa de reingreso en los servicios de medicina interna¹³.

El usuario del sistema sanitario, que se convierte en “paciente” dentro del hospital, siempre es el mismo, pero tiene peculiaridades de atención según el ámbito considerado: dentro de un hospital, por las circunstancias condicionantes del ingreso, se muestra más



o menos sumiso y entregado en un entorno de atención altamente tecnológica, fragmentada y paternalista; en el medio extrahospitalario, en general, se muestra más o menos demandante y dueño de la información que maneja, así como de las decisiones que toma, con lo que en este medio se asume que el clínico debe adaptarse y seducir al usuario con su buen hacer, y no a la inversa.

El farmacéutico de atención especializada (hospitalaria y primaria) puede aportar los elementos de atención e información necesarios para garantizar una “continuidad asistencial” dentro de sus competencias profesionales. El impacto beneficioso de la prevención no siempre está debidamente aclarado¹⁴, aunque existen experiencias positivas en otros ámbitos sanitarios en la prevención de la mortalidad y en el beneficio económico

del abordaje adecuado de pacientes crónicos de reciente diagnóstico¹⁵. Starfield demostró que los sistemas sanitarios centrados en la atención primaria son más eficientes y obtienen mejores resultados¹⁶, y que la atención secundaria presenta unos costes más elevados y una mayor yatrogenia sin alcanzar mejores resultados¹⁷. El farmacéutico debe adquirir esa mentalidad de intervención macro e involucrarse no sólo en el proceso intrahospitalario sino también en la mejora global de la salud de la comunidad, por lo que tendrá que conseguir esa dualidad de necesario encaje con la que consiga abordar la globalización y el localismo, ser digital y analógico, centrarse en el paciente y en el proceso, desarrollar la inspección y la prospección, la curación y la prevención, ser intrépido y apático, resolutivo y procrastinador, colaborar en línea y en diferido, etc.

4. Contexto del cambio

A nadie se le escapa que el cambio de especialidad deviene en un momento particularmente sensible de la sanidad y del clima social español. El Real Decreto de troncalidad se publica mientras estamos aún inmersos en una larga crisis económica-política-social¹⁸, de la que la sanidad no ha salido indemne, ya que se han ejecutado diversos ajustes de accesibilidad y colaboración económica de los ciudadanos, y muy especialmente en “farmacia”. El farmacéutico como profesional ha tenido tradicionalmente un papel destacado en la sostenibilidad económica del sistema por su implicación en la eficiencia de éste, e incluso en el análisis y la previsión de gastos, así como en la detección de bolsas de ineficiencia. De hecho, el farmacéutico es utilizado en muchas ocasiones por los órganos de gestión como un agente moderador fundamental de la evolución del consumo farmacéutico pro-

movida por la industria, lo que le ha valido una cierta estigmatización. Se ha instaurado un cierto pesimismo por la deriva de la sanidad pública española tras los cambios sanitarios implantados, por la pérdida que han supuesto para la sociedad además de un gran desgaste profesional, y se solicitan medidas correctoras urgentes¹⁹. Los profesionales de atención primaria parecen especialmente inquietos por los procesos de integración, que consideran una deriva al “**hospitalo-centrismo**”²⁰ y reclaman unas mejoras en la gestión²¹. Como ha ocurrido hasta ahora, es ineludible que el farmacéutico del sistema sanitario participe en lo que se vislumbra que puede ser un cambio de ruta de la sanidad, y que aporte sus conocimientos para colaborar en la oferta del mejor sistema sanitario posible al contribuyente, y ello tendrá que ser con la amplitud de miras que de él se espera.



5. Bibliografía

1. Mangues MA. In memoriam. El legado de Joaquín Bonal. *Farm Hosp*. 2005;29:218-20.
2. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. BOE. 2014;190:63130-7. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/RDtroncalidad.pdf>
3. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE. 2006;178:28122-65. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-13554>
4. Páez Valle R. Desabastecimientos: un problema con tendencia a cronificarse. En: Farmacia de atención primaria [Internet]. 2014. (Consultado el 1/2/2015.) Disponible en: <http://farmaciadeatencionprimaria.com/2014/07/10/desabastecimientos-un-problema-con-tendencia-a-cronificarse/>
5. Martínez Cutillas J. Dispensación a domicilio MHDA: Home Delivery. En: XVIII Jornada de la Societat Catalana de Farmacia Clínica [ponencia]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Institut Català de Salut; 2012. Disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-3574-DOCUMENT/Martinez-55-19Juny22.pdf>
6. Arigax. Anotación de psicotropos en "libro recetario"... ¿por...? ¿para...?. 6 de octubre de 2014. En: e-PANORAMIX [Internet]. Asturias: Rigueira Al. 2008. (Consultado el 2/2/2015.) Disponible en: <https://epanoramix.wordpress.com/?s=psicotropos>
7. CADIME. Benzodiazepinas: riesgos y estrategias para su retirada. *Bol Ter Andal*. 2014;29(2):10-6.
8. Arigax. Blanco y en botella. 13 de enero de 2015. En: e-PANORAMIX [Internet]. Asturias: Rigueira Al. 2008. (Consultado el 2/2/2015.) Disponible en: <https://epanoramix.wordpress.com/2015/01/13/blanco-y-en-botella/>
9. Rodríguez G. Casi el 14% de los mayores tiene problemas para comprar medicamentos. 29 de diciembre de 2014. En: The Huffington Post [Internet]. (Consultado el 2/2/2015.) Disponible en: http://www.huffingtonpost.es/2014/12/29/estudio-tercera-edad_n_6391184.html?utm_hp_ref=tw
10. Puche Herrero M, Arroyo Álvarez de Toledo L, Ramos Morales R, Danet Danet A, March Cerdá JC. Farmacéuticos comunitarios, el eslabón perdido de la atención primaria [carta al director]. *Aten Primaria*. 2011;43(12):682.
11. Gorgas Torner MQ, Pàez Vives F, Camós Ramió J, de Puig Cabrera E, Jolonch Santasu-sagna P, Homs Peipoch E, et al. Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas. *Farm Hosp*. 2012;36(4):229-39. (Consultado el 5/3/2015.) Disponible en: http://www.scfarmclin.org/docs/pafi/PAFI_FH.pdf
12. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE. 2012;98:31278-312. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
13. Etxeberria-Lekuona E, Casas Fernández de Tejerían JM, Méndez López I, Oteiza Olasoa J, Arteaga Ma-

- zuelas M, Jarne Betran V. Multiingreso en el servicio de medicina interna de un hospital terciario. *Rev Clin Esp*. 2015;215(1):9-17.
14. Padilla J. "Prevenir ahorra costes"... ¿en serio?. 20 de noviembre de 2014. En: Médico crítico [Internet]. Sevilla. Antequera A, Fernández A, Píriz E, Padilla J, Barea J, Udaondo J, *et al.* 2008. (Consultado el 2/2/2015.) Disponible en: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2014/11/prevenir-ahorra-costes-en-serio.html>
 15. Wook Shin D, Cho J, Kook Yang H, Hyun Park J, Lee H, Kim H, *et al.* Impact of continuity of care on mortality and health care costs: a nationwide cohort study in Korea. *Ann Fam Med*. 2014;12:534-41.
 16. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002;60:201-18.
 17. Starfield B, Chang HY, Lemke K, Weiner J. Ambulatory specialist use by nonhospitalized patients in US health plans: correlates and consequences. *J Ambul Care Manage*. 2009;32:216-25.
 18. Crisis económica de 2008-2015. Wikipedia [web]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Crisis_econ%C3%B3mica_esp%C3%B1ola_de_2008-2015
 19. Camps V, Cortina A. Salvar la sanidad pública. Renovar el Sistema Nacional de Salud es una exigencia moral apremiante. 23 de enero de 2015. El País - Opinión [Internet]. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2015/01/22/opinion/1421948872_811856.html
 20. Sociedad Vasca de Medicina Familiar y Comunitaria. Movimiento nOSInprimaria. 29 de septiembre de 2014. En: Blog Osatzen [Internet]. (Consultado el 2/2/2015.) Disponible en: <http://www.osatzen.com/blog-osatzen/2014/09/movimiento-nosinprimaria.html>
 21. Ferran Mercadé M. Crisis y atención primaria. Otra gestión es posible. *Aten Primaria*. 2011;43:627-8.