

Una mirada crítica a la Atención Farmacéutica

Según Hepler, una de las cosas más interesantes acerca del concepto de Atención Farmacéutica (AF) es que energiza a la gente: Una vez que se consigue su atención, parece estimular la imaginación. No solo la imaginación del farmacéutico, sino de enfermeras, médicos y pacientes. Dos aspectos de este involucramiento emocional se deben hacer notar si se quiere enseñar AF y luego implementarla. Primero, aunque la AF esta claramente definida, algunas personas le han adjuntado significados a la idea que no están. Por ejemplo, para algunos, la AF se relaciona con la práctica de la farmacia y / o los farmacéuticos, a pesar que la definición, no incluye estas palabras. Esta visión es demasiado estrecha y limita las oportunidades del farmacéutico. El farmacéutico no puede brindar una terapia con medicamentos sin la colaboración del paciente, el médico y la enfermera¹. Por lo anterior es necesario tener en cuenta dos aspectos fundamentales: La filosofía y la metodología. En cuanto a la primera, Strand y colaboradores lo resumen en *“satisfacer las **necesidades** de los pacientes en relación con los **medicamentos, sean éstas cuales sean, ofreciendo una filosofía de trabajo centrado en el paciente y orientado hacia la identificación, resolución y prevención de los problemas relacionados con la medicación**”*.² En cuanto a la metodología, entendida como los procedimientos y actividades para realizar el ejercicio de la atención farmacéutica, existen diversas propuestas, pero para nuestro medio la más conocida es la metodología de Dáder.

La atención farmacéutica en Colombia

Gracias a los convenios y gestiones de la Universidad de Granada con los países latinoamericanos, numerosos docentes y farmacéuticos hemos obtenido el título de Máster y Doctor en Atención farmacéutica y algunos han difundido el uso de la metodología Dáder tal y como estaba planteada en el primer consenso, olvidando aspectos filosóficos de la AF e introduciendo nuevos conceptos y términos que desvían la atención del objetivo principal. Debido a las características particulares del recurso humano, las condiciones y limitaciones de nuestro sistema de seguridad social en salud y otros aspectos la utilización de una u otra metodología debe ser mirada con cautela. Brevemente describiré solo algunas de ellas.

Recurso Humano: En Colombia (país con alrededor de 43 millones de habitantes) solo existen cuatro facultades de Farmacia que forman alrededor de 200 farmacéuticos por año con una orientación tecnológica y una pobre o nula experiencia en el ámbito clínico. La actividad asistencial del farmacéutico es desconocida en su mayoría por los otros profesionales sanitarios dificultando la interacción necesaria para la identificación, prevención y resolución de los problemas del medicamento. Como si esto fuera poco, los aseguradores de salud no ven como una inversión los programas de seguimiento farmacoterapéutico (SFT). A pesar de todo esto, farmacéuticos comprometidos con su profesión, han logrado implementar programas en pacientes con patologías como VIH/SIDA y cáncer, logrando de ésta manera, dar a conocer las bondades de la AF.

Sistema General de Seguridad Social en Salud: Aunque ningún estudioso del tema lo haya contemplado, el problema de suministro de los medicamentos en Colombia (y seguramente muchos otros países latinoamericanos) se convierte en uno de los factores que incide desfavorablemente en los resultados de la farmacoterapia: Las empresas promotoras de salud interponen barreras de acceso a los medicamentos, los operadores logísticos (Servicios Farmacéuticos externos a las instituciones prestadoras de salud) en ocasiones no disponen del medicamento en su inventario, los pacientes carentes de dinero o por enfermedad no pueden ir a reclamarlos, los médicos olvidan colocar firmas o sellos en la prescripción, etc. Este aspecto podría asimilarse al

problema de necesidad (el paciente no recibe un medicamento que sí necesita), pero es claro que el problema no es del medicamento sino un problema de acceso ocasionado por las particularidades del sistema.

La adherencia: Ha sido un aspecto muy estudiado para el cual se han identificado factores que la favorecen o no y se han propuesto numerosas maneras de evaluarla. La adherencia es inherente al comportamiento humano, presenta variaciones temporales dependientes de aspectos económicos, sociales, sentimentales y clínicos y por lo tanto no existirá un método que logre describirla y menos cuantificarla adecuadamente. Se debe ver la adherencia como la consecuencia de unas situaciones anteriormente mencionadas y no como la causa de un problema. Debe tenerse en cuenta que la falta de adherencia se contempla una vez que el paciente haya conseguido sus medicamentos (para diferenciarlo del suministro) y que voluntaria o involuntariamente no los consuma en la cantidad e intervalos de tiempo recomendados por el médico.

Los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM): Desde su nacimiento ha sido un término que ha desatado polémica por su ambigüedad. Hepler, Strand y Cipolle aportaron cada uno de ellos sus definiciones sin llegar a ponerse de acuerdo. En la Universidad de Granada el término es definido en el primer consenso. En el segundo consenso se acuña el término Resultados Clínicos Negativos (RCN) para terminar en el tercer consenso hablando de Resultados Negativos a la Medicación (RNM). En Colombia se aventuraron a utilizar un término adicional al PRM y al cual llamaron PRUM (problemas relacionados con el uso del medicamento). Todo lo anterior lo podemos resumir en la siguiente premisa: **Cuando se utiliza un medicamento se espera que este sea EFECTIVO y SEGURO** y el farmacéutico en conjunto con el equipo de salud, debe identificar qué aspectos pueden interferir en el cumplimiento de estas dos metas, sin importar cual nombre se le dé.

En conclusión, sin desconocer el trabajo importante de la Universidad de Granada y otros investigadores que han realizado valiosos aportes para el ejercicio de la AF, la aplicación de una u otra metodología debe tener en cuenta las características geográficas, culturales, económicas y políticas de una región o país y que ésta se adapte (no se adopte) a estas necesidades. Adicionalmente utilizar la información individual generada en este proceso para establecer indicadores de efectividad y seguridad que pueda servir para alimentar los programas de farmacovigilancia.

[\[Ver introducción histórica sobre la Atención Farmacéutica\]](#)

Bibliografía consultada

1. Charles D. Hepler, Issues in implementing pharmaceutical care, Am J Hosp Pharm, 1993 (50), 1635-1641
2. Linda M. Strand, Robert J. Cipolle, Peter C. Morley. Pharmaceutical care; an introduction. *Current concepts* 1992.

José Julián López G.

Profesor Asociado Departamento de Farmacia, Universidad Nacional de Colombia
Químico Farmacéutico Universidad Nacional, MSc en Farmacología de la Universidad Nacional de Colombia, MSc en Epidemiología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana (Colombia) y Master en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (España).

Email: jjlopezg@unal.edu.co