

Ética e investigación

Desde el comité editorial de la revista trabajamos para mejorar la calidad de la misma. Las mejoras tienen dos áreas fundamentales de trabajo. Una es, por así decirlo, de tipo administrativo, adaptando la revista a las exigencias de las bases de datos, a las de las instituciones evaluadoras y a la normativa internacional sobre publicaciones científicas. Otra área de mejora es la relativa a los contenidos. La calidad de los contenidos se evalúa, sobre todo, en función de los procesos de selección y revisión por pares de los artículos, por mantener la confidencialidad de los datos y por la ética de la publicación.

Cada vez son más las revistas que exigen como requisito para la publicación, la aprobación del estudio por parte de un Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).

En 2007 se aprobó la Ley de Investigación Biomédica (LIB) y en ella se introducen cambios importantes relacionados con la evaluación ética de la investigación en seres humanos. Se hace necesario el consentimiento de las personas que participan en la investigación y de un informe favorable del Comité Ético de Investigación, previo al inicio de la investigación. Estos requisitos se amplían a toda investigación independientemente de que el diseño sea observacional u experimental.

El desarrollo de normativas que regulan la investigación con seres humanos favorece la protección de las personas que forman parte de esa investigación. Los investigadores deben conocer estas normas y los principios éticos que la sustentan. Pero además, deben estar entrenados en la ética de la investigación para diseñar el proyecto, planear todas sus fases y realizarlas siguiendo el modelo ético. En el ámbito de la farmacia pocos son los artículos que hacen referencia a los aspectos éticos de la investigación y menos aún los que han pasado el CEIC. Sin embargo, las investigaciones que se realizan desde la farmacia comunitaria que frecuentemente están relacionadas con la investigación en servicios, han de aunar intereses muy dispares: del investigador, de los sujetos de la investigación, de la administración y, cada vez más habitualmente, los del financiador, lo que puede dar lugar a conflictos y dificultades para cumplir la legislación.

La mejora de la calidad de la investigación pasa por incorporar la ética a todos los proyectos y solicitar el informe del Comité Ético de Investigación Clínica, cuyas observaciones nos garantizan una buena redacción del proyecto, tener bien especificados los métodos estadísticos que se van a emplear, el cálculo correcto del tamaño muestral y la supervisión de aspectos éticos como el contenido de la Hoja de Información al Paciente y la Hoja de Consentimiento Informado.

Sea cual sea el diseño del estudio ya sea observacional u experimental, desde la Fundación os animamos a que previo al desarrollo de cualquier proyecto os pongáis en contacto con el Comité de la Comunidad Autónoma correspondiente. De esta manera avanzaremos en calidad metodológica y protegemos a los pacientes respetando sus derechos, independientemente de los intereses de la investigación.

En este número encontraréis el primero de una serie de informes sobre ética e investigación, que espero os sea útil a la hora de iniciarla.

Ana Dago
Vicepresidenta de Fundación Pharmaceutical Care España

■ ORIGINAL

Modelos de remuneración del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Potential remuneration models for medication review with follow-up service in community pharmacy

NOAIN MA¹, GASTELURRUTIA MA¹, MARTÍNEZ-MARTÍNEZ F¹, BENRIMOJ SI².

¹Grupo en Investigación de la Universidad de Granada. Universidad de Granada.

²University of Technology. Sidney (Australia).

ABREVIATURAS:

FC: Farmacia Comunitaria; **FI:** Farmacéutico Innovador; **FCS:** Farmacéutico conSIGUE; **PRM:** Problema relacionado con el medicamento;

SPF: Servicio profesional farmacéutico; **SFT:** Seguimiento Farmacoterapéutico.

RESUMEN

Introducción: Existen diferentes motivos que justifican la necesidad de remunerar el servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT). El cálculo de su precio se puede realizar de varias maneras y es importante para que su pago salvaguarde la sostenibilidad de la actividad.

Objetivo: Explorar cómo se justifica la necesidad de remunerar la provisión del servicio de SFT, describir las propuestas sobre quién y a quién se debería pagar, así como los modelos de remuneración propuestos.

Método: Se realizaron 21 entrevistas semiestructuradas a farmacéuticos Innovadores con experiencia en la realización de SFT y a otros que acababan de comenzar a realizar SFT en el entorno del Programa conSIGUE.

Resultados: En ambos grupos, se argumenta que el farmacéutico posee la formación necesaria para proveer el servicio y le aventaja la cercanía que tiene con los pacientes. Además, se alude a la asunción de responsabilidad del farmacéutico y al impacto económico y clínico generado por la provisión del servicio. Se sugiere que sea la Administración la que sufrague el servicio y que el pago se efectúe a la farmacia como organización, sin dejar de compensar económica y profesionalmente al proveedor. El precio del servicio debe cubrir, entre otros, los costes de provisión y tener en cuenta el tiempo empleado transcurrido. También se podría valorar la complejidad de los casos, el impacto y eficiencia, el número de pacientes, etc.

Fecha de recepción: 20/05/15 **Fecha aceptación:** 03/07/15

Correspondencia: MA Noain

Correo electrónico: anoain4@gmail.com

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

Conclusión: Es necesario conseguir la remuneración del servicio de SFT con un precio adecuado para que sea sostenible a lo largo del tiempo. Este tipo de servicio debe ser sufragado por la Administración sanitaria aunque no se descarta la participación de los beneficiarios. El pago se debe realizar a la farmacia y el farmacéutico proveedor debe recibir el complemento correspondiente.

Palabras clave: farmacia comunitaria, remuneración, precio, pagador, cobrador.

ABSTRACT

Introduction: Different reasons justify the need to remunerate the provision of the service of Medication Review with follow-up (MRF). Its price could be obtained through several calculations and its value is essential to sustain the activity.

Objective: To explore how is being justified the need to remunerate the MRF' provision, to describe the proposals on who should pay and to whom, as well as to explore the models of remuneration proposed.

Method: 21 semi-structured interviews were conducted with innovative pharmacists experienced in the provision of MRF service and with others that have just been introduced to it within the framework of the conSIGUE program.

Results: Pharmacists justified the need to obtain the remuneration of the service for different reasons. In both groups, it is argued that the pharmacist possesses the expertise to provide the service and is surpassed by an easy access to patients. In addition to this, participants referred to the assumption of responsibility and to the economic and clinical impact of the service provision. In both groups the Administration is proposed as the main payer while it is recommended to pay to the pharmacy as an organization as well as, to economically and professionally compensate the provider. The price must cover between others, costs of provision and the spent time. It could be also considered the complexity of the case, the impact and efficiency, the number of patients, etc.

Conclusion: It is necessary to obtain the remuneration of MRF's service with a suitable price in order to sustain the activity. This type of service must be defrayed by the Administration without ruling a patient copayment. The community pharmacy must bill the service provision and the provider must be compensated.

Keywords: Community pharmacy, remuneration, price, payer, collector.

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

INTRODUCCIÓN

Los servicios profesionales farmacéuticos (SPF) se definen como servicios profesionales prestados por farmacéuticos que emplean sus conocimientos para adoptar un papel activo en la asistencia sanitaria del paciente, mediante una interacción eficaz tanto con los pacientes como con otros profesionales de la salud¹. Hoy por hoy, en el ámbito de la farmacia comunitaria (FC), el servicio que requiere mayor implicación del farmacéutico y exige mayor conocimiento en la práctica es, el servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT)². Este servicio permite mejorar la calidad de vida de los pacientes que lo reciben porque permite prevenir y en su caso resolver, los resultados negativos asociados al uso de los medicamentos mejorando así el control de sus problemas de salud^{2,3}.

La provisión de cualquier SPF en la FC, incluido la del SFT, es una actividad empresarial que como cualquier otra, genera unos costes⁴. El conocimiento exhaustivo de los costes de cualquier actividad permite a las empresas averiguar si ésta supondrá un éxito económico para la organización^{5,6}. Así, las farmacias que desean proveer SPF necesitan determinar sus costes asociados con el fin de determinar su viabilidad económica y tomar la decisión estratégica de proveerlos^{7,8,9,10}. No en vano, los costes imputados a la oferta y provisión del SFT afectan a la rentabilidad global de su explotación. Además, en base a la identificación y cuantificación de estos costes de provisión, se podría estimar el precio a fijar.

La remuneración de los SPF y su propia regulación están normalizadas sólo en algunos países¹¹. En España en concreto, la provisión del servicio de SFT es una actividad profesional no remunerada en ningún ámbito sanitario. La falta del pago es una barrera que dificulta su implantación¹² porque los servicios no remunerados no son rentables y suponen gastos añadidos. De hecho ya se sabe que los incentivos o pago por servicios, constituyen el primer facilitador en la estrategia a llevar a cabo en la implantación de nuevos servicios¹³.

El proyecto conSIGUE es una iniciativa que promueve la provisión del servicio de SFT a pacientes mayores polimedicados con el objetivo final de conseguir su integración en la práctica habitual farmacéutica^{14,15}.

La primera fase del proyecto (conSIGUE impacto) se diseñó con el objetivo principal de evaluar el impacto clínico, económico y humanístico del servicio. Como parte de la evaluación económica se identificaron de forma pormenorizada todos los recursos necesarios para la provisión del servicio. Para ello se realizó un estudio cualitativo basado en los testimonios aportados por farmacéuticos participantes en el proyecto y, farmacéuticos con experiencia previa en la provisión del servicio. Estos últimos proveían el servicio de forma habitual en las farmacias en las que ejercían

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

o lo habían hecho en el pasado. Parte de los resultados de este trabajo, se publicaron en un artículo anterior en el que se enumeraron todos los costes incurridos a la provisión del servicio así como, los componentes de la inversión necesaria para iniciar la actividad¹⁶.

En este contexto y como continuación del artículo publicado anteriormente, se pretende ahora explorar cómo justifican los farmacéuticos participantes la necesidad de remunerar la provisión del servicio de SFT, describir sus propuestas sobre quién y a quién se debería pagar, así como los modelos de remuneración propuestos.

Metodología

Diseño, participantes, lugar y entrevistas

La metodología aplicada se describe con detalle en el artículo citado anteriormente¹⁶. Se trata de un estudio cualitativo en el que se realizaron entrevistas semiestructuradas. En el anexo 1 se presenta la guía de la entrevista utilizada. Los resultados de este artículo se corresponden a las respuestas del bloque de preguntas de la guía relacionadas con la rentabilidad del servicio de SFT.

Los farmacéuticos entrevistados, todos en activo en el momento de realizar las entrevistas, constituyeron 2 grupos diferenciados: el grupo de los denominados farmacéuticos *Innovadores* (FI) que estaba constituido por farmacéuticos titulares o adjuntos con amplia experiencia en la provisión del servicio de SFT y, el grupo de los denominados farmacéuticos *conSIGUE* (FCS) que estaba formado por farmacéuticos titulares o adjuntos, que habían participado en el estudio piloto del proyecto *conSIGUE impacto*.

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

Temas	Pregunta	Preguntas secundarias
Proyecto conSIGUE	¿Qué te parece el SFT?	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué es lo que más te interesa?
Sostenibilidad de la prestación del servicio SFT	<p>El servicio SFT se ha implantado en tu farmacia, es decir es un servicio que se presta habitualmente</p> <p><u>¿Cómo se ha gestionado ese cambio en tu farmacia?</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué número de pacientes “usuarios de SFT” dirías que es necesario, para afirmar que el servicio está implantado? ■ ¿Qué cambios específicos se han realizado para alcanzar ese número de pacientes? ■ ¿Qué has necesitado para integrarlo en la práctica habitual? ¿Dónde lo has encontrado? ■ ¿En que se diferencia de la venta de medicamentos? ¿En qué sentido? ■ ¿Has contratado a más personal? ¿Por qué? ¿Qué características debe presentar? ¿En qué régimen, contratado de la farmacia, subcontratado? (modelo) ■ ¿Has necesitado más tiempo? ¿Qué has hecho para conseguirlo? ■ ¿Cuánto tiempo piensas que es necesario para ese cambio?
Gastos de la prestación del SFT	<p>Hablamos de gastos de la prestación del SFT</p> <p><u>¿Cuáles son los gastos del SFT?</u></p>	<p>Si hiciéramos una lista de gastos ¿Qué pondrías?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Algo más? (referencia lista de costes de inversión - gastos) ■ ¿Cómo los cuantificas? ■ ¿Piensa que esos gastos perjudicarían la sostenibilidad del negocio? ■ Teniendo en cuenta los gastos considerados ¿Supondría mucho esfuerzo económico para tu farmacia? ■ ¿Cuál piensas que es el tiempo de retorno de la inversión?
Rentabilidad del SFT	<p>Hablamos de ingresos y prestación del SFT</p> <p><u>¿Qué rentabilidad piensas que debe tener la prestación del SFT?</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Cómo te gustaría que te pagaran por el servicio? ¿En honorarios por hora, por paciente, por intervención realizada? ¿Otros? ■ ¿A quién se debería pagar: al farmacéutico proveedor, a la farmacia? ■ ¿Qué margen debería obtener? ■ ¿Quién debe pagar? ■ ¿Cuánto debe pagar? ■ ¿Habría otro tipo de consecuencia en la rentabilidad global de la farmacia? ■ ¿Fidelización? ■ Si siguieras como hasta ahora y/o atendieras a más pacientes, es decir, aumentará la actividad ¿Cuánto tiempo piensas que podría mantenerse en ésta situación, sin haber un reflejo positivo en la rentabilidad? ■ ¿Tienes normas de calidad para la prestación del servicio? ¿En que mejora su prestación? ¿Afecta a los costes?

Anexo 1: Guía para la entrevista

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

Resultados

Se realizaron un total de 21 entrevistas, 15 a FI y 6 a FCS. En la tabla 1 se presenta un resumen de los resultados encontrados.

	Farmacéuticos Innovadores	Farmacéuticos conSIGUE
Justificación para la remuneración	Sanitario adecuado con la formación necesaria	
	Deseo profesional	Dedicación tiempo y esfuerzo
	Asunción de responsabilidad sobre resultados en el paciente	
	Investigación del impacto clínico y económico	
Pagador	Administración Sanitaria	
	Copago	Paciente
	Industria Farmacéutica	
Cobrador	Farmacia	
	Compensación económica al proveedor	
Cálculo del precio	Tiempo y número de pacientes	Tiempo
	Complejidad (dificultad casos)	Complejidad (costes)
	Costes de provisión	
	Impacto económico	Eficiencia
	Cupo de pacientes	
	Número de visitas	
	Honorario ligado al margen	Intervenciones realizadas
	Impacto humanístico	
Tarifa aplicada		

Tabla 1. Propuestas realizadas por grupo de farmacéuticos para: justificar la necesidad de remunerar el servicio de SFT, los posibles pagadores y cobradores y, las variables para calcular el precio.

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

A- FARMACÉUTICOS INNOVADORES (FI)

MOTIVOS EXPUESTOS PARA JUSTIFICAR LA NECESIDAD DE REMUNERAR EL SERVICIO DE SFT

Se asegura que el farmacéutico es un sanitario cualificado que posee la formación adecuada para analizar y controlar los tratamientos:

“tenemos los conocimientos para hacerlo...valemos mucho más que para vender y podemos hacerlo.” (FI 1)

Así mismo, se hace referencia a la responsabilidad que asume el farmacéutico proveedor sobre la evolución de los resultados en salud, lo que debería ser “por justicia” reconocido:

“...aunque podría cobrar igual sin hacer nada, esa es la diferencia. Ehm,... es decir, ...yo cobro lo mismo si hago o no seguimiento, que es más trabajo” (FI 3)

Además se asegura que el farmacéutico desea realizar SFT y ser remunerado por ese tipo de tareas y no únicamente por la venta de productos, o la realización de una correcta dispensación y/o indicación.

“Que nosotros queremos hacer seguimiento, cobrar por esto,... queremos cobrar y creemos que podemos cobrar...” (FI 14)

Por otra parte se explica que numerosos estudios han demostrado el impacto, tanto clínico como económico del servicio, lo que justifica su pago:

“para poder dar el servicio de forma sostenible hay que generar datos clínicos y datos económicos que verdaderamente demuestren que esto es importante, y esto ya se ha hecho en muchos casos.” (FI 14)

Sin embargo, hay quién manifiesta que el único beneficio económico que se debe percibir a cambio de la prestación del servicio, es el obtenido gracias a la fidelización de clientes:

“...el único beneficio sería,... si yo tengo un paciente en seguimiento, sé que me voy a asegurar la dispensación del tratamiento.” (FI 7)

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj S².

HONORARIOS

Pagador

Se proponen 4 pagadores del servicio. El primero es la Administración pública:

“Hombre, la Administración, según el sistema que tenemos aquí en España sería la Administración.” (FI 3)

En este sentido se afirma que con el seguimiento se reducirían los gastos derivados de visitas médicas, hospitalizaciones, visitas a urgencias, etc., y también porque hay pacientes que no podrían pagarlo.

“Las consecuencias de nuestros servicios,... yo creo que la Administración es la que lo tenía que pagar...pues evitan un gasto farmacéutico, unos ingresos hospitalarios, lo que sea.” (FI 14)

“el paciente, como está montado el sistema español,... complicado (que pague por el servicio), complicado porque en barrios pobres el paciente no te paga, en barrios ricos sí. Este barrio, que es un barrio medio-bajo, la gente con una pensión paupérrima, ¿qué te va a pagar?, ¿me entiendes?” (FI 15)

También se propone un sistema de copago paciente-Seguridad Social o Mutuas privadas. Se argumenta que la aportación del paciente es imprescindible para que se pueda sostener el servicio, sobre todo en el caso de la Seguridad Social, incluso aunque se sepa que la imposición del copago sería una medida impopular:

“El copago tiene que subir, pero no hay quién se atreva con el tema; la Sanidad está quebrada...que el paciente tienen que pagar, no sé si al farmacéutico o al sistema, en general...” (FI 6)

“Yo entiendo que parte lo debe pagar, a mi manera de ver, la Seguridad Social, y parte lo debe pagar el paciente.” (FI 5)

Además, se plantea que el copago se debería ajustar a los distintos niveles de contribución, en función de la renta per capita. También se asegura que ya hay pacientes, que no sólo están dispuestos a pagar, sino que exigen hacerlo: *“Sí, sí me lo dicen muchas veces, me persiguen con los billetes por la farmacia –toma, toma, toma-, ¡cóbrame por lo que haces, por favor!.”* (FI 15)

Finalmente, se propone la Industria Farmacéutica como posible pagador, porque el seguimiento permite evaluar los efectos de los medicamentos y contribuir a que el paciente los tome en las mejores condiciones posibles a la vez que mejora la adherencia:

“sería como un estudio a lo mejor de efectividad del medicamento, porque muchas veces el propio medicamento no está siendo efectivo porque el paciente no está haciendo un buen uso del mismo.” (FI 11)

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

Cobrador

Se defiende fundamentalmente a la farmacia - en el nombre de su titular-, como la entidad a la que se debiera realizar el pago por el servicio. Se explica que es una cuestión de imperativo legal del modelo español de farmacia:

“Según el modelo que tenemos ahora mismo habría que pagar a la farmacia.” (FI 13)

Otro motivo dado es que el titular es un empresario que pone los medios necesarios.

“Entonces yo necesito este sitio, yo no soy nada tampoco sin él (sin el titular).” (FI 15)

“Al titular le cuesta un dinero extra contratar a un farmacéutico que sepa más de farmacia, porque sabe realizar seguimiento.”(FI 5)

Así mismo se opina que el proveedor del servicio debería obtener un beneficio económico en compensación al “trabajo innovador” realizado que debería normalizarse:

“Pero además es que pago y mal pago, porque tú no le puedes pagar un sueldo de adjunto,... o sea, si una persona toma responsabilidades sobre la farmacoterapia de pacientes... esa persona tiene que tener un sueldo de acuerdo a esto.” (FI 14)

“sus funciones son más específicas, te hacen un trabajo más profesional, que tú estás recibiendo un dinero por eso, lógicamente esa persona igual necesita un plus como los complementos salariales (de los convenios).” (FI 10)

Incluso, hay quién propone aplicar un coeficiente de reparto sobre el beneficio, entre el farmacéutico proveedor y el titular:

“Entonces, yo creo que tiene que ser equitativo a los dos, no sé si un 50-50, pero tienen que ser los dos, porque la farmacia es tu ámbito de trabajo.” (FI 11)

Precio del servicio

Para calcular el precio del servicio de SFT se propone tener en cuenta los siguientes elementos:

- 1. El tiempo y el número de pacientes atendidos.** El tiempo sería reflejo de la complejidad de los casos porque cuantos más medicamentos y problemas de salud haya, se necesita más tiempo. Pero el número de pacientes también es importante porque en aquellos casos que requieran menos tiempo no significa que no hayan sido evaluados. En este sentido se afirma:

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

“El tiempo también, es que oye, es el tiempo. Hacer un promedio del tiempo que tú le dedicas al paciente..., y también yo tengo pacientes que no he tenido que intervenir en nada pero aseguro que están bien controlados.” (FI 13)

- 2. La complejidad del caso.** Se propone un modelo que tiene en cuenta la complejidad del caso influyendo por ejemplo, el número de PRM detectados y resueltos, el número de intervenciones realizadas, el número de medicamentos y problemas de salud etc., y sobre todo la eficiencia del proveedor:

“Si tú te molestas y eres bueno y encuentras PRM, te pagan más, y me parece lo más lógico.” (FI 15)

“Consiste en no pagar ni por tiempo, ni por paciente sino por complejidad de los casos. A mi no me interesa el tiempo que tú hayas estado con el paciente, a mi me interesa el número de problemas que le hayas resuelto.”. (FI 2)

“Yo cuando estuve en los EEUU descubrí un buen modelo aplicado en el programa Fairview en Minnesota. Es complejo pero bueno.” (FI 2)

- 3. El impacto económico del servicio.** Ésta propuesta plantea que se cobre un precio por los resultados obtenidos en el servicio y se asegura además que probablemente este será el criterio que se siga para pagar los servicios en un futuro:

“Y como a los profesionales de la salud nos pagan o nos van a pagar por resolver problemas, no por detectarlos,....., pues tendremos que hacerlo por ahí (el cálculo del precio del servicio).” (FI 14)

- 4. Los costes de provisión.** Independientemente de la efectividad del farmacéutico proveedor, el precio debe cubrir como mínimo los costes de provisión. En particular se hace hincapié sobre los salarios:

“el sueldo de farmacéutico, debería ser el aproximado que debería sacar, y luego habría que valorar de verdad lo que estamos ahorrando al Estado.” (FI 12)

- 5. El número de pacientes asignado por farmacia.** Corresponde a un pago por capitación³⁸ que ya se ha aplicado con los médicos de la Seguridad Social. Consiste en calcular el salario en función del número de pacientes atendidos por cada profesional sanitario. En el caso del seguimiento, se trataría del número de pacientes asignado a cada farmacia en la que recibirían el servicio.

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

“Que la Administración controle el número de pacientes que lleve cada farmacia y determine el dinero que le corresponda...en función del número de pacientes que podemos atender al día, como hacen los médicos.” (FI 3).

- 6. El número de visitas.** Se basa en pagar el servicio por visita realizada, independientemente del número de pacientes total por farmacia. Se explica que cada paciente necesita un número concreto, individualizado, de visitas:

“muchas veces para conseguir el estado de situación no sólo se necesita una visita, necesitas varias, porque conforme habla más el pacientes más datos da.” (FI 7)

- 7. Un honorario ligado al margen de la dispensación de medicamentos.** Ésta propuesta conlleva realizar seguimiento a todos los pacientes que lo necesitan y supondría un aumento del beneficio obtenido por la dispensación.

“Paga el Estado cuando te paga el medicamento. Otra cosa distinta es que el precio justo sea el 27,9; es que ahora es cuando lo vemos, a lo mejor tiene que ser el 40 (con la provisión del servicio).” (FI 9)

- 8. El impacto humanístico.** Los pacientes que acuden a seguimiento descubren los motivos por los que toman medicamentos, como deben hacerlo, conocen sus problemas de salud y aprenden a mejorarlos, etc., produciéndoles una gran satisfacción que debería tenerse en cuenta:

“siempre estamos hablando con gente mayor pero casi todos saben lo que toman, para qué es, cómo se tienen que tomar (gracias al seguimiento)...y eso hay que valorarlo.” (FI 3)

- 9. Una tarifa de precios.** Hay quién no se ha planteado la cuestión del precio e incluso, se siente incapaz de improvisar propuestas. Por eso, simplemente se dice:

“es que no me he puesto nunca a pensar en cantidad ni en...me imagino como cualquier profesional, o sea, no sé, un abogado o un arquitecto que elabore un informe.” (FI 10)

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

B- FARMACÉUTICOS conSIGUE (FCS)

JUSTIFICACIÓN DEL PAGO

A pesar de que en este grupo existe un cierto escepticismo en cuanto a la posibilidad de conseguir, en un futuro próximo, la remuneración del servicio se dice que lo justo sería pagar al farmacéutico que dedica tiempo y esfuerzo:

“no te van a pagar, eso está clarísimo, todo el tiempo que tú usas o utilizas para un cliente o un paciente, no te lo van a pagar.” (C5)

Sin embargo, si se demuestra que el farmacéutico es el sanitario más adecuado para realizar el servicio, se podrá conseguir la remuneración.

“Todos los farmacéuticos y todo el mundo dicen –es que el farmacéutico es el que entiende de medicamentos- bueno hay que demostrarlo ¿Entiendes?.” (C4)

HONORARIOS

Pagador

Se propone a la Administración pública sanitaria, por un lado porque sería la máxima beneficiaria, ya que el servicio permitirá controlar la farmacoterapia de sus asegurados, y por otro por su carácter universal, que garantiza unas prestaciones sanitarias financiadas:

“¡La Administración claro!...Tendría que ser Sanidad.” (C4)

“Lo ideal sería que pagara la Seguridad Social.” (C6)

“si el beneficio es para el paciente, debería pagar la Seguridad Social.” (C2)

“yo por supuesto al paciente no le cobraría...intentaría que la Administración pagase....pero tampoco una cifra bestial porque no nos lo va a pagar.” (C5)

También se propone que sea el paciente quien pague, pero en ese caso habría que valorar cuánto estaría dispuesto a pagar:

“para las personas que no tienen acceso al servicio público, para gente privada, hay que evaluar cuanto estarían dispuestas a pagar.” (C3)

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

Cobrador

Se afirma que debería cobrar la farmacia como organización y que la gestión del cobro la realice el Ministerio de Salud para evitar diferencias entre Comunidades Autónomas:

“Si estuviera centralizado en el Ministerio sería mucho mejor, que cueste lo mismo lo que hace un farmacéutico aquí o en Barcelona.” (C1)

Incluso, se propone que el Colegio de Farmacéuticos tramite el pago como ya se hace con la facturación de recetas:

“Yo creo que el Colegio sería un buen medio (para gestionar el cobro)...” (C1)

En lo relativo al cobro surge una preocupación: hay quién piensa que las farmacias que provean el servicio lograrán acuerdos exclusivos con la Administración consiguiendo mayores beneficios económicos:

“yo no sé si algún día se planteará la Administración el que las farmacias que hagan seguimiento farmacoterapéutico son las farmacias VIP y con las que el ambulatorio trabaje más.” (C5)

Por otra parte, independientemente de que el cobro lo realice la farmacia, se manifiesta que hay que compensar económicamente al proveedor.

“Si es un empleado de la farmacia el que hace seguimiento, se le tiene que reconocer y se le tiene que pagar aparte.” (C3)

Precio del servicio

Los factores que habría que valorar para establecer el precio del servicio serían:

- 1. El tiempo.** Cada caso en seguimiento requiere un determinado tiempo que hay que tener en cuenta independientemente de que se detecten PRM o no:

“Pero claro, también pienso que tú estás gastando tiempo y si no llegas a ningún lado (no se detectan PRM, ni RNM), tú has gastado tiempo...tu tiempo también se paga.” (C6)

En este sentido, se propone aplicar 2 tarifas en función de la duración de los encuentros. La primera y más elevada, se aplicaría a la primera entrevista y la segunda tarifa a visitas cortas o sucesivas:

“Yo lo que si que haría es, a la hora de valorar el seguimiento farmacoterapéutico, cobraría de distinta forma lo que es el comienzo a lo que son las sucesivos encuentros.” (C5)

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj S².

- 2. Los costes de provisión del servicio.** Se hace referencia a la necesidad de que el precio cubra al menos los gastos del servicio, sobre todo el gasto de personal:

“Me refiero a cubrir los gastos, lo que cuesta mantener que una persona haga la visita y analice la situación del paciente.” (C1)

“¿Cuánto nos deberían pagar? Yo creo que una persona, cubrir los gastos de un farmacéutico.” (C2”)

- 3. La complejidad de los casos relacionada con los costes de provisión.** Se considera que cuanto más complejo es el caso, más gastos se generan y por lo tanto debería cobrarse más:

“un paciente con hipertensión la pauta sería otra, el gasto es distinto que un paciente infartado al que hay que mirar muchos más parámetros y tiene más gasto en todo” (C2)

- 4. La eficiencia del proveedor.** Se entiende que el farmacéutico puede involucrarse más y ser más o menos eficiente en función de si el servicio es remunerado, e incluso del importe ingresado:

“...y te pagamos 100 euros más y dices... pues que bien ¡A lo mejor lo hago mejor!” (C6)

- 5. El número de intervenciones realizadas.** Se propone que el precio se realice en función de estas:

“yo considero que mejor sería por intervenciones...si yo fuese el que tuviera que pagar, vamos si yo fuera el ministerio, lo pagaría así.” (C3)

Discusión

Tras la realización de 21 entrevistas semiestructuradas tanto a farmacéuticos innovadores como a otros participantes del programa conSIGUE se obtuvieron diferentes argumentos para justificar la necesidad de cobrar el servicio proponiéndose diferentes pagadores, cobradores y posibles cálculos del precio. En la tabla 1 se resumen todas las propuestas realizadas en ambos grupos.

En los 2 grupos, se ha defendido que el farmacéutico es el profesional sanitario más adecuado para proveer el servicio. En concreto, los *Innovadores*, han aludido al impacto clínico y económico generado. Efectivamente la evidencia científica sugiere que la provisión de SPF tiene un impacto coste-efectivo como ha quedado demostrado en importantes estudios^{17,18,19,20,21,22,23,24,25,26}. De hecho, los resultados obtenidos en algunos de ellos han permitido conseguir la regulación y remuneración de su provisión^{11,27,28,29,30}. Esto demuestra que efectivamente el farmacéutico es un sanitario eficaz aunque todavía es necesario afianzar el rol del farmacéutico comunitario como parte integral de los equipos multidisciplinares que atienden a los pacientes¹⁴.

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

También en ambos grupos se ha manifestado la necesidad de que se cobre por el servicio ya que no se puede mantener un servicio si no se cobra nada a cambio. En este sentido, nadie ha expresado lo importante que sería conseguir la remuneración del servicio para poder cumplir con las expectativas profesionales que se tiene de los farmacéuticos. Así por un lado, la FC mantiene su actividad a pesar de la gran presión económica ejercida sobre ella^{31,32}, y el empuje de las autoridades para garantizar la accesibilidad del medicamento de forma segura y eficaz a toda la población mundial³¹. Por otro lado, estas autoridades empujan al desarrollo de la provisión de SPF³³. Pero en este caso, la situación es más precaria porque la provisión de servicios apenas supone ingresos para la farmacia, sobre todo en algunos países como España. Es necesario ayudar a las farmacias a adquirir la capacidad suficiente, incluida la financiera, para que las nuevas prestaciones farmacéuticas se den de forma sostenible³⁴.

Se manifiesta que quien debe pagar por el servicio es la Administración. Pues bien, así sucede en otros países en los que se proveen servicios semejantes al SFT. Estos son el Home Medication Review de Australia³⁰, *Medication Therapy Management* (MTM) de Estados Unidos, el servicio de *Standard Medication Management Assessment* (SMMA) y *Comprehensive Annual Care Plan* (CACP) de Canadá, los servicios denominados avanzados como el *Medicines Use Review* (MUR) y *New Medicine Service* (NMS) de Inglaterra³⁵ y, *Medications Use Review and Adherence Support* (MURAS) de Nueva Zelanda¹¹. También se propone que los pacientes contribuyan a financiar el servicio. Esto parece razonable porque el Sistema Sanitario español se enfrenta a un problema de sostenibilidad como ha quedado patente con la imposición del copago-farmacéutico de medicamentos³⁶. Además de estas propuestas, se plantea la posibilidad de que contribuyan la Industria Farmacéutica y compañías de seguros (Mutuas), algo que en la actualidad se está ensayando en España en el control del paciente asmático en FC³⁷ y con el cálculo del riesgo cardiovascular en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona³⁸.

Hay acuerdo en que la farmacia debe ser quien cobre el servicio prestado como uno más de los servicios que ofrece este establecimiento sanitario y también en que debe complementarse al profesional que lo realice. Esta mejora debería ser regularizada en los convenios colectivos. En efecto, la provisión del servicio implica la asunción de responsabilidad sobre la salud del paciente³⁹. Hoy por hoy, no existe ningún reconocimiento sobre el esfuerzo, el progreso y adquisición de formación del farmacéutico. Precisamente, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (Sefac), propone un modelo de carrera profesional que otorga reconocimiento público y expreso de valía profesional al farmacéutico que realiza servicios⁴⁰. Este tipo de iniciativas no sólo son necesarias sino que además deberían estar normalizadas y reguladas.

En los sistemas sanitarios, se suelen aplicar 3 formas de pagos. *A priori* el sistema que se asemeja más al español es el *sistema de salario* en el que el pago al farmacéutico se realiza por las horas de trabajo anuales realizadas. Otro sistema es el *pago por capitación* (aludido entre los farmacéuticos *Innovadores*) cuya cuantía depende del número

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

de pacientes en seguimiento por farmacia o farmacéutico⁴¹. El inconveniente de ambos sistemas es que el pago se efectúa haya o no intervención⁴². El tercer sistema, el denominado *fee for service* o tarifa por servicio, en el que el pago se realiza por intervención realizada, es un sistema que fomenta la actividad ya que cuantas más entrevistas y/o visitas realice el farmacéutico más cobrará⁴². Este es el sistema que se aplica en los servicios anteriormente mencionados, excepto el servicio *Fairview Pharmacy Services' MTM program de Minnesota*, que lleva muchos años en servicio⁴³. El cálculo del precio del servicio se realiza en función de la complejidad del caso. Es un sistema sofisticado que probablemente se ajusta mejor a la realidad de la prestación.

Finalmente, destaca el hecho de que nadie ha comentado la necesidad de aplicar un margen de beneficio al calcular el precio del servicio. Sin embargo, la sostenibilidad de la actividad sólo se logrará si la prestación del servicio genera una renta suficiente que permita a la farmacia subsistir²⁰. De hecho, algunos participantes incluso afirman que no es necesario cobrar por el servicio sino que el beneficio por su prestación se alcanzaría gracias a la fidelización de los pacientes. Es evidente que quienes afirman esto desconocen la complejidad del servicio y las responsabilidades que se asumen al realizarlo. En España, esto ya ha sido analizado en relación a un servicio, el Sistema Personalizado de Dosificación (SPD)⁴⁴ que no tiene ni la complejidad ni requiere la responsabilidad del SFT.

Conclusión

Los farmacéuticos justifican la necesidad de conseguir la remuneración del servicio de seguimiento farmacoterapéutico por motivos diferentes aunque en ambos grupos, se coincide en la formación adecuada del farmacéutico y su cercanía con los pacientes.

En ambos grupos se sugiere que sea la Administración la que sufrague el servicio y que el pago se efectúe a la farmacia como organización. También se propone como pagadores a la Industria Farmacéutica y a las Aseguradoras privadas y que los pacientes contribuyan mediante copago. Además, se plantea que el farmacéutico proveedor reciba una compensación profesional y económica diferenciada que debería regularse en los convenios colectivos.

Se proponen diferentes modelos para calcular el precio del servicio. Las variables a tener en cuenta para ese cálculo son: el tiempo, la complejidad de los casos y los costes de provisión del servicio.

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

Bibliografía

1. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw-Hill Companies; 1998. ISBN 0-07 012046-3.
2. Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008.
3. Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada (Spain). *Pharmacotherapy follow-up: The Dader method (3rd revision: 2005)*. *Pharmacy Practice*. 2006; 4(1): 44-53.
4. Calomo JM. Teaching Management in a Community Pharmacy. *Am J Pharm Educ*. 2006; 70(2): 41.
5. IMS. *Statements on Management Accounting. Definition of Management accounting (2008)*. [Acceso, Julio 2014]. Disponible en: <http://www.imanet.org/PDFs/Public/Research/SMA/Definition%20of%20Mangement%20Accounting.pdf>
6. Kaplan RS and Robert S. Research opportunities in management accounting. *J Manage Acc Res*. 1993; 5: 1-14.
7. Doucette WR, McDonough RP, Mormann MM, Vaschevici R, Urmie JM, Patterson BJ. Three-year financial analysis of pharmacy services at an independent community pharmacy. *J Am Pharm Assoc*. 2003; 52(2):181-7.
8. Liu Y, Nevins JC, Carruthers KM, Doucette WR, McDonough RP, Pan X. Osteoporosis risk screening for women in a community pharmacy. *J Am Pharm Assoc*. 2007; 47(4) : 521-6.
9. McDonough RP, Harthan AA, McLeese KE, Doucette WR. Retrospective financial analysis of medication therapy management services from the pharmacy's perspective. *J Am Pharm Assoc*. 2010; 50(1): 62-6.
10. Rupp MT. Analyzing the costs to deliver medication therapy management services. *J Am Pharm Assoc*. 2011; 51(3) : e19-26; quiz e7
11. Mossialos E, Courtin E, Naci H, Benrimoj S, Bouvy M, Farris K, Noyce P, Sketris I. From "retailers" to health care providers: Transforming the role of community pharmacists in chronic disease management. *Health Policy*. 2015 Feb 18. pii: S0168-8510(15)00041-X. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.02.007. [Epub ahead of print]
12. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, Benrimoj SI, Castrillon CC, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. *Aten Primaria*. 2007; 39(9): 465-470.
13. Gil MI, Benrimoj SI, Martínez-Martínez F, Cardero M, Gastelurrutia MA. Priorización de facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas mediante la aplicación de análisis factorial exploratorio. *Aten Primaria*. 2013; (45)7: 368-375.
14. Benrimoj SI, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Faus MJ. A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services. *Ars Pharm*. 2010; 51: 69-87.
15. Martínez-Martínez F, García-Cárdenas V, Sáez-Benito L, Varas R, Gastelurrutia MA, Sabater-Hernández D, Faus MJ, Benrimoj SI. Programa conSIGUE Impacto. Evaluación del impacto clínico, económico y humanístico del Seguimiento Farmacoterapéutico en adultos mayores polimedicados. *Vitae*. 2013; 20 (Suppl1): S15-S18.
16. Noain MA, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI. Identificación de los costes de la provisión sostenible del servicio de Seguimiento

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

Farmacoterapéutico. Pharm Care Esp. 2014; 16(5): 180 -192.

17. Schumock GT, Butler MG, Meek PD, Vermeulen LC, Arondekar BV, Bauman JL. Evidence of the economic benefit of clinical pharmacy services: 1996-2000. *Pharmacotherapy* 2003; 23(1): 113-32.
18. Perez A, Doloresco F, Hoffman JM, Meek PD, Touchette DR, Vermeulen LC, Schumock GT. ACCP: economic evaluations of clinical pharmacy services: 2001-2005. *Pharmacotherapy*. 2009; 29(1):128. doi: 10.1592/phco.29.1.128.
19. Bernsten C, Andersson K, Garipey Y, Simoens S. A comparative analysis of remuneration models for pharmaceutical professional services. *Health Policy*. 2010; 95 (1):1-9.
20. Jódar F, Malet-Larrea A, Martín JJ, García-Mocho L, Puerto M, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA, García-Cárdenas V, Sabater-Hernández D, Sáenz-Benito L, Benrimoj SI. Cost-Utility Analysis of a Medication Review with Follow-Up Service for Older Adults with Polypharmacy in Community Pharmacies in Spain: The conSIGUE Program. *Pharmacoeconomics*. 2015: DOI 10.1007/s40273-015-0270-2.
21. Álvarez de Toledo F, Arcos P, Eyaralar T, Abal F, Dago A, Cabiedes L, Sánchez Posada I, Alvarez Sánchez G. Atención Farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (estudio TOMCOR). *Rev. Esp. Salud Pública*. 2001; 75: 375-388.
22. Cranor CW, Christensen DB. The Asheville Project: Short-Term outcomes of a Community Pharmacy Diabetes Care Program. *J Am Pharm Assoc*. 2003; 43:149-59.
23. Cranor CW, Bunting BA, Christensen DB. The Asheville Project: Long-Term Clinical and Economic Outcomes of a Community Pharmacy Diabetes Care Program. *J Am Pharm Assoc*. 2003; 43:173-84.
24. Bunting BA, Cranor CW. The Asheville Project: long-term clinical, humanistic, and economic outcomes of a community-based medication therapy management program for asthma. *J Am Pharm Assoc*. 2006; 46 (2):133-47.
25. Bunting BA, Smith BH, Sutherland SE. The Asheville Project: clinical and economic outcomes of a community-based long-term medication therapy management program for hypertension and dyslipidemia. *J Am Pharm Assoc*. 2008; 48(1):23-31.
26. Isetts BJ, Schondelmeyer SW, Artz MB, Lenarz LA, Heaton AH, Wadd WB, Brown LM, Cipolle RJ. Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: The Minnesota experience. *J Am Pharm Assoc*. 2008; 48:203-2011.
27. Ministry of Health and Danish Pharmaceutical Association. Agreement between the Danish Pharmaceutical Association and the Ministry of Health on Regulation of the Gross Outcome of Community Pharmacies in 2005 and 2006. Copenhagen: Ministry of Health and Danish Pharmaceutical Association; 2004.
28. Eickhoff C, Schulz M. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Germany. *Ann Pharmacother*. 2006; 40: 729-735.
29. Centers of Medicare and Medicaid Services. Medicare Part D Medication Therapy Management (MTM) Programs 2008 Fact Sheet. Baltimore: Department of Health and Human Services, Centers of Medicare and Medicaid Services; 2008. Available at: <http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/MTMFactSheet.pdf>. Accessed July 3, 2008.
30. The Commonwealth of Australia. The Fifth Community Pharmacy Agreement [Internet]. Fifth Community Pharmacy Agreement [Acceso, Diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/fifth-community-pharmacy-agreement>
31. WHO FIFTY-FOURTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. WHO medicines strategy. [Acceso, Enero 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/>

Noain Ma¹, Gastelurrutia Ma¹, Martínez-Martínez F¹, Benrimoj Si².

documents/s16336e/s16336e.pdf

32. Farris KB, Fernández-LLimos F, Benrimoj SI. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and from around the world. *Ann Pharmacother.* 2005; 39(7-8):1539-41.
33. WHO Research for universal health coverage: World health report 2013. [Acceso, Enero 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1
34. Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI. Flexibility in community pharmacy: a qualitative study of business models and cognitive services. *Pharm World Sci* 2010; 32(2):130-8
35. Pharmaceutical Services Negotiating Committee. Community Pharmacy Contractual Framework. *Advances Services.* [Acceso, Mayo 2015]. Disponible en: <http://psnc.org.uk/services-commissioning/advanced-services/>
36. 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, núm. 98 de 24 de abril 2012).
37. García-Cárdenas V, Sabater-Hernández D, Kenny P, Martínez-Martínez F, Faus MJ, Benrimoj SI. Effect of a pharmacist intervention on asthma control. A cluster randomised trial. *Respir Med.* 2013;107(9):1346-55.
38. Barau Germés M, Aranzana Martínez F, Gascón Lecha MP, Rodríguez Caba C, Estrada Campmany M, Lozano Peruchet P. Detección de riesgo cardiovascular concertado por una mutualidad privada. *Farmacéuticos Comunitarios.* 2014;6 (Supl 1):52-53.
39. Hepler CD and Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990; 47: 533-543.
40. SEFAC. Propuesta de modelo de carrera profesional. [Acceso, Marzo 2015]. Disponible en: https://www.sefac.org/files/documentos_sefac/documentos/Modelo_de_carrera_profesional.pdf
41. Chan P, KA, Grindrod KA, Bougher D, Pasutto FM, Wilgosh C, Eberhart G, Tsuyuki R. A Systematic Review of Remuneration Systems for Clinical Pharmacy Care Services. *Can Pharm J.* 2008; 141(2): 102-111.
42. Huttin C. A critical review of the remuneration systems for pharmacists. *Health Policy.* 1996; 36: 53-68.
43. Brummel A, Lustig A, Westrich K, Evans MA, Plank GS, Penso J, Dubois RW. Best practices: Improving Patient Outcomes and Costs in an ACO Through Comprehensive Medication Therapy Management. *J Manag Care Spec Pharm.* 2014; 20(12): 1152-1158.
44. Rius P, Gascón, MP, Sánchez A, Barau M, Capdevila C, Estrada M. Servicio de sistemas personalizados de dosificación: coste del servicio frente al margen de los medicamentos. *Pharm Care Esp.* 2013; 15(1): 10-20.

■ ORIGINAL

Valoración de una Encuesta sobre Servicios de Atención Farmacéutica a Farmacéuticos de Alicante

Survey's Assessment of the Pharmaceutical Care Services Carried out by Alicante's Pharmacists

Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchís MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante

ABREVIATURAS:

AF: (Atención Farmacéutica); **SFT:** (Seguimiento Farmacoterapéutico); **SPD:** (Sistemas Personalizados de Dosificación); **COFA:** (Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante); **FC:** (Farmacia Comunitaria); **IF:** (Indicación Farmacéutica); **PRM:** (Problema Relacionado con los Medicamentos); **RNM:** (Resultado Negativo Asociado a la Medicación); **COF:** (Colegio Oficial de Farmacéuticos); **COFs:** (Colegios Oficiales de Farmacéuticos); **OF:** (Oficina de farmacia).

Resultados previos de este estudio fueron presentados en formato póster en el V Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios celebrado en Barcelona, (noviembre 2012).

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Hay descritas barreras y facilitadores para implantar la AF. Algunos facilitadores podrían ser proporcionados desde los colegios profesionales.

OBJETIVO: Conocer el interés de los farmacéuticos comunitarios alicantinos por los servicios de AF, y sus preferencias para implantar/mejorar éstos.

MÉTODO: Estudio transversal realizado marzo-mayo de 2012, mediante un cuestionario anónimo a todos los colegiados ejercientes en OF, consensado por la comisión de AF del COFA, disponible en la web colegial 70 días. Con preguntas referentes a su implantación, protocolización, registros, evaluación y ayudas sugeridas para su implantación/mejora.

RESULTADOS: Respondieron 19,9% de los colegiados ejercientes en FC, afirmando la mayoría querer mejorar su trabajo. Siguen protocolos para IF el 58%, automedicación un 60% y 33% para dispensación con receta. Realizan SFT un 23% y

Fecha de recepción: 31/03/15 Fecha de aceptación 13/07/15

Correspondencia: Rosa Prats
Correo electrónico: farmaprats@gmail.com

Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchís MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

SPD 15%. La mayoría no registra las actuaciones, siendo 77% en IF, 70% en automedicación, 78% dispensación con receta, excepto SFT con 25%. Como formato de registro, se prefiere papel, excepto en SFT que son aplicaciones informáticas.

La mayoría evalúa el resultado en ocasiones, solo un 8% lo hace siempre. En SFT lo evalúan siempre un 29%. Se prefiere un servicio de información frente a dudas, seguido de uno de apoyo a la implantación.

CONCLUSIONES: Existe interés entre los farmacéuticos alicantinos por la AF. Sería deseable un mayor grado de implantación de estos servicios, existiendo gran recorrido de mejora en la protocolización, el registro y la evaluación de los resultados. Como herramientas para ello, destaca la solicitud al colegio de un servicio de información frente a dudas.

PALABRAS CLAVE: Atención farmacéutica. Dispensación. Automedicación. Indicación. Educación sanitaria Seguimiento farmacoterapéutico. Sistemas personalizados de dosificación.

ABSTRACT:

There are described both, barriers and facilitators in the implementation of Pharmaceutical Care. Some facilitators might be provided from the professional associations.

OBJECTIVE: To find the interest of Alicante's community pharmacists in the Pharmaceutical Care services and their preferences when implementing / improving these services.

METHOD: It was conducted a cross-sectional study from March to May 2012 by using an anonymous questionnaire that was taken to all practicing members in OF. The questionnaire has been agreed by the Pharmaceutical Care Commission of the COFA (Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante) and was available in the College web for 70 days. It included questions concerning Pharmaceutical Care implementation, its records and evaluation and some suggested aids to be implemented or to improve the Pharmaceutical Care.

RESULTS: 19.9% of the collegiate members that are community pharmacists answered the questionnaire. Most of them want to improve their work. Among them, 58% follow protocols for IF, 60% for self-medication and 33% for prescription-only products. Besides, 23% carry out SFT and 15%, SPD. The vast majority of them do not record their performances, among which 77% are in IF, 70% in self-medication, 78% in prescription-only products and the exception of SFT with only 25%. The preferred record format is paper except in SFT in which case they are computer applications. Most of the participants in the questionnaire evaluate the result occasionally; only 8% do so always. In SFT 29% evaluate it always. They prefer an information service against doubts, followed by one of support to the implementation.

CONCLUSIONS: There is an interest among Alicante's pharmacists in Pharmaceutical Care. A greater degree of implementation of these services would be desirable: there is a long room for improvement concerning the Pharmaceutical Care records and results evaluation. In order to go on and to improve information against doubts service has been required to the College.

KEY WORDS: Pharmaceutical Care. Prescription. Community pharmacy services. Pharmaceutical indication. Patient education. Unit dose.

Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchís MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

INTRODUCCIÓN

Entre los fines del COF de Alicante está velar por la adecuada calidad de las prestaciones profesionales de los colegiados, promoviendo la formación y perfeccionamiento de éstos. Así, son funciones de esta entidad organizar cursos de formación y perfeccionamiento para sus colegiados, y actividades y servicios comunes de carácter profesional, que sean de interés para los colegiados¹.

Varios estudios han investigado, en distintos países, el grado de implantación de la Atención Farmacéutica (AF) en la Farmacia Comunitaria (FC)^{2,3,4,5}. Desde que en los años 80 surgiera el concepto de AF, esta práctica no se ha extendido como sería deseable. Distintos autores han intentado conocer las causas de este hecho. Así, se han descrito múltiples barreras y facilitadores para la implantación de la AF^{6,7}.

Algunos de los facilitadores sugeridos podrían ser proporcionados desde los COFs: entrenamiento del farmacéutico y técnicos en servicios específicos, formación continua, apoyo a la gestión, utilización de protocolos, interacción con otros farmacéuticos, participación en proyectos. De hecho el apoyo de las organizaciones profesionales y del gobierno constituye *per se* uno de los facilitadores descritos⁷. Distintos autores han estudiado las preferencias de formación continua entre los farmacéuticos comunitarios^{8,9}. Sin embargo, hasta la fecha no encontramos estudios que analicen conjuntamente el grado de implantación de esta actividad y las preferencias sobre herramientas de ayuda, a la implantación y mantenimiento de los servicios de AF, que podría ofrecerles el COF de su provincia.

OBJETIVO

Objetivo general:

- Conocer el interés del farmacéutico comunitario alicantino por los servicios de AF.
- Analizar sus inquietudes y preferencias para implantar y/o mejorar éstos.

Objetivos específicos:

- Conocer el grado de implantación de los servicios en las farmacias alicantinas.
- Valorar la protocolización, registro y evaluación del resultado de los mismos.
- Analizar los servicios a implantar/mejorar y las herramientas más adecuadas para ello.

Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchís MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

METODO

Estudio transversal realizado entre marzo-mayo de 2012, mediante un cuestionario anónimo, disponible en la web del COFA durante 70 días, a todos los colegiados ejercientes en OF.

Para conocer el interés de todos los farmacéuticos ejercientes en FC de la provincia, se solicitó por e-mail a cada uno de ellos la cumplimentación voluntaria del formulario. Posteriormente se recordó por el mismo medio en cuatro ocasiones la importancia de su participación.

El cuestionario (anexo I) fue consensuado por la Comisión de AF con el fin de recoger la información necesaria para el estudio, ya que no se encontró ninguno validado en la bibliografía, que abarcara todos los aspectos a considerar^{2,3,4,8,10}. Estos fueron: la oferta del servicio en ese momento, su protocolización, su registro, la evaluación de los resultados y cuál sería la ayuda para la implantación o mejora que demandarían al COFA. Todo ello para los distintos servicios de AF: Indicación Farmacéutica (IF), Dispensación (con y sin prescripción) y Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), y algunas intervenciones: aportación de educación sanitaria y Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD).

Se recogieron los datos en un formulario MS Excel. Se calculó la frecuencia relativa para las variables cualitativas. En el caso de las variables cuantitativas se estableció una puntuación correspondiente al valor promedio, y se comparó entre grupos con un test ANOVA. En caso de existir diferencias estadísticamente significativas se analizó con el test de comparaciones múltiples Tukey's.

Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchis MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

1. Modalidad ejercicio profesional:
Adjunto
Regente
Sustituto
Titular
2. ¿Te interesa mejorar tu trabajo profesional?
Si
No
3. Ofrezco información:
No solo cuando me la solicitan, sino cuando me parece importante para el paciente
Sólo cuando me la solicitan
4. De la información que ofrezco:
No registro nada
Registro algunas consultas
Registro el nº total de las consultas que me hacen
Registro todas y todo: del paciente (edad, sexo), del tipo de consulta (medicamento, enfermedades, hábitos, recomendaciones dietéticas en patologías, análisis, etc.)
5. Se realiza el Servicio de Indicación:
Siguiendo protocolos "consensuados" (sociedades científicas, colegios, publicaciones...)
Siguiendo protocolos propios de la farmacia
Sin necesidad de seguir protocolos
6. De las indicaciones que me solicitan y la resolución que se ofrece:
No registro nada
Registro el nº total de las indicaciones que realizo
Registro todas y todo (sexo y edad del paciente, consulta de indicación, resolución, etc...)
Sólo se realiza algún registro (derivaciones al médico, cuándo se indican consejos, los que requieren un seguimiento...)
7. Si realizas registros de indicación, ¿cómo registras tu actuación?
En formato papel
En ordenador utilizando aplicaciones propias (programas propios, hoja de Excel...)
En ordenador utilizando BOT plus, o la aplicación de BOT plus de mi programa de gestión
8. ¿Evalúas el resultado de las indicaciones realizadas?
Nunca
Sí, en ocasiones
Sí, la mayoría de las veces
Siempre
9. ¿Te gustaría tener ayuda del COFA para implantar/mejorar este servicio?
Sí
No
10. Si has respondido SI: ¿cuál crees que sería la manera más útil? (puntuá de 0 a 10, poniendo desde 0 la menos útil a 10 la más útil)
Cursos de Formación Continuada
Información frente a dudas (un servicio como el CIM, específico de AF)
Servicio de apoyo a la implantación de la Atención Farmacéutica
11. Se realiza el Servicio de Dispensación sin receta (Automedicación)
Siguiendo protocolos que ayuden a verificar que es correcta
Sin necesidad de seguir protocolos
12. Del Servicio de Dispensación sin receta (Automedicación) se registra:
Nada

Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchís MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

Algunos casos (derivaciones al médico, actuaciones realizadas por no ser adecuada la medicación solicitada...)
Registro el nº total de las dispensaciones sin receta (automedicaciones) que solicitan
Registro todas y todo (sexo y edad del paciente, automedicación solicitada y el servicio realizado)
13. ¿Cómo registras las dispensaciones sin receta (automedicaciones)?
En formato papel
En ordenador utilizando aplicaciones propias (programas propios, hojas Excel)
En ordenador utilizando BOT plus, o la aplicación de BOT plus de mi programa de gestión
14. ¿Evalúas el resultado?
Nunca
Sí, en ocasiones
Sí, la mayoría de las veces
Siempre
15. ¿Te gustaría tener ayuda del COFA para implantar/mejorar este servicio?
Sí
No
16. Si has respondido SI: ¿cuál crees que sería la manera más útil? (puntuá de 0 a 10, poniendo desde 0 la menos útil a 10 la más útil)
Cursos de Formación Continuada
Información frente a dudas (un servicio como el CIM, específico de AF)
Servicio de apoyo a la implantación de la Atención Farmacéutica
17. Se realiza el Servicio de Dispensación (con receta):
De la mejor manera posible, sin seguir ningún protocolo
Siguiendo un protocolo que nos ayude a realizar la dispensación lo mejor posible
18. De las dispensaciones (con receta), se registra:
Nada
Algunos casos (derivaciones al médico, actuaciones realizadas...)
Registro el nº total de las dispensaciones que solicitan
Registro todas y todo (sexo y edad del paciente, medicamento y el servicio realizado)
19. Si realizas registros en la dispensación, ¿cómo registras tu actuación?
En formato papel
En ordenador utilizando aplicaciones propias (programas propios, hoja de Excel...)
En ordenador utilizando BOT plus, o la aplicación de BOT plus de mi programa de gestión
20. ¿Evalúas el resultado?
Nunca
Sí, en ocasiones
Sí, la mayoría de las veces
Siempre
21. ¿Te gustaría tener ayuda del COFA para implantar/mejorar este servicio?
Sí
No
22. Si has respondido SI: ¿cuál crees que sería la manera más útil? (puntuá de 0 a 10, poniendo desde 0 la menos útil a 10 la más útil)
Cursos de Formación Continuada
Información frente a dudas (un servicio como el CIM, específico de AF)
Servicio de apoyo a la implantación de la Atención Farmacéutica
23. Tengo pacientes en Seguimiento
Sí
No

Valoración de una Encuesta sobre Servicios de Atención Farmacéutica a Farmacéuticos de Alicante

Original

Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchís MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

24. En seguimiento tengo:
Más de cinco pacientes
Menos de cinco pacientes
25. Si tienes pacientes en seguimiento, ¿cómo registras tu actuación?
En formato papel
En ordenador utilizando aplicaciones propias (programas propios, hoja de Excel...)
En ordenador utilizando BOT plus
En ordenador utilizando programas de otras instituciones
No la registro
26. ¿Evalúas el resultado?
Nunca
Sí, en ocasiones
Sí, la mayoría de las veces
Siempre
27. ¿Te gustaría tener ayuda del COFA para implantar/mejorar este servicio?
Sí
No
28. Si has respondido SI: ¿cuál crees que sería la manera más útil? (puntuá de 0 a 10, poniendo desde 0 la menos útil a 10 la más útil)
Cursos de Formación Continuada
Información frente a dudas (un servicio como el CIM, específico de AF)
Servicio de apoyo a la implantación de la Atención Farmacéutica
29. Tengo pacientes con SPD
Sí
No
30. ¿Cuántos pacientes tengo con SPD?
Más de 5 pacientes
Menos de 5 pacientes
31. ¿Cuál de estos servicios te gustaría mejorar o implantar? (marca todas las opciones que consideres)
Dispensación con receta
Dispensación sin receta (automedicación)
Educación sanitaria
Indicación
Seguimiento Farmacoterapéutico
Sistemas Personalizados de Dosificación
32. ¿Te interesaría formar parte de "grupos de trabajo" de AF en tu zona?
No
Sí

Anexo: 1

Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchís MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

RESULTADOS

Respondieron 306 farmacéuticos (205 titulares, 96 adjuntos, 3 sustitutos y 2 regentes), correspondiendo al 19,9% de los colegiados ejercientes en FC, de los cuales prácticamente el 100%, indicó querer mejorar su trabajo profesional.

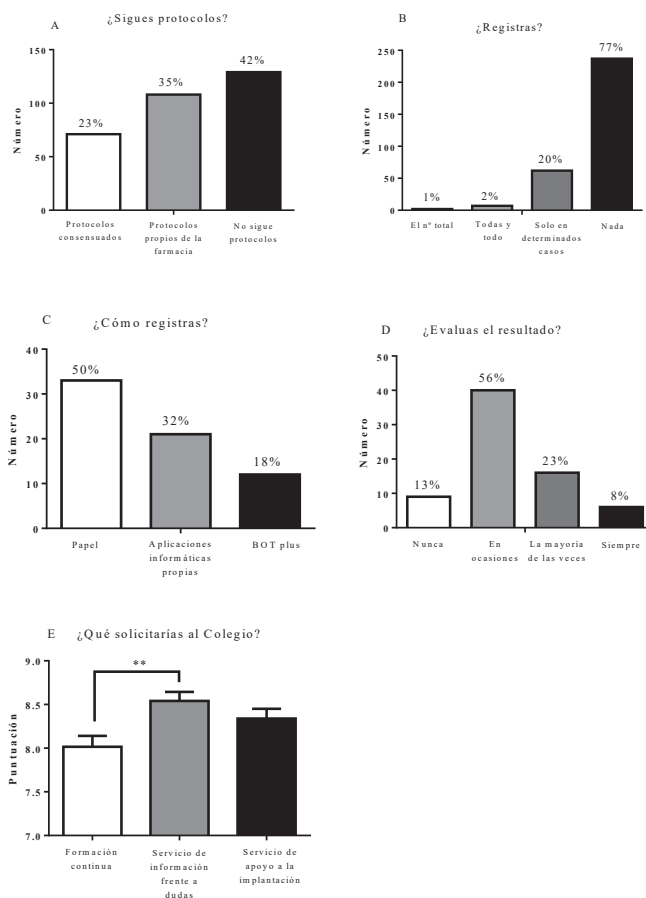
Indicación Farmacéutica

El 95% de los que respondieron quiere mejorar la IF (Gráfica 1)

De estos:

- El 58% utilizan protocolos (Gráfica 1A).
- El 77% no registra nada y prácticamente el resto lo hace en determinados casos. El registro se hace principalmente en papel (Gráfica 1B y 1C).
- El 56% evalúa el resultado en ocasiones (Gráfica 1D).

Para la implantación o mejora del servicio de IF, la encuesta refleja una mayor puntuación para el servicio de información frente a dudas que para la formación continua (8.6 vs 8.0; $p < 0.01$) (Gráfica 1E).



Gráfica 1: Respuestas a las preguntas sobre Indicación Farmacéutica

Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchis MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

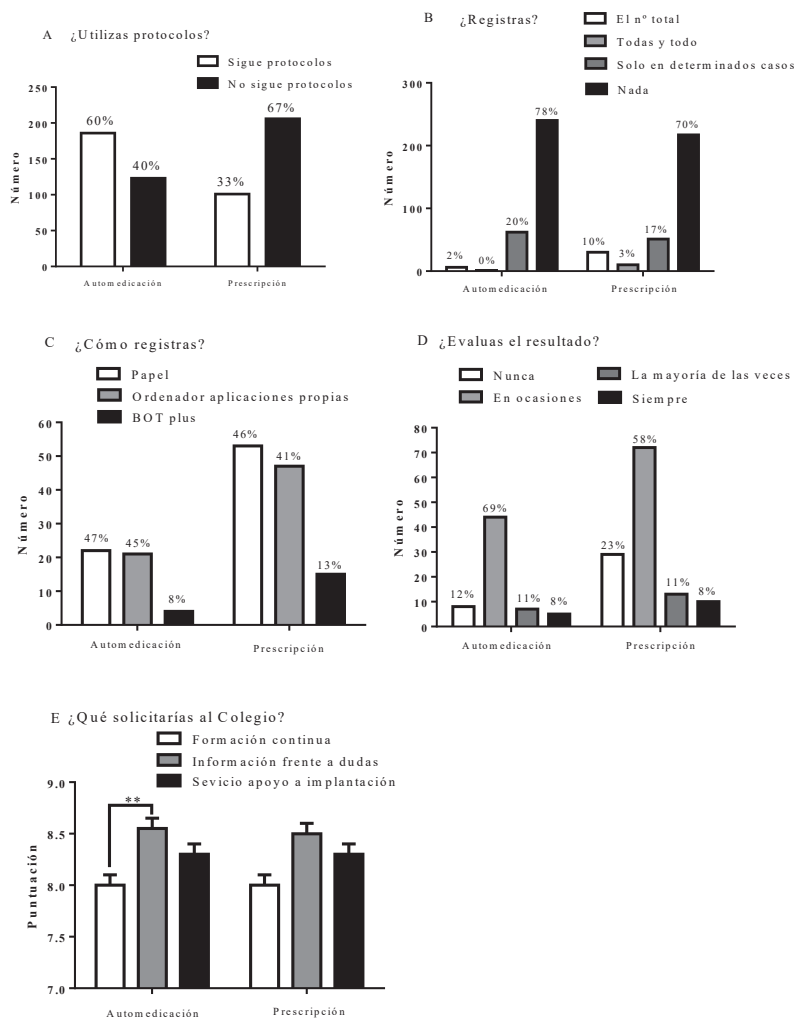
Dispensación

El 91% afirma querer mejorar el servicio de dispensación sin receta y el 88% el de dispensación de prescripciones (Gráfica 2).

De estos:

- Un 60% sigue algún protocolo para asesorar en automedicación y un 33% en dispensación de prescripciones (Gráfica 2A).
- Un 70-78% no registra ninguna dispensación, pero si evalúan un 58-69% los resultados en ocasiones (Gráfica 2B, C y D)

Para la implantación o mejora del servicio de dispensación con receta, la encuesta refleja una mayor puntuación para el servicio de información frente a dudas que para el resto, si bien esta diferencia no es estadísticamente significativa (Gráfica 2E). En el caso de la dispensación sin receta, la encuesta refleja una mayor puntuación para el servicio de información frente a dudas, que para la formación continua (8.6 vs 8.0; $p < 0.01$) (Gráfica 2E).



Gráfica 2: Respuestas a las preguntas sobre dispensación

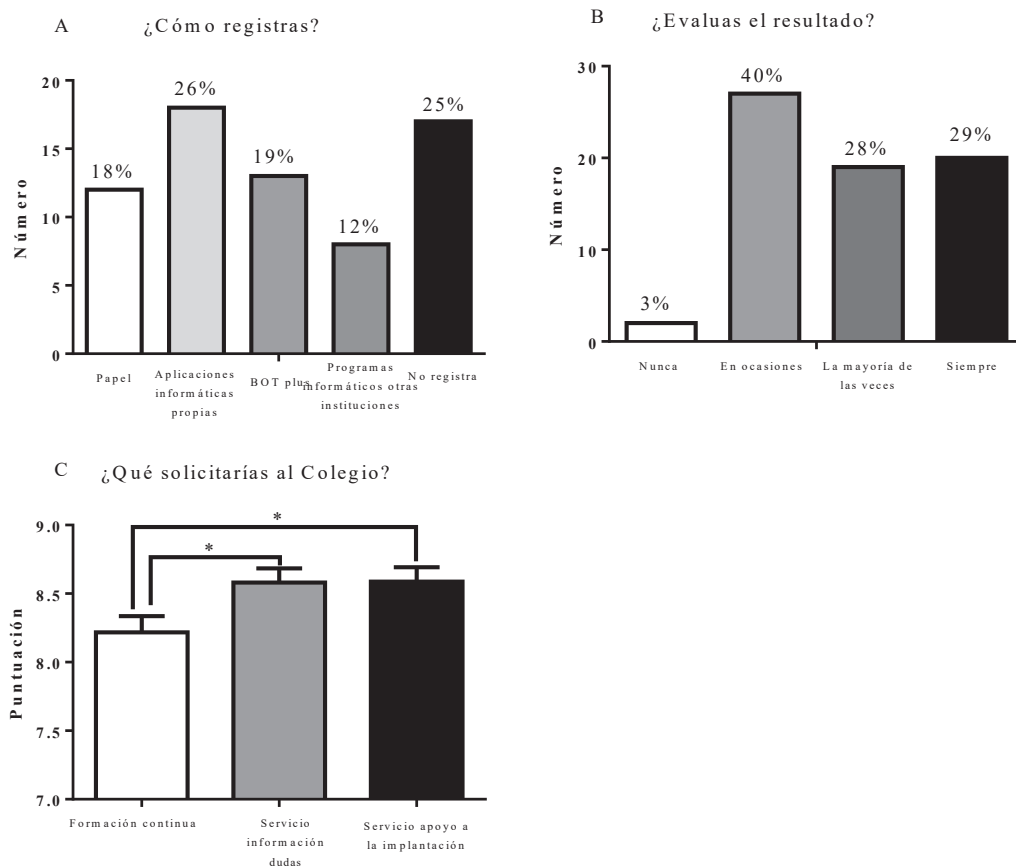
Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchís MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

Seguimiento Farmacoterapéutico

El 86% quiere mejorar su trabajo (Gráfica 3).

- El 23% declara tener pacientes en SFT. De ellos el 63% tiene más de 5 pacientes.
- El 75% refiere registrar su actuación. Los registros los realizan principalmente en aplicaciones informáticas (Gráfica 3A). La mayoría evalúa el resultado de las intervenciones solo en ocasiones (40%) (Gráfica 3B).

Para la implantación o mejora del servicio de SFT la encuesta refleja una mayor puntuación tanto para el servicio de información frente a dudas, como para el servicio de apoyo a la implantación, frente a la información continua (8.6 en ambos casos vs 8.2; $p < 0.05$ en sendos casos) (Gráfica 3C)

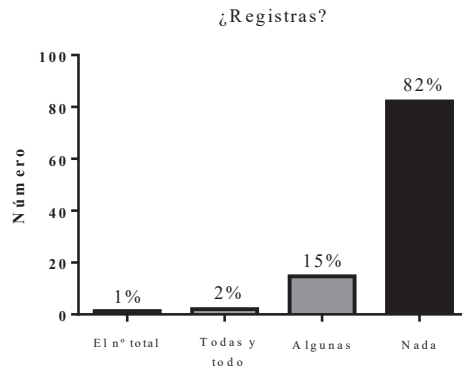


Gráfica 3: Respuestas relativas al servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchís MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

Educación sanitaria

- El 96% facilita información al paciente, no sólo cuando se les solicita, sino cuando les parece que puede ser importante.
- Solo el 1% registra todas las consultas (Gráfica 4).



Gráfica 4. Registros de la Educación sanitaria proporcionada.

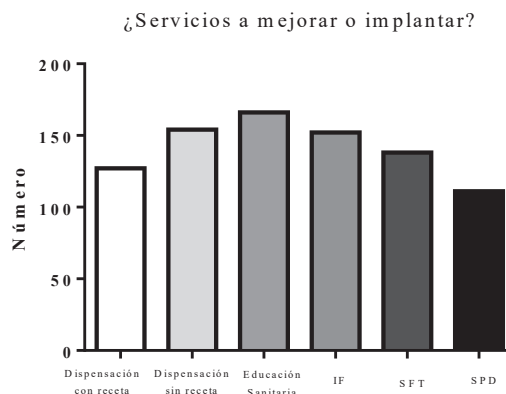
Sistemas Personalizados de Dosificación

- El 15% de los encuestados tiene pacientes en SPD, aunque solo el 20% tiene más de 5.

Servicios a mejorar o implantar

De los servicios a mejorar, los encuestados destacaron por este orden: Educación Sanitaria, Dispensación en Auto-medicación; Indicación, SFT, Dispensación de prescripciones y SPD (Gráfica 5).

El 62% de los farmacéuticos indicó que le interesaría formar parte de grupos de trabajo de AF en su zona.



Gráfica 5. Servicios que les gustaría mejorar o implantar

Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchís MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

DISCUSIÓN

El hecho de que solo el 19,9% del total de colegiados ejercientes en OF respondieran a la encuesta, coincide con estudios que detectan que existen barreras por parte del farmacéutico, además de otras externas, para la implantación de servicios cognitivos en la FC española, como son el reconocer que se necesita un cambio de actitud, disipar el miedo al cambio e incertidumbre del futuro¹¹. Todo ello, junto con el resto de barreras (falta de formación, de espacio, de tiempo, etc.) hace que disminuya el interés por el tema.

Ya que prácticamente la totalidad de los que contestaron afirmó estar interesado en mejorar su trabajo profesional, deberíamos tener en cuenta que esta encuesta podría reflejar la situación e inquietudes de los colegiados interesados en la AF. La mayor predisposición a responder la encuesta entre los profesionales más interesados por la AF, podría suponer un sesgo. Ello nos hace pensar en la necesidad de analizar o asegurar la validez de un próximo cuestionario, para conocer cómo estimular y ayudar a los farmacéuticos menos interesados en mejorar su labor asistencial.

El hecho de que los farmacéuticos, interesados en la AF, utilicen mas protocolos en los servicios de indicación y automedicación podría deberse a que los programas informáticos de gestión en la OF ayudan más en la dispensación (interacciones, alertas, efectos adversos...) que en la resolución de las consultas de indicación o automedicación. La implantación de protocolos y el uso de guías en todos los servicios es deseable, pero en indicación lo es de forma especial, ya que en la mayoría de los casos el farmacéutico es el primer y único agente sanitario en la consulta y resolución de estos problemas de salud^{12,13}. Una actuación protocolizada en la IF se corresponde con una óptima resolución de problemas de salud y detección de problemas más graves que requieran un diagnóstico médico preciso¹³. Por ello, sería deseable contar con programas informáticos compatibles con los de gestión de una manera ágil y dinámica que incorporen estos protocolos de indicación, como por ejemplo la herramienta del programa IVALOR¹⁴.

Por otro lado, es importante mejorar el servicio de dispensación, por ser el más demandado en OF^{15,16,17}, y por su repercusión en la mejora de la farmacoterapia del paciente. La dispensación por automedicación representa cada día más, una parte importante de la labor del farmacéutico¹⁷. Existen estudios que demuestran que el medicamento o producto solicitado es el adecuado la mayoría de las veces, pero al paciente le falta información, haciendo necesaria la intervención del farmacéutico para ofrecer la información precisa sobre el medicamento y los consejos higiénico-dietéticos convenientes para mejorar su problema de salud^{17,18}. Sería deseable, contar con herramientas informáticas ágiles y compatibles con los programas de gestión que faciliten la protocolización de estos servicios.

Tan solo en el SFT los farmacéuticos que contestaron refieren registrar de una manera patente, siendo el registro en IF y en dispensación minoritario. Es sabido que la falta de tiempo es una de las barreras para la implantación de servicios de AF¹¹, influyendo sobre todo a los registros¹⁷. Sobre todo, en los servicios que más tiempo ocupan en la labor cotidiana del farmacéutico, como son la dispensación, que representa la actividad más demandada y recono-

Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchís MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

cida por los usuarios de la FC^{18,19,20}. El registro de todas estas actuaciones, además de la indicación, podría suponer una gran carga de trabajo, que podría justificar el bajo porcentaje de registro, haciéndolo solo en algunos casos que probablemente tengan un interés especial, como podrían ser las dispensaciones con intervención. Actualmente la incorporación de BOT PLUS a los programas de gestión permite estos registros de una manera sistematizada. Sin embargo, resulta destacable que los encuestados emplean mayoritariamente el papel y las aplicaciones informáticas propias para registrar. Por ello, sería interesante conocer las causas, para así, hacer más ágiles y dinámicos los sistemas de registro y permitir una evaluación posterior de los resultados.

El porcentaje de farmacéuticos que afirma tener implantado el servicio de SFT prácticamente coincide con el descrito por otros autores⁵. Se trata de un servicio de escasa implementación²¹. La razón podría estar en que debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, también en que debería ser remunerado y no lo es y adecuadamente publicitado en la propia farmacia²².

En referencia a la Educación Sanitaria, la importancia de una adecuada labor de información desde todos los ámbitos y por supuesto desde la farmacia, la demuestran los estudios que reflejan el alto grado de desinformación del paciente^{23,24,25}. Es importante conocer y resolver, a través de los servicios de AF, la falta de información que tienen los pacientes, ya que ello es una de las causas determinantes del éxito de la farmacoterapia, previniendo y resolviendo PRM y RMN^{26,27}.

Con respecto a la ayuda que solicitarían al colegio, destaca el servicio de información y dudas, al que le sigue el servicio de apoyo a la implantación y finalmente la formación continuada. Quizás el hecho de que no se exija en primer lugar la formación al colegio es porque según otras encuestas consideran que esta labor puede recaer también en la universidad y en las sociedades científicas^{8,9}. Además, se ha sugerido que la formación continua, como tradicionalmente se ha entendido, no es la mejor opción, existiendo suficiente evidencia de que una intervención formativa *in situ* en la farmacia, daría mejores resultados. Así, en otros proyectos los investigadores han apostado, con muy buenos resultados, por que el colegio provincial contrate a un formador que realiza visitas sucesivas a la farmacia, a la vez que realiza un seguimiento vía telefónica u online de la actividad de los farmacéuticos proveedores del servicio²⁸.

La baja implantación del servicio de SPD podría deberse a que es un servicio relativamente nuevo en la provincia, iniciándose recientemente su formación. Es positivo el interés manifestado en su formación y desarrollo.

Al evaluar la respuesta sobre qué servicios les gustaría mejorar o implantar, encontramos una gran dispersión de los resultados. Sin embargo, resulta interesante que prácticamente la mitad de los que respondieron a las preguntas de los servicios de dispensación, la educación sanitaria y la indicación, están interesados en mejorarlos, sin embargo el SFT y los SPD quisieran implantarlo o mejorarlo 6-7 veces más farmacéuticos de los que respondieron a las preguntas específicas de estos servicios. Sugiriendo que existen gran cantidad de farmacéuticos que no tienen implantados

Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchís MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

servicios de SFT y SPD y que estarían interesados en implantarlos, mientras que en los servicios más extendidos (IF, dispensación educación sanitaria) no existe tanto interés por la mejora.

Considerando que el grado de implantación detectado es el de los más interesados en AF, se considera que se deben implementar medidas para mejorarlos, ya que prácticamente un 40% de los encuestados no siguen protocolos en indicación y automedicación, siendo mayor en dispensación con receta (67%), no registrando nada un 70% y evaluando resultados solo un 8% para estos servicios.

Conclusiones:

Existe interés entre los farmacéuticos alicantinos por la AF. Sería deseable un mayor grado de implantación de estos servicios, existiendo gran recorrido de mejora en la protocolización, el registro y la evaluación de los resultados. Como herramientas para ello, destaca la solicitud al colegio de un servicio de información frente a dudas.

Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchís MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

BIBLIOGRAFIA

1. Estatutos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante. Diari Oficial de la Comunitat Valenciana. Número 5875/21-10-2008: 83125-83160
2. Odedina FT1, Segal R. Behavioral pharmaceutical care scale for measuring pharmacists' activities. Am J Health Syst Pharm. 1996, 53(8):855-65.
3. Bell HM1, McElnay JC, Hughes CM, Woods A. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists in Northern Ireland. Am J Health Syst Pharm. 1998; 55(19):2009-13.
4. Modamio P, García de Bikuña B, Mariño EL. Proyecto de investigación europeo de la implementación de la Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. 2014; 16(2): 61-64
5. Rodríguez Chamorro A, Rodríguez Chamorro MA. Conocimiento e implantación del seguimiento farmacoterapéutico por el farmacéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico. 2005; 3(2): 98-102.
6. Roberts A y cols. An investigation into business and professional facilitators to change the pharmacy profession in light of the third Guild/Government agreement (2001-070). Pharmacy Practice Research. Faculty of Pharmacy. The University of Sydney; 2003.
7. Gastelurrutia MA y cols. Barriers and facilitators to the dissemination and implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies. Seguim Farmacoter. 2005; 3(2): 65-77
8. Martínez Romero F, Faus MJ, González Carmona A. Encuesta sobre formación continuada del farmacéutico comunitario. OFFARM. 1993; 12(10):58-61
9. Aguas Y, Fernandez-Llimos F. Preferencias de formación continua en farmacéuticos comunitarios de la provincia de Badajoz. Pharm Care Esp. 2015; 17(2):316-330
10. Odedina FT, Hepler CD, Segal R, Miller D. The Pharmacists' Implementation of pharmaceutical care (PIPC) model. Pharm Res. 1997; 14(2):135-44
11. Gastelurrutia MA et al. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. Aten Primaria. 2007;39(9):465-72
12. Bojke C, Gravelle H, Hassel K, Whittintong Z. Increasing patient choice in primary care: the management of minor ailments. Health Econ. 2014; 13:37-86
13. Ferrer-López I, Machuca M, Baena MI, Murillo MD, Faus MJ, Martínez Martínez F. Aplicabilidad y efectividad de un protocolo de indicación farmacéutica en farmacias comunitarias de Sevilla capital. Pharm Care Esp. 2008; 10(2):67-75
14. <http://www.ivalor.es> [Consulta: 10-3-2015]
15. CGCOF. Informe. Valoración del consejo sanitario en las oficinas de farmacia: Acción Médica; 2002.
16. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Informe libro blanco. La aportación del farmacéutico a la calidad de la asistencia sanitaria en España. Madrid; 1997. 297p ISBN: 84-89731-13-6
17. Prats Más R, Roig-Sánchez I, Baena MI, García-Delgado P, Martínez-Martínez F, Amariles P. Actuaciones profesionales realizadas en la farmacia

Cremades Alcaraz J, Prats Mas R, Cayuelas Sanchís MC, García Mongars A, Gómez García E, Ballester Ferrer FM.

comunitaria. Pharm Care Esp. 2012; 14 (5): 193-201.

18. Prats R. Registro y evaluación de todas las actuaciones profesionales demandadas en la farmacia comunitaria [Tesis Doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2010.
19. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Informe libro blanco. La aportación del farmacéutico a la calidad de la asistencia sanitaria en España. Madrid; 1997. 297p. ISBN: 84-89731-13-6.
20. Schommer JC, Pedersen CA, Deucette WR, Gaither Ca, Mott DA. Community pharmacists' work activities in the United States during 2000. J Am Pharm Assoc. (Wash). 2002; 42(3):399-406.
21. Gastelurrutia MA, Casado de Amezúa MJ, Gil M. et al. Diferentes estrategias para impulsar el cambio en la farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. 2009; 11(2): 52-62
22. Gil M, Benrimoj I, Martínez-Martínez F, Caldero M, Gastelurrutia MA. Priorización de facilitadores para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas mediante la aplicación de análisis factorial exploratorio. Atención Primaria. 45(7); 2013:368-375.
23. Faus MJ, Sabater-Hernández D, Amariles P. Types of pharmacist interventions intended to prevent and solve negatives outcomes associated with medication. Pharmacotherapy. 2007; 7: e51-e52.
24. García-Delgado P, Gastelurrutia MA, Baena MI, Fisac F, Martínez F. Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. Atención Primaria. 2009; 41 (12): 661-669.
25. Badía X, Magaz S, Gutierrez L, Guilera M. Información medicamentos de prescripción: encuesta a la población general española. Atención Primaria. 2005; 36(2): 93-9.
26. Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Diciembre de 2001.
27. García Jiménez E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el Seguimiento Farmacoterapéutico. [Tesis doctoral]. Granada: Universidad Granada; 2003.
28. Benrimoj SI, Gastelurrutia MA, Farragher T, Feletto E, García Delgado P, Sáez-Benito L, Varas Doval R. et al. Resultados de la primera fase del programa conSIGUE. Estudio piloto: medida del impacto clínico, económico y humanístico del seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedicados. Madrid. Ed. Ergon. 2012 ISBN: 978-84-8473-931-9

■ OPINIÓN

Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente y formación Universitaria (II).

Developing Pharmacy Practice on Patient-Centered Care and University Education (II)

Mariño EL

Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia. Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona

Resumen

En esta segunda parte, y después de haber tratado una visión amplia de la formación universitaria, partiremos de un punto general de la formación del farmacéutico, no solo en el Grado sino en el postgrado, para continuar con algunos aspectos relacionados con la investigación.

Palabras clave: Atención Farmacéutica, Práctica Farmacéutica Centrada en el Paciente, Formación Universitaria, Investigación, Servicios Profesionales Asistenciales Farmacéuticos.

Abstract

In this second part, and after having tried a broad view of university education, we start from a general point of the pharmacist education, not only in the degree but also in postgraduate, to continue with some aspects related to research.

Key words: Pharmaceutical Care; Pharmacy Practice in Patient Centered, University Education, Research, Pharmaceutical Healthcare Professional Services

Fecha de recepción: 30/07/15
Correspondencia: Eduardo Mariño
Correo electrónico: emarino@ub.edu

Mariño EL

Partiendo de aspectos generales

Como decíamos en la primera parte de este artículo (1) no parece tarea fácil, encontrar grandes avances la situación actual si la comparamos con lo que ya se decía hace más de 30 años en el Informe Almagro (2), dicho de una manera objetiva. Lejos de que esta primera frase pueda servirnos de desánimo, esperamos que pueda servir de aliciente y actúe como dinamizadora para la concreción de los cambios necesarios con la mayor premura de tiempo posible y con el mejor de los aciertos deseables.

En Noviembre de 2014 tuvo lugar la II Jornada-Taller del Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC) organizada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, con el título general “La enseñanza de la Atención Farmacéutica en la Universidad”. En ella y en mi presentación (Experiencia nacional: análisis comparativo de las guías docentes de la asignatura de atención farmacéutica en la universidad), que se encuentra a disposición pública junto con las de los otros ponentes (3), ya indicábamos algunas cuestiones a las que ahora me referiré y que creemos que adquieren especial significado considerando que *“la Jornada-Taller contó con la asistencia de más de 80 personas, entre representantes de la Conferencia Nacional de Decanos, decanos de las universidades de Farmacia, docentes responsables de AF, representantes de Sociedades Científicas, farmacéuticos comunitarios de Colegios provinciales, Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) y estudiantes de farmacia”* (3).

Así, en la citada Jornada decíamos que el número de Universidades en las que se impartía el título universitario superior de Farmacia (solo hay uno) era un total de 22, contando las públicas (13 Facultades) y las privadas (9 Facultades), y que en el curso 2013-14 la entrada de alumnos en las públicas fue superior a los 2.200 estudiantes, ciertamente mayor que el de salida y ni que decir tiene que incomparablemente más elevado que el de la oferta de formación especializada, de manera diametralmente opuesta a como ocurre en los estudios de Medicina. Los datos concretos para cada una de estas Universidades se muestran en la tabla 1, observándose, entre otras cuestiones, la casuística de impartición del título único de Farmacia en Facultades de Farmacia (14 casos), Facultades de Ciencias de la Salud (5 casos), Facultad de Ciencias Biomédicas y Facultad de Ciencias Fitosanitarias (1 caso de cada una de ellas) y Facultad de Medicina (1 caso). Por lo menos, esto si está cambiando, pues en un tiempo inferior a 1 año y aunque puede que haya más casos que no conocemos, hemos sabido que la Facultad Farmacia de Alcalá de Henares mantiene su nombre pero aparece una nueva Facultad de Medicina y CIENCIAS DE LA SALUD en donde no están los estudios de farmacia. En Barcelona tenemos un caso bastante parecido, ya que existe un proyecto muy avanzado en el que aparecería también una nueva Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud y la de Farmacia pasaría a llamarse de Farmacia y Alimentación, o no sé aun seguro si sería Farmacia y Ciencias de la Alimentación y, en todo caso, estaría fuera de Ciencias de la Salud, absolutamente en contra de mi opinión, tal y como se puede observar en lo publicado por la Universitat de Barcelona (4), para lo que se me solicitó autorización que sin dudas concedí inmediatamente.

Mariño EL

Comunidad autónoma	Universidad	Facultad	Oferta plazas 2013-14	Nota de corte 2013-14	Nota media admisión 2012-13	Rendimiento medio 2011-12	Precio del crédito 2013-14
Andalucía	Granada	Farmacia	320	7,487	9,79	64%	12,62
	Sevilla	Farmacia	295	7,97	9,38	62%	12,62
Aragón	San Jorge	Ciencias de la Salud (priv.)				76%	
Canarias	La Laguna	Ciencias de la Salud	130	9,604	9,7	61%	18,95
Castilla-La Mancha	Castilla – La Mancha	Farmacia	60	8,354		71%	18,79
Castilla y León	Salamanca	Farmacia	200	5	10,23	73%	23,93
Catalunya	Barcelona	Farmacia	360	8,736	10,19	77%	35,77
	Ramon Lull	Ciencias de la Salud (priv.)					
Comunidad de Madrid	Complutense de Madrid	Farmacia	400	9,583	10,66	71%	33
	Alcalá de Henares	Farmacia	150	8,927	9,4	77%	33
	Alfonso X El Sabio	Farmacia (priv.)				74%	
	Europea de Madrid	Ciencias Biomédicas (priv.)				79%	
	Francisco de Vitoria	Ciencias Biosanitarias (priv.)				60%	
	San Pablo - CEU	Farmacia (Priv.)				66%	
Comunidad Valenciana	València (Estudi General)	Farmacia	208	8,99	9,67	68%	24,89
	Cardenal Herrera - CEU	Ciencias de la Salud (priv.)				71%	
	Miguel Hernández de Elche	Farmacia	125	8,49	9,58	68%	24,89
Galicia	Santiago de Compostela	Farmacia	200	7,8	9,93	70%	13,93
Navarra	Navarra	Farmacia (priv.)				87%	
País Vasco	País Vasco	Farmacia	140	8,1	10,05	67%	19,76
Región de Murcia	Murcia	Medicina	50	9,823	10,32	60%	16,76
	Católica San Antonio	Ciencias de la Salud (priv.)					

Tabla 1.- Universidades donde se imparten los estudios del Grado de Farmacia

La formación en Atención Farmacéutica

En nuestra Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia de la Universidad de Barcelona (UB) consideramos que la Farmacia Clínica es el precursor de la Atención Farmacéutica, de manera que en aquella el papel de farmacéutico es más pasivo, mientras que en esta es más proactivo adquiriendo más responsabilidad, tal y como hemos comentado en diferentes ocasiones (5 -12), con mención expresa a como fuimos pioneros en introducir, en 1992 en los planes de estudio homologados de farmacia a nivel estatal, la docencia de la Farmacia Clínica para todos los alumnos de Farmacia (13). Desde sus inicios insistimos que la Farmacia Clínica no es algo necesariamente inherente a un tipo u otro de edificio, sino algo en estrecha relación entre el farmacéutico – medicamento – paciente – usuario – cuidador y que, por ello, podía producirse tanto en la Farmacia Comunitaria como en la Hospitalaria, por más que en aquella creemos que fue una denominación que clásicamente no tuvo ni muchos seguidores ni demasiada aceptación.

De forma más modesta, pero también muy simbólica, diez años después, conseguimos introducir la obligatoriedad de la Atención Farmacéutica en el reformado plan de estudios de farmacia de la Universidad de Barcelona, lo que suponía que a todos los alumnos se les explicaran los conceptos básicos de Atención Farmacéutica, aunque solo conseguimos que figurara en el Boletín Oficial de Estado de 23 de octubre de 2002 como un descriptor de la asignatura obligatoria de Farmacia Clínica y Farmacoterapia (14). Aunque no tenemos una plena seguridad de ello creemos que también fue una primicia. Finalmente, volvió a modificarse el plan de estudios para conformar el actual en que aparece como obligatoria para ser cursada por todos los alumnos de la orientación de Farmacia Asistencial y Análisis Clínicos, la denominada “Farmacia Asistencial”, ampliamente descrita en una publicación anterior fácilmente accesible (15) que no figura en BOE de 2012 (16) y la obligatoria para todos los alumnos del Grado “Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica”, que si aparece en dicho BOE y cuya consecución y gestación supuso muy importantes sacrificios y vicisitudes que se escapan del presente artículo. Al menos si apuntar que en el plan de 1992 todos los estudiantes de Farmacia hacían 4 sesiones prácticas en Hospital en la asignatura de Farmacia Clínica y Farmacoterapia (n = 300 – 400 alumnos y mas cada curso) y actualmente y en contra de todo lo previsto, augurado y establecido en el documento de Bolonia, todos los alumnos hacen una sesión de prácticas hospitalarias en la asignatura obligatoria de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica (n= 300 – 400 alumnos cada curso) y otra sesión mas para los alumnos de Farmacia Asistencial (n = 150 -200 alumnos) obligatoría de mención (15). Esta actividad resulta compleja de organizar e intensa de realización para alumnos y profesores asociados de los hospitales donde se realiza, dándose la “curiosa” circunstancia de que el Hospital Clínic (Hospital Universitario de la UB) no recibe a ninguno de estos alumnos desde hace tiempo, ante la absoluta impasividad al respecto por parte de las autoridades académicas.

Una información muy interesante la encontramos en el conocido como Libro Blanco de Farmacia (17), elaborado con la participación de los Decanos de Farmacia y/o representantes de las 15 Universidades que allí se reseñan, coordinados por el Sr. Decano de la Universidad de Sevilla y que resultó en un documento publicado en Septiembre

Mariño EL

de 2004 por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). Esta publicación, entre otros aspectos, recoge tres documentos muy interesantes en este momento. Son los denominados Documento de Barcelona de la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Farmacia de España (30 de noviembre de 1995), en el que se basó el documento aprobado en Junta de Facultad en 1998, el Documento de Coímbra (2004) y el de La Laguna (2004), asumidos y/o elaborados también por la Conferencia de Decanos de Farmacia.

En el Documento de Barcelona de 1995 se decía:

- *Propiciar una docencia orientada hacia las recientes tendencias de -Atención Farmacéutica- fomentando el aprendizaje de trabajo en equipo y la obtención de habilidades de comunicación, junto con otros profesionales de las Ciencias de la Salud*

Más tarde quedó aprobado por la Junta de la Facultad de Farmacia de Barcelona, entre otras cuestiones, lo que se indica textualmente al hablar de los objetivos de la titulación en su primer apartado:

1. *Formar expertos en todos los aspectos relacionados con los fármacos y los medicamentos, de conformidad con las Directivas europeas aprobadas referentes a la Titulación de Farmacia, incluyendo **las actividades de farmacia social y clínica, siguiendo el ciclo de atención farmacéutica**.*

Esta frase de *las actividades de farmacia social y clínica, siguiendo el ciclo de atención farmacéutica* se replica bastantes años después, en 2008 cuando se publica en el BOE la normativa general para elaborar los actuales planes de estudio del Grado de Farmacia, conocida como Orden CIN/2137/2008 (18), en la competencia número 8 que el alumno debe adquirir y en uno de los 7 módulos que se incluyen y no precisamente en el Módulo de Prácticas Tuteladas y Fin de Grado.

En el documento de Coímbra se indica, entre otras cuestiones, “la inclusión de la Atención Farmacéutica en los estudios de Farmacia y en el Documento de La Laguna se expresa textualmente:

“The recommendations of the International Federation of Pharmacy (FIP), of the Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU) and of the EAFP, concerning orientation towards Pharmaceutical Care of the Pharmacy curriculum, should be implemented”

Estas tres últimas referencias (acuerdo Junta de Facultad y Documentos de Coímbra y La Laguna) se encuentran de forma íntegra en el citado Libro Blanco, y al igual que el propio Libro Blanco fueron, como ya hemos dicho, obras propias y/o de una participación directa de las máximas autoridades académicas de Farmacia, en su mayoría sino todos, los correspondientes Decanos de cada Universidad. Pero, incluso es más, en el propio Libro Blanco incluye en su tabla 62 solo 4 nuevas materias para incorporar en los planes de estudios del Grado y una de ellas es precisa-

Mariño EL

mente **Atención Farmacéutica** con los descriptores:

Dispensación activa. Indicación farmacéutica. Seguimiento farmacoterapéutico. Farmacovigilancia. Comunicación con el paciente y otros profesionales sanitarios.

En el citado Libro Blanco elaborado por los Decanos de Farmacia y/o representantes de hasta 15 Universidades que impartían el título de Farmacia en el año 2004, coordinado por el Prof. Dr. Agustín García Asuero, Decano entonces de la Facultad de Farmacia de Sevilla y aprobado por la ANECA, por cierto en referencia a la asignatura Prácticas Tuteladas, dice textualmente por ejemplo:

Página 200:

Como consecuencia de lo expuesto, se establece la estructura del título en un mínimo de 300 créditos ECTS (30 de ellos de Prácticas Tuteladas que se corresponden con seis meses a tiempo completo), ...

Página 203

*Garantizar a los estudiantes una **mínima** formación práctica en Oficina de Farmacia y Farmacia Hospitalaria, a través de las prácticas Tuteladas.*

Página 218

... los 30 créditos asignados a las Prácticas tuteladas externas, materia troncal que ha de desarrollarse durante seis meses a tiempo completo.

Tabla 61:

*Estancias (Prácticas Tuteladas) 30**

** Estos 30 Créditos de Prácticas Tuteladas se corresponden con seis meses a tiempo completo.*

Y todo ello, como hemos insistido elaborado por los máximos responsable universitarios de las Facultades (n = 15) donde se impartían los estudios de Farmacia y aprobado en 2004 por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), que fue quien más tarde dio la aprobación final a los actuales planes de estudio de Grado de Farmacia de todas las Universidades que actualmente imparten el título de Grado de Farmacia (n = 22). Pero no pasa nada, pues seguro que nadie asumirá ninguna responsabilidad si hubiese lugar a ello y en el fondo ¿quién se va a enterar?

Sobre el tema de Prácticas Tuteladas no volveremos a hacer ningún comentario, pues creemos que ya ha quedado ampliamente tratado en el trabajo realizado en la reciente publicación al respecto (19) en la Revista de la Sociedad Española de Farmacia de Familia y Comunitaria (SEFAC).

Mariño EL

Una vez más creímos encontrarnos en una buena situación para la mejora de la formación del farmacéutico como profesional de la salud para su posible ejercicio asistencial al pensar que contábamos con unas normativas posiblistas y unas autoridades académicas presumiblemente colaboracionistas. Los resultados en la asignatura Prácticas Tuteladas, en mi opinión son los que recién he referenciado (18) y en Atención Farmacéutica podemos verlos en la tabla 2 donde se recoge parte de mi presentación en la II Jornada –Taller del Foro de Atención Farmacéutica – Farmacia Comunitaria y Universidades, que como decíamos se celebró en noviembre de 2014 (3).

Comunidad autónoma	Universidad	Facultad	Atención Farmacéutica según el BOE	
			Atención Farmacéutica (AF) Obligatoria	Atención Farmacéutica Optativa
Andalucía	Granada	Farmacia	No	Atención Farmacéutica
	Sevilla	Farmacia	AF y Medicam. y Prác. Sanitaria	
Aragón	San Jorge	Ciencias de la Salud (privada)	Introducción a la AF Atención Farmacéutica I Atención Farmacéutica II	
Castilla-La Mancha	Castilla – La Mancha	Farmacia	AF y Técnicas de comunicación	
Catalunya	Barcelona	Farmacia	Farmacia Clínica y AF	
	Ramon Llull	Ciencias de la Salud (privada)	AF I o AF y FC I AF II o AF y FC II	
Comunidad de Madrid	Complutense de Madrid	Farmacia	Atención Farmacéutica	
	Alcalá de Henares	Farmacia	No (*)	¿No?
	Alfonso X El Sabio	Farmacia (privada)	Atención Farmacéutica	
	Francisco de Vitoria	Ciencias Biosanitarias (privada)	Atención Farmacéutica	
	San Pablo - CEU	Farmacia (Priv.)	Atención Farmacéutica	
Comunidad Valenciana	València (Estudi General)	Farmacia	Farmacia Clínica y AF	
	Cardenal Herrera - CEU	Ciencias de la Salud (privada)	Atención Farmacéutica	
	Miguel Hernández de Elche	Farmacia	Atención Farmacéutica	
Navarra	Navarra	Farmacia (privada)	Atención Farmacéutica	
País Vasco	País Vasco	Farmacia	No	Atención Farmacéutica
Región de Murcia	Católica San Antonio	Ciencias de la Salud (privada)	Atención Farmacéutica	

(*) Existe una asignatura con el Título de Farmacia Práctica Integrada

Tabla 2.- Universidades en las que en la publicación en el BOE de su plan de estudios de Graduado en Farmacia aparece la Atención Farmacéutica

Como puede observarse se incluyen solo aquellas Universidades en cuya publicación preceptiva de su plan de estudios del Grado en Farmacia, aparece la asignatura con la denominación Atención Farmacéutica, para ser impartida a todos los alumnos (obligatoria) o solo a aquellos que la elijan (optativa) si tienen cabida dentro del número de plazas que oferta cada Universidad. Tan solo se ha contemplado la excepción de la Universidad de Alcalá de Henares que aunque ninguna asignatura presenta la denominación Atención Farmacéutica, una de ellas coincide en sus contenidos con los de Atención Farmacéutica.

Por otra parte la ausencia de algunas Universidades en esta tabla puede ser debida a que existen casos en los que no publican en el BOE asignaturas sino materias, otros en los que si publican en el BOE asignaturas optativas y ni

Mariño EL

siquiera como optativa aparece la de Atención Farmacéutica y otros en los que no se publican en el BOE las asignaturas optativas y la Atención Farmacéutica no está incluida como obligatoria.

Por estas cuestiones y otras más, parece acertada la disposición del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, a través de diversas iniciativas como la de la Comisión creada desde el Foro de Atención Farmacéutica - Farmacia Comunitaria, para impulsar la inclusión de la docencia de la (o las) asignatura/s de Atención Farmacéutica, haciendo propuestas para su homogeneidad que no clonación a nivel estatal, tal y como actualmente, se está haciendo en una decidida apuesta por la profesionalización asistencial del farmacéutico.

Pre y post Bolonia

Sin dudas lo conocido como la Declaración de Bolonia ha suscitado un número importante de quienes estábamos de acuerdo en su filosofía y en sus planteamientos, aunque me temo que el número fue muy similar a los que discrepamos de cómo fue puesta en marcha y ejecutada.

Aunque ya la explicitamos en el artículo anterior (1) la volvemos a repetir ahora:

DECLARACIÓN DE BOLONIA

Joint declaration of the Europeans Ministers of Education

Convened in Bologna on 19th of June 1999

“Adoption of a system essentially based on two main cycles, undergraduate and graduate. Access to the second cycle shall require successful completion of a first cycle, **lasting a minimum of three years. The degree awarded after the first cycle shall also be relevant to the European labor market** as an appropriate level of qualification. The second cycle should lead to the master and/or doctorate degree as in many European countries”.

Como ya decíamos, nos parece bastante clara y quizás lo mejor es no hacer traducciones. A nivel del resto de Europa la mayoría de los países decidieron hacer estudios universitarios de 3 años (primer ciclo) con titulación de Grado, seguidos de un segundo ciclo de 2 años, para conceder en 5 años la adicional de Máster.

En el caso de Farmacia, como también decíamos (1) esto no era aplicable pues al tener directiva europea, esta fijaba el mínimo de 5 años de duración para que salieran los egresados. No volveremos a recordar la situación en España al respecto, pues está ampliamente documentada y ya la comentamos (1) en la primer parte de este artículo (1). El caso es que mientras los egresados de Farmacia (5 o más años) de otros países de Europa como nuestro vecino Portugal, salen con la titulación de Grado y Máster, los españoles salían solo con el título de Grado. Una situación similar se había producido en el caso de Medicina, con la diferencia de que a nivel estatal, antes de sacar ningún Graduado y con validez para todas las Facultades de Medicina, consiguieron la doble titulación de Grado y Máster.

Mariño EL

Para Farmacia no fue así (20 y 21) y quedó a criterio de las Facultades, para que cada una pudiera pedir individualmente a las correspondientes Agencias de Calidad que, al parecer a efecto de aplicación solo fuera de España, se concediera a los Graduados las competencias del nivel de Máster, algo no demasiado fácil de entender. Así se hizo y según creo a primeros del curso 2014 -15 empezaron a concederse estas competencias que conocemos del Nivel 3 del Marco Español de Cualificación para la Educación Superior (MECES) o nivel de Máster.

En España, se produjo un diferente inicio en el tiempo de los “nuevos” planes de estudio de Farmacia, ya que en algunas Universidades se empezó antes y en otras después y una forma de implementarlos también diferente. Así, en unas Universidades la implantación se realizó año por año, en otras primero 2 años y después tres, etc. También fue distinta forma de extinción de los planes de estudio de las anteriores Licenciaturas: año por año, primero el primer ciclo de antes (2 años) y el año siguiente el segundo ciclo de antes (tres años), etc. Incluso nos podemos encontrar con Universidades que impartían, coincidiendo en el tiempo, la titulación de Licenciado a unos egresados y la de Grado a otros, a pesar de que en algún caso los estudiantes habían compartido casi todo. La diferente normativa aplicable a los procesos generales de los cambios de estudios de Grado y Postgrado ya fue referenciado en el anterior artículo (1) y no lo reiteraremos ahora.

Así, de acuerdo con la normativa legal las Universidades (las Facultades que impartían los estudios de Farmacia) empezaron al amparo de dichas normativas a solicitar la adquisición del citado nivel 3 del MECES. De esta manera, a partir del año 2014 podemos tener Universidades que concedan la titulación de Grado, otras la titulación de Grado con las competencias del Máster e incluso, sería posible, aunque me parece que no muy deseable, que una misma Universidad concediera en un breve espacio de tiempo las tres calificaciones a sus propios egresados, es decir, Licenciados, Graduados sólo y Graduados con competencias del Máster. Esta situación sería posible porque el Real Decreto 96/2014 (19) en su Disposición adicional decimocuarta, Adscripción al Nivel 3 (Máster) del MECES de determinados títulos de Grado, dice entre otras cosas textualmente:

Una vez obtenida la adscripción al Nivel 3 (Máster) del MECES, ésta tendrá efectos para todos los graduados de la titulación con el plan de estudios evaluado, con independencia de la fecha de terminación de sus estudios, salvo que para su obtención se hayan tenido que realizar modificaciones en el plan de estudios, en cuyo caso solo será aplicable a los graduados con posterioridad a tal obtención.

Este párrafo que en los borradores iniciales del Real Decreto no existía, puede ser muy relevante si dado el tantas veces citado, e incluso defendido como el mejor de los posibles, carácter generalista de los planes de estudio de Farmacia (todavía ahora oímos quien aboga por ello) en algún caso no se llegara a conseguir los necesarios 60 ECTS del nivel Máster para la consecución de la mencionada Adscripción al nivel 3 del MECES, tal y como quedó establecido.

Por nuestra parte, tampoco sabemos si ello pudiera tener algún tipo de repercusión profesional ya que la conocida Ley 44/2003 de las profesiones sanitarias (22), en nuestro caso solo habla de los Licenciados en Farmacia.

Mariño EL

La formación en el posgrado

Como comentábamos en la primera parte de este artículo (1), la concesión de la Adquisición del Nivel 3 del MECES (del Máster) no pudo ser otorgada a las Universidades que lo pidieron hasta bien adentrado el año 2014 y en los inicios del actual curso académico (2014-15) y no sé por qué extraña razón, incluso en algún conocido medio de comunicación se publicó que a partir de entonces (año 2014) el egresado en Farmacia (se supone que los que adquirieran el nivel del Máster) ya no necesitarían hacer un Máster para realizar el Doctorado.

Este tema también lo tratamos con cierta extensión ya en el año 2012 en una publicación (23) de la Revista de la SEFAC remitiéndonos a una publicación en el BOE (24) del año 2011, casi cuatro años antes, donde ya entonces textualmente se decía:

Artículo 6. Requisitos de acceso al doctorado.

2. Asimismo podrán acceder quienes se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

b) Estar en posesión de un título oficial español de Graduado o Graduada, cuya duración, conforme a normas de derecho comunitario, sea de al menos 300 créditos ECTS. Dichos titulados deberán cursar con carácter obligatorio los complementos de formación a que se refiere el artículo 7.2 de esta norma, salvo que el plan de estudios del correspondiente título de grado incluya créditos de formación en investigación, equivalentes en valor formativo a los créditos en investigación procedentes de estudios de Máster.

Como todos recordamos, la titulación de Farmacia tiene normativas europeas sobre las que ya hablamos (1) y además al ser de 5 años con 60 créditos por año (30 créditos/semestre) supone un total de 300 créditos ECTS. No parece necesario hacer más comentarios al respecto y cada cual puede sacar conclusiones al respecto. Seguro que los que más serán aquellos que después del 2011, es decir, desde el curso académico 2011-12 en adelante, persistieron en la exigencia de realizar un Máster para iniciar un Programa de Doctorado, basándose fundamentalmente en ello para la promoción de un Máster de los denominados oficial y/o Universitario, sin olvidar a quienes incluso sin saberlo colaboraron en su impartición. Esta denominación de los Másteres Post Bolonia o del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) es como mínimo curiosa, pues es como si otros anteriores a la normativa emanada de Bolonia para los Másteres (por cierto anterior a la del Grado) no fueran también oficiales y Universitarios, por más que no sirvieran para el requisito de iniciar el Programa de Doctorado cuando y para a quien fuese aplicable, como por ejemplo sería el caso del Graduado en Biológicas o en Químicas.

Evidentemente estábamos en una situación de agravio comparativo con respecto a los Licenciados a los que se les seguía exigiendo hacer un Máster para iniciar el Doctorado, a pesar de que como decíamos antes habían compartido

Mariño EL

formación con los Graduados con o sin adquisición de competencias. De esta manera, y de una forma en mi opinión muy acertada, la Universidad de Sevilla fue la primera que a petición de su Facultad de Farmacia exoneró a los Licenciados en Farmacia de la obligación de realizar un Máster para poder hacer la Tesis Doctoral y esto, según me consta gracias a la amabilidad del Sr. Decano de aquella Facultad, ocurrió en abril de 2014, antes de que saliera ningún egresado de Farmacia como Graduado. Más tarde la Universidad de Barcelona, poco antes de finalizar el mes de julio de 2014, adoptó el mismo acuerdo ampliándolo a otros Licenciados y no solo a los farmacéuticos. Aunque no tengo la constancia física de ello, he sabido que la Universidad Complutense de Madrid también adoptó un acuerdo en la misma línea del de la Universidad de Sevilla y con toda seguridad a estas alturas se habrán sumado más Universidades.

Parece pues que todo esto debería hacer repensar no solo la formación del Grado (al menos un 20%, 60 ECTS del total de 300 ECTS, deberá tener las competencias del Máster para la adquisición del nivel 3 del MECES (no para la exención de la obligatoriedad de hacer un Máster para iniciar doctorado; si no que también los propios Máster deberán transversalizarse para poder ser de interés a otros Graduados superiores no farmacéuticos, sin olvidar las competencias profesionales, al menos de momento, propias y genuinas del farmacéutico, y/o adquirir un muy alto nivel de excelencia que les haga atractivos para su realización voluntaria sin otras obligaciones, a diferencia de lo practicado hasta hace poco tiempo.

Para completar todo ello, no deberá olvidarse la última normativa de este mismo año (25) que permite (no obliga) a las Universidades en los Grados en que es posible (en el de Farmacia no lo es) a hacer titulaciones de 3 años en lugar de en 4, favoreciendo así para completar los 300 ECTS la posibilidad de hacer Másteres de un mínimo de 1 año (60 ECTS) para hacer dos de ellos y Másteres de al menos dos años (120 ECTS). Esta mera posibilidad ofrecida por la legislación ha concitado la unidad de criterio de todas las Universidades para unánimemente acordar posponer su aplicación, lo cual como otras unanimidades, homogeneidades, etc. siempre pueden ser un tanto preocupantes y sin dudas poliédrico, al menos, en su primera interpretación.

Además de los Másteres Universitarios u Oficiales y los Másteres anteriores a la actual normativa tras el Acuerdo de Bolonia, las Universidades ofrecen otra formación como Cursos de postgrado y de Formación Continua, con alta frecuencia confundida con la especializada.

También es posible encontrar cursos, algunos de alta calidad aunque a veces sin validez académica, que en el título incluyen la palabra Máster pero que realmente no lo son y ni siquiera son de utilidad para iniciar un Programa de Doctorado a aquellos que sí precisan de hacerlos. En estos casos, es importante saber quién es el responsable del autodenominado Máster, pues incluso a veces son personas o entidades que causalmente y solo de forma temporal y efímera figuran como responsables del mismo y al poco tiempo a veces desaparecen. Aun así y todo puede haber cursos de postgrado autodenominados Másteres que pueden tener un interés formativo con una plantilla docente a veces “espectacular”. Desde nuestra experiencia recomendamos que al menos estén avalados por algunas de las

Mariño EL

Comisiones de Formación Continuada que existen no solo a nivel estatal sino también en diferentes Comunidades Autónomas.

La formación especializada en Farmacia ha sufrido grandes cambios tras lo aprobado a comienzos de los años 80 y ahora con la conocida como normativa de la troncalidad. Así, aparecen varias especializaciones a las que puede acceder el farmacéutico, como la anterior especialización de Farmacia Hospitalaria exclusiva para él y que se ha transformado o lo está haciendo en Farmacia Hospitalaria y Atención Primaria y sobre la que de momento no vamos a opinar aunque opinión tengamos. Sin embargo el Farmacéutico sigue sin poder obtener la especialización de Farmacología Clínica exclusiva para Graduados en Medicina. En todo caso si seguimos pensando y no nos parece correcto que ante la absoluta impasividad (no sé si indiferencia) de las autoridades académicas y profesionales farmacéuticas, la expedición de estos Títulos de Especialistas obtenidos como “residentes” los conceda el Ministerio de Educación (con la denominación que corresponda) cuando sus profesionales no participan en su impartición o lo hacen simbólicamente y no los emita el Ministerio de Sanidad (con la denominación que corresponda también). La otra especialización exclusiva de Farmacia que se inició hace ya más de una década, la de Farmacia Industrial y Galénica, al menos de momento ha desaparecido y en su versión inicial el próximo mes de septiembre de 2015 será iniciada por los últimos estudiantes que, tras aprobar el examen FIR (ahora desde hace un par de años si se puede suspender el FIR), eligieron realizarla.

¿Y la investigación?

El camino normativamente establecido es el de alcanzar el máximo nivel del MECES, es decir el Título de Doctor y para ello es necesario incorporarse en un Programa de Doctorado, realizar una Tesis Doctoral (3-4 años), defenderla públicamente y aprobarla.

Este título, imprescindible para quienes quieren seguir una carrera universitaria, ya ha sido no sólo mérito (que suele serlo) sino también a veces requisito indispensable para optar a alguna plaza asistencial de Farmacia.

La realización del trabajo de Tesis supone habitualmente la necesidad de consecución de unos fondos económicos que nunca fueron fáciles de conseguir, pero que de un tiempo a esta parte son bastante complicados de obtener.

La tesis Doctoral ha cambiado mucho en el tiempo, de manera que de ser algo que tenía que ser inédito, ha pasado a algo cuya publicación es más que conveniente, de manera que la posible publicación en revistas indexadas con alto índice de impacto es un buen aval para un fluido tránsito por el camino de su realización y para obtener la aprobación previa a su finalización.

Creemos que hay, al menos, dos puntos oscuros en cuanto a esta temática, especialmente cuando nos centramos en la investigación de la PRÁCTICA FARMACÉUTICA ASISTENCIAL:

Mariño EL

1. La consecución de recursos económicos para financiar la investigación.
2. La publicación en revistas de índice de impacto alto.

En cuanto al primer punto consideramos que sería importante poder contar con líneas prioritarias para poder conseguir fondos económicos y recursos humanos de carácter técnico que facilitara la investigación en la Práctica Farmacéutica de tipo clínico asistencial. Aquí sin dudas a nivel estatal por parte de los Colegios profesionales y Sociedades científico-profesionales deberían plantearse medidas de “presión” efectivas para ello. También los propios Colegios y la citadas Sociedades muy probablemente podrían hacer importantes contribuciones en esta línea, focalizando fondos para la investigación en farmacia asistencial y dejando que otras investigaciones (sin dudas muy interesantes) recurran a financiarse con otras fuentes existentes. Algo parecido podríamos indicar para otros Colectivos y Entidades relacionadas e interesadas de verdad en el desarrollo profesional del farmacéutico asistencial. La propia Industria Farmacéutica podría colaborar de forma decidida a esta investigación, creando un fondo común al que pudieran recurrir los investigadores con toda la luz y taquígrafos necesarios y sin que existiera ningún tipo de conflicto de intereses. Las Universidades y sus respectivas Facultades también podrían colaborar incentivando y facilitando la realización de Tesis Doctorales, por más que las tesis de Práctica Farmacéutica Asistencial tengan un importante ingrediente en ocasiones de investigación más próxima a la de las Ciencias Sociales que a las más clásicas de “poyata y sofisticado instrumental” y no aplicar demasiado estrictamente los estándares de excelencia que al parecer consiguen en otras ocasiones, y que en estos casos pueden producir un efecto “huida” poco deseable en nuestra opinión.

Sin dudas todos estaremos de acuerdo en la importancia de la investigación en el ámbito de la farmacia asistencial. Así, creo que sería ilustrativo e interesante hacer un estudio serio para averiguar por ejemplo en los últimos diez años, el número de Tesis Doctorales leídas en cada Universidad y, en concreto, en las Facultades donde se imparten los estudios de Farmacia. También sería interesante conocer de ellas cuántas han sido realizadas por farmacéuticos y de estas últimas cuántas han tenido lugar en el ámbito asistencial y cuántas publicaciones en revistas indexadas con factor de impacto han originado cada una de ellas.

Con respecto al segundo punto, la publicación de artículos científicos es sin duda un elemento indispensable pero puede y suele ser un hándicap para el profesorado universitario ya que para su trayectoria profesional académica es importante conseguir los conocidos como “Sexenios” que suponen el reconocimiento de la actividad investigadora de seis en seis años. La obtención de estos sexenios es a nivel estatal por parte de la Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI) y supone, además de un modesto complemento económico, poder ser director de Tesis Doctorales, Miembro de Tribunales, acceder a los cuerpos Universitarios de Profesores Titulares y Catedráticos, etc. La concesión de los citados sexenios va siendo cada vez un poco más complicada, de manera que en la última convocatoria del año 2014, regulada por el BOE, aparecen los siguientes criterios específicos (26):

Mariño EL

7. Con carácter orientador, se considera que para obtener una evaluación positiva en las áreas de Ciencias Biomédicas, tanto básicas como clínicas, se requiere se deben cumplir, al menos, alguno de los siguientes requisitos:

a) 2 artículos publicados en revistas situadas en primer cuartil, junto con tres en el segundo cuartil, dentro de las categorías científicas en las que se clasifican dichas revistas en *JCR Science Edition*.

b) 3 artículos publicados en revistas situadas en primer cuartil, junto con uno en el segundo cuartil y otro en el tercer cuartil, dentro de las categorías científicas en las que se clasifican dichas revistas en *JCR Science Edition*.

c) 4 artículos publicados en revistas situadas en primer cuartil, junto con otro de nivel menor, dentro de las categorías científicas en las que se clasifican dichas revistas en *JCR Science Edition*.

EL JCR o *Journal Citation Reports*®, sobre el que ya publicamos un artículo en el 1999 (27), es una herramienta que permite evaluar y comparar (indicios de calidad) revistas científicas utilizando la citas extraídas de más de 10.000 revistas científicas. El JCR se presenta en dos secciones: una para las ciencias (*JCR Science Edition* que contiene más de 8000 revistas del ámbito de las ciencias y la tecnología) y otra para las ciencias sociales (*JCR Social Sciences Edition* que contiene más de 2.600 revistas del ámbito de las ciencias sociales).

El JCR se publica anualmente, y dentro de cada JCR se establecen una serie de categorías. En cada categoría se encuentran ordenadas las revistas, pudiendo hacer de la lista de cada categoría, por ejemplo tres partes (terciles), cuatro (cuartiles) o diez (deciles), de manera que cuanto antes aparezca una revista en la lista mayor será su calidad y también la dificultad de publicar en ella.

A título de ejemplo la información o indicios de calidad que aporta el *JCR Science Edition* de las revistas “Medicina Clínica” e “*International Journal of Clinical Pharmacy*” para el año 2014 es la siguiente:

-
- Revista: Medicina Clínica
 - Factor de impacto: 1,417
 - Categoría: *Medicine, General & Internal*
 - Posición que ocupa en la categoría: 70 de un total de 153 revistas incluidas
 - Cuartil que ocupa en la categoría: Q2
-
- Revista: *International Journal of Clinical Pharmacy*
 - Factor de impacto: 1,348
 - Categoría: *Pharmacology & Pharmacy*
 - Posición que ocupa en la categoría: 188 de un total de 254 revistas incluidas
 - Cuartil que ocupa en la categoría: Q3

Mariño EL

De todos es conocida la dificultad de publicación en estas revistas siendo especialmente conocida el “International Journal of Clinical Pharmacy” como revista farmacéutica internacional, cuyo Editor es J.W.F.van Mil. Sin embargo para el profesorado universitario los artículos allí publicados tienen escasa por no decir nula utilidad a efectos de la consecución de los citados sexenios de investigación, por estar en el tercer cuartil, a pesar de no ser nada fácil publicar en dicha revista, como ya se señaló.

Con el tema de la publicaciones, y a raíz de cierto plagios detectados y publicados sobre tesis realizadas en Alemania por personalidades importantes, resulta muy importante tener en cuenta no solo la normativa de Vancouver para los aspectos formales de la investigación y publicación, sino los principios básicos de la ética y la moral, que en muchas universidades, como en el caso de la nuestra de Barcelona, están bien reglamentados aunque en ocasiones ninguneados, como hemos tenido ocasión de comprobar en la Comisión de Bioética (CBUB). Es muy importante respetar el derecho de la autoría y no olvidar si los alumnos han participado en la investigación, y ni que decir tiene que no se produzcan plagios ni otros fraudes científicos, que cada vez son más fáciles de detectar. Para aquellos que estén interesados en el tema, y supongo que debería haber un interés general, recomendamos visitar la página de internet de la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (28) y la del “Committee on Publication Ethics” -COPE- (29). Sobre esta temática, de las que disponemos de una interesante casuística con ejemplos concretos, quizás en otra ocasión haremos difusión de ellos.

No podemos concluir este tema para la reflexión personal de cada uno sin citar dos frases bien conocidas al respecto. Una de ellas del Prof. Dr. Miguel de Unamuno, quien fue Rector de mi Universidad de procedencia hace más de un cuarto de siglo, la de Salamanca, cuando dijo “que investiguen ellos” y otra del Prof. Dr. Ramón y Cajal, que fue Premio Nobel y Catedrático de mi actual Universidad, la de Barcelona, cuando dijo “investigar en España es llorar”. Ambas deberían haber sido superadas y ciertamente parecía que se estaba en camino de ello, cuando lo conocido como Investigación más Desarrollo (I + D), de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, presenta su mejor momento en el año 2010 con 14.588 millones de euros tras venir aumentando poco a poco desde el año 2006. Con posterioridad al 2010 se produce un lento descenso llegando a los 13.012 millones de euros en 2013, que supone el 1,24 % del Producto Interior Bruto (PIB), bastante por debajo del aproximadamente 2 % que tenemos como valor medio de la Unión Europea.

Sería importante revertir la tendencia e intentar recuperar lo anteriormente conseguido, considerando no solo la I + D sino también la innovación y la transferencia, es decir, la I+ D + i + t.

Queríamos finalizar esta segunda parte como lo hicimos con la primera (1) diciendo “Mucho es lo que queda por hacer y no demasiado el tiempo disponible” pero, lejos de que esto pueda ser interpretado como desaliento, tenemos que concluir diciendo y afirmando que deberá ser todo lo contrario, un incentivo, especialmente para las nuevas generaciones, para ponerse manos a la obra, ya con algo de prisa y sin demasiada pausa.

Mariño EL

Bibliografía

1. Mariño EL. Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente y formación Universitaria (I). Pharm Care Esp. 2015; 17 (3): 376 – 401.
2. Albors Yoldi E y cols. Informe Almagro. Una reflexión sobre el presente y el futuro de la farmacia española. Colegio Oficial de Ciudad Real. Edita: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guipúzcoa. 1983.
3. Mariño EL. Experiencia nacional: análisis comparativo de las guías docente de la asignatura de atención farmacéutica en la universidad. II Jornada-Taller del Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC): “La enseñanza de la Atención Farmacéutica en la Universidad”. 6 Nov 2014. <http://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/forofarmaciacomunitaria/jornadas-atencion-farmaceutica-universidad/Paginas/Jornada-Taller-Atencion-Farmaceutica-Universidad-2014.aspx> (consultado por última vez el 9 de julio de 2015)
4. Mariño EL. Aportacions. Àmbit: Context Europeu. Reforma d'estructures i d'organització administrativa de la Universitat de Barcelona. 23 de junio de 2014. http://www.ub.edu/web/ub/ca/sites/reforma/documents_valoracio/aportacions_persones/marino.html (consultado por última vez el 19 de julio de 2015)
5. Mariño EL. Farmacia Clínica y Universidad. El farmacéutico. 1989 Sep; 72: 39 – 57.
6. Mariño EL Farmacia Clínica y Farmacoterapia: nueva asignatura de pregrado obligatoria en farmacia. Farm Clin. 1993; 10 (7): 615 – 622.
7. Mariño EL Editorial (Clinical Pharmacy, patient care, pharmaceutical care, management disease). Farm Clin. 1996; 113 (1): 5 – 8.
8. Mariño EL. Docencia universitaria pre y post- reforma general de los planes de estudio de Farmacia para cumplimiento de la normativa de la unión europea. Farm Clin. 1996; 13 (3): 64 – 66.
9. Mariño Hernández EL. Docencia Universitaria en pregrado de Atención Farmacéutica. El farmacéutico. 1997 extra octubre; 74-91.
10. Mariño Hernández, EL. Política educativa y su incidencia en la práctica farmacéutica. El farmacéutico. 2000 extra diciembre; 22-34.
11. Mariño Hernández, EL. Enseñanza de la atención farmacéutica en la Universidad de Barcelona. El farmacéutico. 2002; 65 -75.
12. Mariño EL, Lastra CF, Modamio, P. Innovación en la docencia de pre y postgrado de la Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia. Edusfarm. 2006; 0: 1 – 15 <http://www.publicacions.ub.es/revistes/33/documentos/55.pdf> (consultado por última vez el 21 de julio de 2015)
13. Resolución de 23 de noviembre de 1992, de la Universidad de Barcelona, por la que se hace público el plan de estudios de la Licenciatura en Farmacia de Facultad de Farmacia de esta Universidad. BOE nº 19 (22-01-1993).
14. Resolución de 10 de septiembre de 2002, de la Universidad de Barcelona por la que se hace pública la modificación del plan de estudios conducentes al título oficial homologado de Licenciado en Farmacia. BOE nº 254 (23-10-2002).
15. Mariño EL, Modamio P, Fernández C, Braza AJ, Miguez-Díez E, Ruiz-Loscertales H, Tobaruela G. Farmacia asistencial en la facultad de farmacia de la Universidad de Barcelona. Edusfarm. 2013; 6: 21-27. <http://www.publicacions.ub.edu/revistes/edusfarm6/default.asp?articulo=959&modo=resumen> (consultado por última vez el 19 de julio de 2015)
16. Resolución de 14 de marzo de 2012, de la Universidad de Barcelona, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Farmacia. BOE nº 86 (10-04-2012).

Mariño EL

17. Libro Blanco. Título de Grado en Farmacia. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). Septiembre 2004. http://www.aneca.es/var/media/150368/libroblanco_farmacia_def.pdf (consultado por última vez el 21 julio 2015)
18. Orden CIN/2137/2008, de 3 de julio, por la se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Farmacéutico. BOE nº 174 (19-07-2008).
19. Mariño EL. Prácticas tuteladas y/o estancias de farmacia: ¿penúltima ocasión perdida? *Farmacéuticos Comunitarios*. 2015; 7 (1): 10 – 19.
20. Real Decreto 96/2014, de 14 de febrero, por el que se modifican los Reales Decretos 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES), y 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE nº 55 (05-03-2014).
21. Real Decreto 967/2014, de 21 de noviembre, por el que se establecen los requisitos y el procedimiento para la homologación y declaración de equivalencia a titulación y a nivel académico universitario oficial y para la convalidación de estudios extranjeros de educación superior, y el procedimiento para determinar la correspondencia a los niveles del marco español de cualificaciones para la educación superior de los títulos oficiales de Arquitecto, Ingeniero, Licenciado, Arquitecto Técnico, Ingeniero Técnico y Diplomado. BOE nº 283 (22-11-2014).
22. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE nº. 280, (22-11-2003)
23. Mariño EL. Sobre la formación universitaria del farmacéutico en el postgrado y doctorado. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2012; 4(3): 118-121
24. Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de Doctorado. BOE nº 35 (10-02-2011).
25. Real Decreto 43/2015, de 2 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, y el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. BOE nº 29 (03-02-2015).
26. Resolución de 26 de noviembre de 2014, de la Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora, por la que se publican los criterios específicos aprobados para cada uno de los campos de evaluación. BOE nº 290 (01-12-2014).
27. Modamio P, Mariño EL. El Journal Citation Reports y la Base de datos Science Citation Index. *Farm Hosp*. 1999; 23 (4): 247 – 254.
28. Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona (CBUB). < <http://www.ub.edu/recerca/comissiobioetica.htm>> (consultado por última vez el 29 de julio de 2015)
29. Committee on Publication Ethics (COPE). < <http://publicationethics.org/>> (consultado por última vez el 29 de julio de 2015)

■ CASO CLÍNICO

La forma farmacéutica un factor a valorar en el SFT

Luque del Moral R.

Farmacéutico Comunitario, Valdepeñas (Ciudad Real).

ABREVIATURAS:

SFT: Seguimiento Farmacoterapéutico; **SPD:** Sistema Personalizado de Dosificación; **L:** Lunes. **X:** Miércoles; **V:** Viernes; **IMC:** Índice de masa corporal; **IVC:** Insuficiencia venosa crónica; **RNM:** Resultado negativo asociado al uso de medicamentos.

DESCRIPCION DEL CASO

Mujer de 80 años polimedicada, que para mejorar la adherencia a su tratamiento farmacológico participa del servicio de SPD (Sistema Personalizado de Dosificación) de la farmacia. A todos los usuarios del servicio de SPD se les incluye en el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

Diagnosticada de hipertensión arterial, dislipemia, artrosis, obesidad, dolor, insuficiencia cardiaca secundaria a cardiopatía hipertensiva moderada-severa con FEVI deprimida moderada con bloqueo completo de rama izquierda, diabetes mellitus insulino-dependiente, y fibrilación auricular; anticoagulada con acenocumarol 4 mg (sintrom 4 mg ®).

En Noviembre de 2013, se diagnostica de novo de Insuficiencia Renal Crónica III con hiperparatiroidismo secundario.

La paciente acude regularmente a sus citas con el equipo médico de Atención Primaria, pero también acude a consultas médicas privadas (cardiología y traumatólogo), esta situación es conocida y aceptada por todos (farmacéutico comunitario, enfermería, médicos especialistas y médico de atención primaria). La paciente vive sola y es autónoma para su actividad diaria.

No tiene alergias conocidas, no obstante, se consideran signos de alerta la insuficiencia renal recién diagnosticada (para ajustar la terapia de la paciente) y la anticoagulación con acenocumarol (sintrom 4mg ®), ver Tabla 1

Fecha de recepción: 15/07/15 Fecha de aceptación 03/08/15

Correspondencia: Raúl Luque

Correo electrónico: rldelmoral@hotmail.com

Luque del Moral R.

ESTADO DE SITUACION: Noviembre 2013									
Sexo: mujer; Edad = 78 años; IMC = 39,2 kg/m ²									
Problema de Salud	Control	Preocupa al paciente	Fecha de inicio	Medicamentos	Dosis	N	E	S	RNM
IVC	S	NO	Años	Diosmina 500mg	01-ene	S	S	S	
Fibrilación auricular	S	NO	Años	Acenocumarol 4 mg	SP	S	S	S	
Hipertensión arterial	S	NO	Años	Valsartan 160 mg	1-0-1	S	S	S	
Dislipemia	S	NO	Años	Simvastatina 40 mg	0-0-1	S	S	S	
Dolor	S	SI	Años	Paracetamol 1gr	1-0-0-1	S	S	S	
Dolor	S	SI	Años	Metamizol	0-1-1-0	S	S	S	
Insuficiencia cardiaca	S	NO	Años	Furosemida 40mg	1-0-0	S	S	S	
Insuficiencia cardiaca	S	NO	Años	Espironolactona 25 mg	0-1-0	S	S	S	
Insuficiencia cardiaca	S	NO	Años	Manidipino 20 mg	0-1-0	S	S	S	
Insuficiencia cardiaca	S	NO	Años	Carvedilol 6,25	½-0-½	S	S	S	
Diabetes Mellitus II	S	NO	Años	Insulina	SP	S	S	S	
Ansiedad	S	NO	Años	Lorazepan	01/01/2000	S	S	S	
Insomnio	S	NO	Años	Zolpiden 10 mg	0-0-1	S	S	S	
Insomnio	S	NO	Años	Melatonina	0-0-1-0	S	S	S	
Insuficiencia Vit. D	-	NO	nov-13	Hidroferol	1/Mes	S	-	-	
Hiperparatiroidismo secundario	-	NO	nov-13	Paracalcitriol 1 mg	L-X-V	S	-	-	
Hiperuricemia	-	NO	nov-13	Alopurinol	0-0-1	S	-	-	

Tabla 1: Estado de situación 1

OBSEVACIONES: Sigue dieta hipocalórica recomendada por su endocrino. Tensión arterial controlada. Hace poca actividad física porque aumenta la disnea con el esfuerzo.

La principal preocupación de esta paciente es el dolor y que este le impida hacer su vida normal.

Luque del Moral R.

En diciembre de 2013 en visita no programada, acude a la farmacia por aumento de dolor generalizado que le impide caminar, buscando “algo” para poder controlar este aumento de dolor inesperado. Se entrevistó a la paciente, conociendo la preocupación que le ocasiona este problema de salud. En la entrevista se valoró el aumento del dolor mediante la aplicación de una escala de valoración analgésica (EVA) que se comparó con los datos registrados de los que se dispone en la farmacia.

INTERVENCIÓN FARMACEUTICA

Se derivó a su traumatólogo con un informe sobre la evolución del dolor, y como tenía cita programada, se recomendó adelantar esta cita. En esta visita, su traumatólogo añade al tratamiento Tramadol 75 mg (ZytramBid 75 mg ®) con posología (1-0-0).

Tras esta visita y previa cita, acudió de nuevo a la farmacia. En esta visita se actualizó la nueva situación clínica y se reforzaron las medidas de educación sanitaria. Además se formó a la paciente en cómo debía tomar el nuevo fármaco que le había prescrito su traumatólogo (es necesario tragarlo entero con agua, no se debe romper, disolver ni masticar. Si por cualquier circunstancia se rompe o se desmenuza se desechará el comprimido, porque la absorción del medicamento por el organismo puede ser más rápida y causarle sobredosis). Como la paciente participa en el servicio de SPD de la farmacia, se la formó también en las características del comprimido (color, tamaño, forma...) para la administración correcta del medicamento (Tabla 2).

Luque del Moral R.

ESTADO DE SITUACION: Diciembre 2013									
Sexo: mujer; Edad = 78 años IMC = 39,2 kg/m ²									
Problema de Salud	Control	Preocupa al paciente	Fecha de inicio	Medicamentos	Dosis	N	E	S	RNM
IVC	S	NO	Años	Diosmina 500mg	01-ene	S	S	S	
Fibrilación auricular	S	NO	Años	Acenocumarol 4 mg	SP	S	S	S	
Hipertensión arterial	S	NO	Años	Valsartan 160 mg	1-0-1	S	S	S	
Dislipemia	S	NO	Años	Simvastatina 40 mg	0-0-1	S	S	S	
Dolor	NO	Mucho	Años	Paracetamol 1gr	1-0-0-1	S	S	S	
Dolor	NO	Mucho	Años	Metamizol	0-1-1-0	S	S	S	
Dolor	NO	Mucho		ZytramBid 75 mg ® (tramadol)	1-0-0	S			
Insuficiencia cardiaca	S	NO	Años	Furosemida 40mg	1-0-0	S	S	S	
Insuficiencia cardiaca	S	NO	Años	Espironolactona 25 mg	0-1-0	S	S	S	
Insuficiencia cardiaca	S	NO	Años	Manidipino 20 mg	0-1-0	S	S	S	
Insuficiencia cardiaca	S	NO	Años	Carvedilol 6,25	½-0-½	S	S	S	
Diabetes Mellitus II	S	NO	Años	Insulina	SP	S	S	S	
Ansiedad	S	NO	Años	Lorazepan	01/01/2000	S	S	S	
Insomnio	S	NO	Años	Zolpiden 10 mg	0-0-1	S	S	S	
Insomnio	S	NO	Años	Melatonina	0-0-1-0	S	S	S	
Insuficiencia Vit. D	S	NO	nov-13	Hidroferol	1/Mes	S	-	-	
Hipertiroidismo secundario	S	NO	nov-13	Paracalcitol 1 mg	L-X-V	S	-	-	
Hiperuricemia	S	NO	nov-13	Alopurinol	0-0-1	S	-	-	

Tabla 2: Estado de situación 2

Luque del Moral R.

Diez días después del inicio de tratamiento con tramadol, en visita no programada, la paciente acudió a la farmacia al presentar náuseas, astenia, anorexia y malestar general. En esta visita se indican medidas no farmacológicas, además de terapia de rehidratación asociada al uso de probióticos. Se comprobó la glucemia y la presión arterial. La paciente cuenta que el nuevo comprimido lo está tomando como se le había explicado en la farmacia.

Se estudió de nuevo la medicación, buscando posibles causas que pudiesen explicar esta situación clínica, concluyendo en primer lugar que en pacientes de edad avanzada (mayores de 75 años) la eliminación de tramadol puede ser más lenta de lo habitual, pudiendo ser causa de sobredosis aunque el fármaco se administre de forma adecuada. Además en pacientes con insuficiencia renal no está recomendado, en pacientes con función renal disminuida (IRC-III), podría acumularse fármaco en el organismo y ser causante del problema de salud que presenta la paciente.

Se sospecha un RNM de inseguridad asociado al uso de ZytramBid 75 mg ®

Tras valorar esta nueva situación, se derivó a la paciente mediante informe escrito a su médico de cabecera (situación de urgencias) y se informó al médico prescriptor mediante informe escrito.

Junto a esta información, se informó al médico de atención primaria que en este tipo de pacientes no se recomiendan comprimidos de liberación prolongada de tramadol, por el riesgo de acumulación y toxicidad asociada del fármaco, no obstante, las capsulas de liberación inmediata sí pueden administrarse, si se aumenta el intervalo posológico entre dosis.

RESULTADO

El médico de cabecera de la paciente la atendió de urgencia y aceptó la intervención, retirándole el fármaco (ZytramBid 75 mg) y reforzando las medidas de indicación farmacéutica. Posteriormente, el traumatólogo que prescribió el fármaco confirmó nuestra actuación y la del médico de cabecera, además de aportar un nuevo dato a la historia clínica de la paciente como Paciente Intolerante a tramadol.

La paciente mejoró progresivamente, hasta su recuperación total. El traumatólogo retiró la prescripción de tramadol, ajustando la dosis del paracetamol que toma la paciente (0-1-1). Ver Tabla 3

Luque del Moral R.

ESTADO DE SITUACION Diciembre 2013(2)									
Sexo: mujer; Edad = 78 años; IMC = 39,2 kg/m ²									
Paciente Intolerante a tramadol									
Problema de Salud	Control	Preocupa al paciente	Fecha de inicio	Medicamentos	Dosis	N	E	S	RNM
IVC	S	NO	Años	Diosmina 500mg	01-ene	S	S	S	
Fibrilación auricular	S	NO	Años	Acenocumarol 4 mg	SP	S	S	S	
Hipertensión arterial	S	NO	Años	Valsartan 160 mg	1-0-1	S	S	S	
Dislipemia	S	NO	Años	Simvastatina 40 mg	0-0-1	S	S	S	
Dolor	S	SI	Años	Paracetamol 1 gr	0-1-1	S	S	S	
Dolor	S	SI	Años	Metamizol	0-1-1-0	S	S	S	
Insuficiencia cardiaca	S	NO	Años	Furosemida 40mg	1-0-0	S	S	S	
Insuficiencia cardiaca	S	NO	Años	Espironolactona 25 mg	0-1-0	S	S	S	
Insuficiencia cardiaca	S	NO	Años	Manidipino 20 mg	0-1-0	S	S	S	
Insuficiencia cardiaca	S	NO	Años	Carvedilol 6,25	½-0-½	S	S	S	
Diabetes Mellitus II	S	NO	Años	Insulina	SP	S	S	S	
Ansiedad	S	NO	Años	Lorazepan	01/01/2000	S	S	S	
Insomnio	S	NO	Años	Zolpiden 10 mg	0-0-1	S	S	S	
Insomnio	S	NO	Años	Melatonina	0-0-1-0	S	S	S	
Insuficiencia Vit. C	S	NO	nov-13	Hidroferol	1/Mes	S	-	-	
Hiperparatiroidismo secundario	S	NO	nov-13	Paracalcitol 1 mg	L-X-V	S	-	-	
Hiperuricemia	S	NO	nov-13	Alopurinol	0-0-1	S	-	-	

Tabla 3: Estado de situación 3

Luque del Moral R.

CONCLUSIONES

El servicio de SPD de la farmacia debe estar interconectado con el resto de servicios que existen en la farmacia, para obtener el máximo beneficio de los mismos. Además, los servicios que presta la farmacia deben de ser conocidos por el equipo profesional de la farmacia y por el resto de profesionales sanitarios que pueden intervenir junto al paciente.

En relación a los fármacos, hay que considerar tanto el principio activo como los excipientes, además de considerar que la forma farmacéutica de un medicamento puede influir negativa o positivamente en su efecto terapéutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Catálogo de Medicamentos 2013. Madrid. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2013
2. Documento de Consenso sobre la Enfermedad Renal Crónica. 2012. Disponible en: www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/consenso-enfermedad-renal-cronica.pdf
3. Ficha técnica de Tramadol. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/65724/FT_65724.pdf
4. Ficha técnica de ZytramBid 75 mg. Disponible en: <http://anefp.vademecum.es/fichatecnicazytram+bid+comp.+de+liberacion+prolongada+75+mg-63134>

■ INFORME

Aspectos éticos en Investigación Clínica

Ethical Issues in Clinical Research

Redondo-Figueredo C G¹, Santamaría-Pablos A², Redondo-Ortíz C G³

¹MD, PhD. Profesor Asociado de Pediatría y de Bioestadística. Universidad de Cantabria. Hospital Virtual Valdecilla. Presidente del CEIC de Cantabria (2009--2015).

²Pharma, PhD. Farmacia Comunitaria en Santander.

³Philosopher, Msc. Máster en Filosofía de la Ciencia. Universidad de Salamanca

Resumen

En este trabajo se tratan los aspectos éticos más importantes relacionados con la investigación en humanos. En primer lugar, se diferencia entre práctica clínica e investigación clínica. Se refieren los tres principios éticos aplicables a la investigación en humanos: autonomía, beneficencia y justicia; se presenta el papel del Comité ético de Investigación Clínica como salvaguarda en la investigación en humanos. En segundo lugar, se presentan las principales características de la Hoja de Información al Paciente y de la Hoja de Firma del Consentimiento Informado. Finalmente, se comenta brevemente la Declaración de Helsinki.

Palabras clave: Farmacia. Investigación. Ética. Ensayos clínicos aleatorizados. Proyectos de Investigación. Hoja de información al paciente. Consentimiento informado. Declaración de Helsinki.

Abstract

In this article the most important ethical issues surrounding human research are discussed. First, the difference between clinical research and clinical practice. The three ethical principles governing research on human studies: autonomy, beneficence and justice; the role of the ethics committee for clinical research as a safeguard in human research is presented. Second, the main characteristics of the participant informed consent, and patient information sheet. Finally, we briefly discuss Helsinki declaration.

Key Words: Pharmacy. Ethics. Randomized controlled trial. Informed consent. Helsinki declaration

Fecha de recepción: 31/05/15 Fecha de aceptación 02/07/15

Correspondencia: Ana Santamaría

Correo electrónico: anaspablos@hotmail.com

Introducción

La investigación, que es el principal motor de desarrollo de una nación, pretende aumentar el conocimiento científico sobre la realidad que nos rodea. En el campo sanitario se pueden distinguir dos tipos fundamentales: (1) la *investigación básica*, sin fines prácticos inmediatos, destinada a aumentar el conocimiento de los procesos fundamentales de la naturaleza y que se realiza mayoritariamente en el laboratorio, sobre todo de las universidades; y (2) la *investigación clínica*, que se realiza en humanos en el ámbito sanitario y cuya finalidad es mejorar la salud de las personas. En esta investigación clínica, de mayor utilidad a corto plazo, deben participar todos los profesionales de la salud, entre ellos los farmacéuticos.

Ética de la Investigación

El hombre siempre ha querido dar una explicación a la realidad que le rodea. Cuando pasó de dar explicaciones mágicas a dar explicaciones que podía contrastar con la realidad surgió la investigación.

La investigación es un proceso iterativo en el que, partiendo de datos conocidos, al investigador le surge una nueva pregunta que desea responder. Para lo cual plantea una nueva hipótesis, que debe ser aceptada o rechazada según la información obtenida del estudio que propone, realiza y que posteriormente publica. Así se va ampliando el llamado «Cuerpo de Conocimientos Científicos». La investigación sólo debe realizarse si se va a responder una pregunta buena, también conocida como pregunta «FINER», de Factible, Interesante, ética, Novedosa y Relevante [1].

En ocasiones el conocimiento y las respuestas a las dudas que le surgen al investigador se obtienen de la práctica clínica, pero en otras ocasiones es preciso diseñar ex profeso un estudio que las responda. Por todo ello, es importante distinguir entre «práctica clínica» e «investigación clínica».

Investigación clínica. La investigación clínica ha ido cobrando una importancia creciente y actualmente es una necesidad para el progreso de cualquier país, para el progreso de las Ciencias de la Salud y, en concreto, es una necesidad para el avance de la profesión farmacéutica.

Tan importante es la investigación para lograr proporcionar una mejor atención a los pacientes, que se ha convertido en una obligación moral para los profesionales sanitarios, ya que no sería ético dejar la investigación de lado, pues se estaría limitando la mejora profesional y, sobre todo, la mejora de los pacientes. Por tanto, la investigación, en la que se aplica el método científico, producirá un conocimiento generalizable beneficioso. Por ello, es un deber ético que sus resultados se publiquen, para que otros profesionales los conozcan y los puedan aplicar en su práctica clínica y que, en último caso, redunde en beneficio de los pacientes.

Redondo-Figueroa C G¹, Santamaría-Pablos A², Redondo-Ortiz C G³

Práctica clínica. La práctica clínica no busca un conocimiento generalizable, sino el bienestar de un paciente concreto. Es importante diferenciar entre investigación y práctica clínica (Tabla 1), pues el paciente en muchas ocasiones es atendido por un profesional que hace práctica clínica e investigadora a la vez, pero que tendrá que dejar muy claro a los sujetos que participan en la investigación que en ésta se pretende adquirir un conocimiento generalizable (interés científico) y no concretamente su mejoría.

Características	Investigación clínica	Práctica clínica
Condiciones	Controladas	No controladas
Pacientes	Criterios de participación delimitados	Todo tipo de pacientes
Patologías	Muy seleccionadas	Poco seleccionadas
Población diana	Exclusión de niños, embarazadas y ancianos	Inclusión de todos los tipos de pacientes, pluripatológicos y polimedificados
Número	Limitado	Desconocido
Factores	Condiciones ambientales y circunstancias conocidas	Múltiples factores de importancia desconocida (étnicos, alimentarios, del entorno, etc.)
Duración	Limitada	No limitada o crónica
Seguimiento	Estrecho	En ocasiones no hay seguimiento

Tabla 1. Diferencias entre investigación clínica y práctica clínica (modificado de Galende [2]).

Finalmente, debe quedar claro que no puede haber una práctica clínica correcta si no está basada en una investigación clínica de calidad realizada previamente, en la que se deben tener en cuenta los aspectos éticos [3].

Principios Éticos

Las normas internacionales para la evaluación ética de las investigaciones biomédicas son textos que tienen un significado histórico [4]. El Código de Nüremberg de 1947 es considerado el primer antecedente de relevancia internacional sobre ética de la investigación. Fue producto del «Juicio a los médicos», también llamado el «Caso Médico», uno de los juicios de Nuremberg contra la Alemania nazi [5]. Ese juicio se abrió el 9 de diciembre de 1946 y se pronunció el 19 de agosto de 1947 con la imposición, al día siguiente, de la pena de muerte por horca a siete médicos. El veredicto de culpabilidad fue por crímenes de guerra y crímenes contra la humanidad, con pruebas documentales de los experimentos médicos que abarcaban desde pruebas de supervivencia bajo situaciones de hambre, congelamiento, infecciones provocadas y exposición a gas mostaza, hasta diversas mutilaciones quirúrgicas y actos de esterilización y eugenesia. El juicio concluyó así con la enumeración de un código de diez puntos sobre ética de la experimentación en humanos conocido como **Código de Nüremberg** [6,7]. Este código abrió una discusión creciente sobre la investigación biomédica y la necesidad de utilizar principios éticos que la regularan y fue, asimismo, una expresión clara de la asociación entre la ética médica y los derechos humanos cuya Declaración Universal sería aprobada al año siguiente.

La Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y Comportamental (*The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*), creada en 1974 por el Congreso Norteamericano a raíz del estudio de Willowbrook, estuvo formada por miembros de diversa índole (psicólogos, filósofos, juristas, etc.), con actitudes morales diferentes, a los que les costaba llegar a acuerdos cuando iban desde la formulación de principios hasta el análisis de hechos concretos, pero si elegían el camino inverso, analizar hechos concretos y particulares, enseguida llegaban a acuerdos. Uno de los primeros encargos a esta comisión fue identificar los principios básicos y universales que deberían emplearse en la investigación biomédica. En 1978 publicó sus resultados en el llamado **Informe Belmont** [8] que estableció los tres principios éticos que deben regir toda investigación biomédica. Estos son principios de moral civil [9], independiente de la moral individual o grupal de los miembros. Son unos principios básicos [10] en los que suelen estar de acuerdo todos los grupos culturales y religiosos, por lo que son de obligada consideración.

Autonomía. El principio de autonomía indica el derecho que tiene toda persona a decidir por sí misma, en especial qué debe hacerse con ella durante su enfermedad. Pero para poder decidir libremente tiene que tener información suficiente en la que basar su decisión. Esta información debe ser completa y comprensible para el paciente, a la vez que se le debe otorgar un tiempo para que consulte con familiares u otras personas y tome su decisión libremente. En las personas vulnerables, que tienen disminuida su autonomía (niños, incapacitados) y que deben ser protegidos, la decisión la tomarán sus responsables legales.

Redondo-Figueroa C G¹, Santamaría-Pablos A², Redondo-Ortiz C G³

Este derecho también implica la confidencialidad de la información recogida, es decir, la protección de sus datos. Los datos pueden estar «codificados» o «anonimizados» según que el procedimiento sea o no reversible [11].

Beneficencia/No maleficencia. En la investigación hay que favorecer a los sujetos, no exponiéndoles a daños: «*primum non nocere*». De este **principio de beneficencia** se deriva la obligatoriedad de informar de los posibles riesgos y beneficios de la investigación. Por tanto, deberá haber una relación riesgo/beneficio favorable para el sujeto. Además, para que la investigación sea considerada válida, deberá sustentarse en una pregunta científicamente válida, en un diseño metodológico adecuado, con un tamaño muestral suficiente y realizada por un equipo investigador competente.

A este principio va asociado el **principio de no maleficencia** («la otra cara de la moneda»), es decir, que no se puede hacer daño a los sujetos. Conviene explicarles que en la investigación no hay un beneficio terapéutico para el sujeto participante, sino que el posible beneficio será para futuros sujetos de características similares a los que participan actualmente.

Justicia. Este principio supone que las cargas y beneficios de la investigación deben distribuirse por igual, ya que todos los sujetos son iguales y deben ser tratados con la misma consideración y respeto, de ahí que no deba haber discriminación en la selección de los sujetos. Estos deben ser elegidos por razones metodológicas y no por otras como la disponibilidad, situación de dependencia, etc. Además, no hay que poner en riesgo a las personas vulnerables.

Este principio establece que debe haber una previsión de compensación económica por posibles daños (seguro u otro tipo en el caso de ensayos clínicos).

Investigación Farmacéutica y Ética

El farmacéutico, por su formación, acceso a fuentes de información sobre medicamentos y experiencia en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, puede aportar información relevante sobre la efectividad, seguridad y patrones de uso de los medicamentos cuando éstos son utilizados en condiciones reales, en aquellas áreas en las que se haya detectado falta de evidencia, o para resolver dudas concretas derivadas de su uso. En este sentido, la participación del farmacéutico en estudios de investigación con medicamentos puede ser de gran utilidad. Publicaciones previas han descrito el papel del farmacéutico en los ensayos clínicos [12]. Un estudio reciente sobre calidad ética y metodológica sobre estudios postautorización publicado por la Sociedad de Farmacia Hospitalaria, puso de manifiesto que existen diferencias significativas, en lo que se refiere a aspectos éticos, entre los estudios publicados por farmacéuticos y los estudios observacionales publicados por otros profesionales [13].

Redondo-Figueredo C G¹, Santamaría-Pablos A², Redondo-Ortiz C G³

Respecto a los aspectos éticos, según la publicación citada en el párrafo anterior, de 22 estudios realizados en el ámbito de la farmacia hospitalaria tan sólo un 50 % reflejaban la intención de solicitar la revisión por parte de un Comité ético de Investigación Clínica (CEIC) o aportaban un documento que acreditara dicha revisión. El procedimiento de confidencialidad de datos del paciente se describía solamente en el 45 % de los estudios. Asimismo, se preveía solicitar consentimiento informado sólo en el 55 % de los estudios y tan sólo el 50 % presentaban Hoja de Información al Paciente (HIP).

Hay pocos artículos en el ámbito de la Farmacia Comunitaria que hagan una evaluación sobre los aspectos éticos de los estudios publicados en este ámbito [14,15]. Pero la revisión anterior puede orientar sobre cuál podría ser la situación. Esta podría ser una línea de investigación interesante y poco explorada. En muchos artículos sobre atención farmacéutica se recalca la importancia de reforzar la calidad metodológica de los estudios publicados [16], lo cual es fundamental para el desarrollo de esta práctica del farmacéutico. Se habla en otras ocasiones de resultados contradictorios y con ciertas limitaciones metodológicas [17,18]. Sin embargo pocos trabajos comentan de manera específica la importancia de la ética como pilar básico de calidad en cualquier proyecto de investigación [19].

A pesar de que en las últimas décadas hemos presenciado el desarrollo progresivo de la bioética, se han realizado pocos estudios para conocer la producción científica de los profesionales de centros e instituciones españolas sobre los principales temas bioéticos [20]. Cuando se buscan artículos que siguen las recomendaciones de las directrices éticas se encuentra un porcentaje bajo [21], aunque en los últimos años se da cada vez más importancia a la aceptación ante un CEIC y a la existencia de un consentimiento informado escrito [22]. Desgraciadamente este aspecto sigue recibiendo insuficiente importancia por los comités editoriales de las revistas científicas [23].

La evolución actual de la profesión pasa por demostrar, con evidencia, a los políticos y a la sociedad en general, la efectividad del farmacéutico como agente sanitario capaz de mejorar la morbimortalidad asociada al uso de medicamentos. El diseño de estos estudios para evaluar el efecto de una intervención farmacéutica, siempre que sea posible, debe ser tipo ensayo clínico controlado, lo que contribuye a generar un mayor nivel de evidencia [16,24]. Sin embargo, la realización de ensayos clínicos resulta compleja para el investigador novel y requiere el conocimiento y aplicación de toda la normativa actual vigente.

Este artículo pretende, por tanto, transmitir la idea de la importancia que tiene el cumplimiento de la normativa relativa a los aspectos éticos de cualquier Proyecto de Investigación, no sólo en el ámbito de la farmacia [25], sino en el ámbito de cualquier especialidad, teniendo en cuenta, obviamente, el diseño que se va a realizar. Para ello se encuentra disponible y actualizada toda la información sobre normativa vigente en la página web de la Agencia Española del Medicamento y que todo proyecto de investigación debería cumplir.

El Comité Ético de Investigación Científica

Toda investigación en humanos está sujeta a los principios éticos comentados anteriormente y deben respetar las normas de Buena Práctica Clínica (BPC) que obligan, entre otras cosas, a que el protocolo del estudio sea aprobado por un CEIC antes de la puesta en marcha de dicho estudio.

Otro aspecto a tener en cuenta es que, actualmente, la mayoría de las revistas científicas exigen la aprobación del estudio por un CEIC como requisito imprescindible para la publicación del estudio.

El Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los Ensayos Clínicos con Medicamentos, Artículo 2, dice [26] que el CEIC es «*un organismo independiente, constituido por profesionales sanitarios y miembros no sanitarios, encargado de velar por la protección de los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos que participen en un ensayo y de ofrecer garantía pública al respecto, mediante un dictamen sobre el protocolo del ensayo, la idoneidad de los investigadores y la adecuación de las instalaciones, así como los métodos y los documentos que vayan a utilizarse para informar a los sujetos del ensayo con el fin de obtener su consentimiento informado. En el caso de ensayos clínicos multicéntricos el Comité ético de Investigación Clínica encargado de emitir el dictamen se denomina Comité ético de Investigación Clínica de Referencia.*»

La Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica [11], toda investigación en humanos debe estar aprobada por un Comité Ético de Investigación Clínica.

Funciones del CEIC. Las funciones de un CEIC son velar por los derechos de los pacientes asegurando que se respetan los principios éticos y que la investigación tiene calidad y validez metodológica, para lo cual se reúnen sus miembros, entre los que debe haber un farmacéutico, con determinada periodicidad y evalúan los ensayos clínicos y los proyectos de investigación que se vayan a llevar a cabo en su ámbito territorial.

Hoja de Información y Consentimiento Informado

La Ley establece la necesidad de informar al sujeto que va a participar en una investigación: se incluye aquí la referencia textual de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica [11].

Artículo 4. Consentimiento informado y derecho a la información.

1. Se respetará la libre autonomía de las personas que puedan participar en una investigación biomédica o que puedan aportar a ella sus muestras biológicas, para lo que será preciso que hayan prestado previamente su consen-

Redondo-Figueroa C G¹, Santamaría-Pablos A², Redondo-Ortiz C G³

timiento expreso y escrito una vez recibida la información adecuada.

La información se proporcionará por escrito y comprenderá la naturaleza, importancia, implicaciones y riesgos de la investigación, en los términos que establece esta Ley.

La información se prestará a las personas con discapacidad en condiciones y formatos accesibles apropiados a sus necesidades.

Si el sujeto de la investigación no pudiera escribir, el consentimiento podrá ser prestado por cualquier medio admitido en derecho que permita dejar constancia de su voluntad.

2. Se otorgará el consentimiento por representación cuando la persona esté incapacitada legalmente o sea menor de edad, siempre y cuando no existan otras alternativas para la investigación.

La prestación del consentimiento por representación será proporcionada a la investigación a desarrollar y se efectuará con respeto a la dignidad de la persona y en beneficio de su salud.

Las personas incapacitadas y los menores participarán en la medida de lo posible y según su edad y capacidades en la toma de decisiones a lo largo del proceso de investigación.

3. Las personas que participen en una investigación biomédica podrán revocar su consentimiento en cualquier momento, sin perjuicio de las limitaciones que establece esta Ley. Las personas o entidades que hayan recibido dicho consentimiento dispondrán las medidas que sean necesarias para el efectivo ejercicio de este derecho.

4. La falta de consentimiento o la revocación del consentimiento previamente otorgado no supondrá perjuicio alguno en la asistencia sanitaria del sujeto.

5. Toda persona tiene derecho a ser informada de sus datos genéticos y otros de carácter personal que se obtengan en el curso de una investigación biomédica, según los términos en que manifestó su voluntad. El mismo derecho se reconoce a la persona que haya aportado, con la finalidad indicada, muestras biológicas, o cuando se hayan obtenido otros materiales biológicos a partir de aquéllos.

Se respetará el derecho de la persona a decidir que no se le comuniquen los datos a los que se refiere el apartado anterior, incluidos los descubrimientos inesperados que se pudieran producir. No obstante, cuando esta información, según criterio del médico responsable, sea necesaria para evitar un grave perjuicio para su salud o la de sus familiares biológicos, se informará a un familiar próximo o a un representante, previa consulta del comité asistencial si lo hubiera. En todo caso, la comunicación se limitará exclusivamente a los datos necesarios para estas finalidades.

Redondo-Figueroa C G¹, Santamaría-Pablos A², Redondo-Ortiz C G³

Posteriormente el sujeto otorgará o no su consentimiento. El consentimiento informado consta de dos partes diferenciadas: (1) la hoja de información al paciente (HIP) y (2) la hoja de consentimiento informado (HCI) o de firmas.

Hoja de Información al Paciente. En base a todas las consideraciones anteriores, que señalan la importancia y obligatoriedad de la información previa mediante un documento llamado Hoja de Información al Paciente, éste debe reunir las siguientes características (Tabla 2).

Nº	Principio
1	El sujeto debe ser «invitado» a participar en el estudio.
2	El sujeto debe conocer cómo se llama el estudio.
3	El sujeto debe ser informado por el investigador de los objetivos y fines del estudio.
4	El sujeto deberá conocer por qué ha sido considerado candidato al estudio, es decir, debe conocer cuáles son las características de selección de los pacientes.
5	El sujeto debe conocer cuál es su «hoja de ruta» en el estudio, es decir, debe conocer las visitas que se le harán, lugar y duración, a qué procedimientos será sometido y durante cuánto tiempo.
6	Se le informará de los posibles beneficios derivados de su participación en el estudio.
7	El sujeto debe ser informado de que puede consultar con otros profesionales sobre aspectos relacionados con el estudio.
8	El sujeto recibirá información de los posibles riesgos y perjuicios del estudio y qué se hará si aparecen.
9	El sujeto deberá conocer la existencia de un seguro que compense posibles daños derivados del estudio (en el caso de ensayos clínicos).
10	El sujeto debe ser informado de que se respetará la confidencialidad de sus datos, nombrando explícita y correctamente la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
11	El sujeto deberá tener garantía de que sus dudas respecto al estudio serán resueltas por el investigador y deberá tener una forma de contacto con el investigador (teléfono, etc.) para aclarar cualquier duda.
12	El sujeto deberá saber que puede retirarse del estudio cuando quiera y sin que ello suponga alterar la relación médico-paciente, y sin que se deriven castigos o pérdida de beneficios.

Tabla 2. Aspectos de la Hoja de Información al Paciente.

Redondo-Figueredo C G¹, Santamaría-Pablos A², Redondo-Ortiz C G³

Este documento debe presentarse por escrito. No debe presionarse al sujeto para que lo firme y debe proporcionársele tiempo suficiente para poder consultar su decisión con familiares u otras personas. No debe ser un documento «apabullante», por tanto no debiera ser superior a las 12-15 páginas. Tampoco puede ser tan escueto que no informe lo que tiene que informar.

En la página web del CEIC correspondiente al ámbito del estudio (hospital, provincia o Comunidad) existe un modelo que se puede copiar.

Consentimiento Informado. Es un documento que firman el sujeto sometido a investigación (o su representante legal) y el investigador. Debe hacerse por duplicado y cada uno se queda con una copia.

El contenido de esta hoja es mínimo (Tabla 3), ya que antes se le ha entregado la HIP con información más detallada.

Nº	Aspectos incluidos
1	Título del estudio.
2	Investigador y manera de contactar con él.
3	Afirmaciones del sujeto (que lo ha leído, que lo ha entendido, que ha tenido tiempo para tomar la decisión y que ha podido consultar dudas).
4	Que lo firma libre y voluntariamente sin coacción alguna.
5	Que se respetará la confidencialidad, con especial mención de la LOPDP 15/1999.
6	A veces, autorización para subestudios.
7	Nombre del paciente y/o representante legal y firma.
8	Nombre y firma del investigador.
9	Revocación.

Tabla 3. Contenido de la Hoja de Consentimiento Informado.

Declaración de Helsinki y LOPD

Para finalizar, todo investigador deberá leer la Declaración de Helsinki, en su última versión, disponible en la página web de la Asociación Médica Mundial (ver en http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf). Otro aspecto importante que los investigadores no deben obviar es la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal [27].

Conclusiones

Con estas consideraciones se pretende concienciar a los profesionales que se dedican a la investigación, y más en concreto a los farmacéuticos, para que tengan en cuenta siempre los aspectos éticos antes de emprender una investigación y también cuando la quieran publicar [28]. También pretende recordarles que los CEIC, que son los garantes de los pacientes, no están para poner trabas a la investigación, sino todo lo contrario, su misión es favorecer una investigación de calidad.

Bibliografía

1. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Diseño de Investigaciones clínicas. 3rd ed. Barcelona (España): Wolters Kluwer; 2008. ISBN: 978-84-935583-8-3.
2. Galende-Domínguez I. Consideraciones éticas. In: Galende-Domínguez I, editor. Evaluación de Ensayos Clínicos. Madrid (España): Ergón; 2006. p. 29-44. ISBN: 84-8473-520-6.
3. Alcalde-Bezhold G. La investigación observacional con datos de carácter personal. Análisis de la situación y recomendaciones para los comités éticos de investigación clínica. Biblioteca de derecho y ciencias de la vida. Granada (España): Comares; 2012. ISBN: 978-84-9045-003-1.
4. Montero Delgado F, Morlans Molina M. Para deliberar en los Comités de ética. SANOFI, editor. Barcelona (España): Fundació Doctor Robert; 2009. ISBN: 978-84-692-2297-3.
5. Annas GJ, Grodin MA. The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation. New York (USA): Oxford University Press; 1992. ISBN: 978-0-19-510106-5.
6. International Military Tribunal. Trials of war before the Nuremberg Military Tribunal under Control Council Law no. 10. Washington (USA): Government Printing Office; 1950.
7. Shuster E. Fifty years later: the significance of the Nuremberg Code. N Engl J Med. 1997;337:1436-1440.
8. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de Investigación biomédica y comportamental. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research (Informe Belmont: Principios y Guías éticos para la protección de los sujetos humanos en investigación, Traducción al español por Bioeticaweb el 18abr1979). Centro de Documentación de Bioética Departamento de Humanidades

Redondo-Figueroa C G¹, Santamaría-Pablos A², Redondo-Ortiz C G³

Biomédicas. 2003;p. 1-11. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/>.

9. Gracia D. Fundamentos de Bioética. 3rd ed. Madrid (España): Triacastela; 2007. ISBN: 978-84-95840-33-2.
10. Beauchamp TL. Methods and principles in biomedical ethics. *J Med Ethics*. 2003;29:269-274.
11. BOE. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. BOE. 2007;159(4jul2007):28826-28848.
12. González Bermejo D, Vicente Sánchez MP, Pozuelo González C, Macías Saint-Gerons D, Greciano Greciano V, de la Fuente Honrubia C. [Ethical and methodological quality of non-interventional post-authorization studies promoted by Hospital Pharmacy Departments]. *Farm Hosp*. 2013;37:482-488.
13. Amariles P, Sabater-Hernández D, Faus MJ. Investigar y publicar en Atención Farmacéutica. Una labor por fortalecer. *Vitae, Revista de la Facultad de Química Farmacéutica*. 2012;19:9-11.
14. Wingfield J, Bissell P, Anderson C. The Scope of pharmacy ethics - an evaluation of the international research literature, 1990-2002. *Social Science & Medicine*. 2004;58:2383-2396.
15. Loewen P. Ethical issues in pharmacy practice research: an introductory guide. *JCPH*. 2014;67:133-137.
16. Baena MI. Comentarios sobre la investigación en atención farmacéutica. *Farm Hosp*. 2006;30:59-63.
17. Amariles P, Sáez-Benito BL, Faus MJ. Pharmacist interventions focus in high impact journals. *Farm Hosp*. 2007;31(6):380-382.
18. Amariles P, Faus MJ. Investigación en Atención Farmacéutica: Una necesidad con ciertos requisitos. *Atención Farmacéutica*. 2011;13:3-5.
19. Talbert RL. Ethics in clinical pharmacy practice and research. An introduction. *Pharmacotherapy*. 1993;13:521.
20. Belinchón I, Ramos JM, Bellver V. Scientific production in bioethics in Spain through MEDLINE. *Gac Sanit*. 2007;21:408-411.
21. Yank V, Rennie D. Reporting of informed consent and ethics committee approval in clinical trials. *JAMA*. 2002;287:2835-2838.
22. Schroter S, Plowman R, Hutchings A, Gonzalez A. Reporting ethics committee approval and patient consent by study design in five general medical journals. *J Med Ethics*. 2006 Dec;32(12):718-723. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2005.015115>.
23. Belhekar MN, Bhalerao SS, Munshi RP. Ethics reporting practices in clinical research publications: A review of four Indian journals. *Perspect Clin Res*. 2014 Jul;5(3):129-133. Available from: <http://dx.doi.org/10.4103/2229-3485.134316>.
24. Rangel Mayoral JF, Luis Fernández J, Liso Rubio FJ. [Current research status in pharmaceutical care]. *Farm Hosp*. 2005;29(5):335-342.
25. Schlesselman LS. A cross-sectional study of applied bioethical reasoning in pharmacy students and preceptors. *Pharmacy Practice (Granada)*. 2014;12:401 (9 pages).
26. BOE. Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. BOE. 2006;33(7feb2004):5429-5443.
27. BOE. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE. 1999;289: 43088-43099.
28. Zunic L, Masic I. What pharmacy practitioners need to know about ethics in scientific publishing. *J Res Pharm Pract*. 2014;3:112-116.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Pedro del Río Pérez

Farmacéutico comunitario. Quintana de Rueda (León). Coautor de «Averroes. Manual de terapia en Atención Primaria». Coautor de «Iatrimon. Manual de Terapéutica para Médicos de AP». Autor de «Fitoguía. Terapia con Plantas Medicinales». Colaborador de «Medimecum».

A comparison of national immunization rates to immunization rates of Latino diabetic patients receiving clinical pharmacist interventions in a federally qualified community health centre (FQHC)

Margie E. Padilla, Shan Jiang, Jamie C. Barner and Jose
Journal of Pharmaceutical Health Services Research
Volume 5, Issue 3, pages 175–180, September 2014
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jphs.12063/abstract?campaign=wolotoc>

El objetivo de este estudio era comparar las tasas nacionales de inmunización frente a las tasas de inmunización de pacientes latinos que reciben intervenciones de un farmacéutico clínico en un centro comunitario de salud federal (FQHC) en 2010.

Se trata de una revisión retrospectiva de registros médicos electrónicos (EMR) llevado a cabo en un FQHC en El Paso, Texas. Adultos (≥ 18) con diabetes que fueron vistos por un farmacéutico clínico entre el 1 de enero de 2010 y 31 de diciembre 2010. Se les preguntó sobre las siguientes vacunas: hepatitis A (HepA), hepatitis B, influenza, neumococo, tétanos-difteria-tos ferina acelular (Tdap) y zóster. El EMR de cada paciente fue revisado para calcular las tasas de inmunización. Las tasas de inmunización Estudio (SIRS), las tasas globales nacionales de inmunización (OIRS) y las tasas de inmunización nacionales hispanas (HIR) se compararon mediante pruebas z para proporciones. Las SIR para cada vacuna se calcularon utilizando la siguiente fórmula: número de pacientes vacunados / número de pacientes elegibles. Las OIRS y las HIR se obtuvieron de la National Health Interview Survey de 2010.

Participaron 330 pacientes de $56,1 \pm 12,7$ años, principalmente mujeres (73,9%) y los participantes latinos fueron del 96,7%. La SIR de HepA (33,3%), del neumococo con edades 19 a 64 (46,2%) y la Tdap (42,7%) fueron significativamente ($P < 0,0001$) más altos en comparación con los dos HIR (10,3%, 14,8%, 4,8%, respectivamente) y OIRS (10,7%, 18,5%, 8,2%, respectivamente). En cuanto zoster, el SIR (10,0%) fue significativamente ($P < 0,05$) más alta que la HIR (4,4%) pero no significativamente diferente de la OIR (14,4%).

Del estudio se concluye que los farmacéuticos clínicos pueden jugar un papel importante en el aumento de las tasas de vacunación de adultos. Facilitar el acceso a las vacunas y la educación sanitaria de los pacientes se ha vuelto más importante con las crecientes necesidades de una población culturalmente diversa junto con el envejecimiento de la población. ●

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Pharmacists Who Screen and Discuss Opioid Misuse With Patients Future Directions for Research and Practice

Gerald Cochran, PhD, Craig Field, PhD, Kenneth Lawson, PhD
Journal of Pharmacy Practice. February 13, 2014 0897190014522064
<http://jpp.sagepub.com/content/early/2014/02/13/0897190014522064?papetoc>

El abuso de opioides (OP) de prescripción ha alcanzado proporciones epidémicas en los Estados Unidos, y las farmacias son establecimientos desde los que estos medicamentos a menudo se desvían. Este estudio identifica los factores asociados con los farmacéuticos que actualmente detectan y debaten el uso indebido OP con los pacientes.

Se envió un formulario basado en la web a los farmacéuticos y se realizó un análisis transversal de datos.

La encuesta contenía puntos que evaluaron si los farmacéuticos actualmente examinados, discutían el mal uso de los OP con los pacientes, junto con las actitudes y creencias de los farmacéuticos para proporcionar intervenciones breves. Se desarrollaron modelos que identificaron los factores asociados con la actualidad de detección y discutir el uso indebido de los OP por parte de los farmacéuticos.

Los farmacéuticos interesados en participar directamente en el cribado del abuso de OP y proyectos de investigación de intervención breves eran más propensos a informar de situación actual de abuso.

Los farmacéuticos que participaron en el cribado por el mal uso y que informaron de que quieren ayudar a los pacientes que abusan de los OP fueron más propensos a discutir el abuso.

Los investigadores del estudio de detección e intervención breve basados en la farmacia para la detección de abuso de OP deberían tener en cuenta la ubicación práctica y el interés de los farmacéuticos en el tratamiento de cuestiones PO.●

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Pharmacogenetics in the Community Pharmacy Thienopyridine Selection Post–Coronary Artery Stent Placement

David F. Kisor, PharmD, David R. Bright, PharmD, Megan Conaway, PharmD, Bruce A. Bouts, MD, Gregory P. Gerschutz, MD
Journal of Pharmacy Practice. February 13, 2014 0897190014522496
<http://jpp.sagepub.com/content/early/2014/02/13/0897190014522496?papetoc>

Aunque la terapia antiplaquetaria es uno de los pilares de la terapia de intervención coronaria post-percutánea, las consideraciones farmacogenéticas del tratamiento (PGt) son a menudo ignorados a pesar de las advertencias de la FDA. Los farmacéuticos están bien situados para proporcionar orientación PGt y la farmacia comunitaria es un escenario donde las pruebas PGt, interpretación y recomendaciones pueden tener lugar para asegurar los resultados terapéuticos óptimos.

En este caso se trata de un hombre de 65 años de edad que tuvo un infarto de miocardio que se trató con intervención percutánea (PCI) y la posterior colocación de stent. Después un farmacéutico comunitario lo consideró para ser candidato para la prueba PGt para asegurar un tratamiento óptimo antiplaquetario. El paciente fue visto en la farmacia como parte de un encuentro de gestión terapéutica de los medicamentos y se sometió a las pruebas genéticas. Los resultados de las pruebas genéticas indicaron la necesidad de una modificación de la terapia. El farmacéutico comunitario interpretó los resultados e hizo la recomendación adecuada al cardiólogo que a su vez modifica la terapia antiplaquetaria adecuadamente.

Este caso describe el potencial de colaboración entre farmacéuticos comunitarios y médicos para optimizar la terapia antiplaquetaria a través de pruebas PGt. También se discuten otros puntos de consideración para otros casos que buscan implementar servicios relacionados con la PGt. ●

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Evaluation of a Pharmacy-Managed Pharmacokinetic Dosing Program

Lyndsi K. Meyenburg, PharmD, BCPS, Andrew J. Crannage, PharmD, BCPS, Julie A. Murphy, PharmD, BCPS, FASHP, FCCP, Matthew J. Korobey, PharmD, BCPS
Journal of Pharmacy Practice. August 8, 2014 0897190014544825
<http://jpp.sagepub.com/content/early/2014/08/07/0897190014544825?papetoc>

El objetivo de este estudio fue determinar el impacto de un programa de dosificación farmacocinética manejado por la farmacia para la dosificación adecuada de famotidina, enoxaparina y ketorolaco.

Un hospital universitario implementó un programa de dosificación farmacocinética gestionado por la farmacia para famotidina, enoxaparina y ketorolaco. Los sujetos fueron incluidos si recibieron famotidina y tenía un aclaramiento de creatinina (ClCr) de < 50 mL/min; recibieron enoxaparina si tenían una depuración de creatinina < 30 mL/min; y se les administró ketorolaco si tenían una depuración de creatinina < 30 mL/min; la edad fue ≥ 65 años o de peso < 50 kg.

En total 146 pacientes se incluyeron en el grupo de preimplantación (famotidina [n = 50], enoxaparina [n = 46], y ketorolaco [n = 50]) y 143 pacientes fueron incluidos en el grupo posterior a la implementación (famotidina [n = 50], la enoxaparina n [= 43], y ketorolaco [n = 50]). En total, el 66% de los pacientes se dosificó adecuadamente en el grupo de preimplantación (famotidina 28%, enoxaparina 85%, y ketorolaco 86%) en comparación con 94% en el grupo posterior a la implementación (famotidina 92%, enoxaparina 95%, y ketorolaco 94%).

La implementación de un programa de dosificación farmacocinética gestionado por una farmacia mejoró significativamente la dosis apropiada de famotidina, enoxaparina y ketorolaco. Estos hallazgos podrían justificar la expansión de la autonomía del farmacéutico a través de este tipo de programas gestionados por farmacéuticos para otros medicamentos para mejorar la dosificación. Los análisis que evalúen específicamente los resultados orientados al paciente o financieros pueden proporcionar apoyo adicional para esta expansión. ●

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Pharmacists as Members of the Rapid Response Team

Christine M. Groth, PharmD, BCPS, Nicole M. Acquisto, PharmD, BCPS
Journal of Pharmacy Practice. August 8, 2014 0897190014544794
<http://jpp.sagepub.com/content/early/2014/08/07/0897190014544794?paper=1>

Los equipos de respuesta rápida (ERR) se han desarrollado para proporcionar una terapia temprana a los pacientes con factores de riesgo de parada cardiorrespiratoria. Hemos tratado de investigar el papel que podría tener un farmacéutico como miembro del ERR

Métodos

Dos farmacéuticos capacitados en la atención de emergencias médicas crítica propusieron un programa piloto para determinar si un farmacéutico como miembro del ERR podría ayudar a optimizar la farmacoterapia y facilitar la administración de medicamentos. Durante la respuesta, 1 farmacéutico estaba junto a la cama con el ERR en la evaluación del paciente, como consultor, revisión de las historias, y para facilitar la administración de medicamentos. El farmacéutico del RRT responde recogido datos demográficos del paciente, los medicamentos administrados, recomendaciones farmacoterapéuticas y compromiso de tiempo.

Los farmacéuticos respondieron a 32 alertas RRT. La mayoría de los pacientes (65,6%) requirieron al menos 1 fármaco, y se administraron un total de 45 medicamentos. Los farmacéuticos realizaron 49 intervenciones relacionadas con la farmacoterapia en 21 pacientes. Estos facilitaron la medicación (15), la dosis (15) o la recomendación terapéutica (8), y la adición de 6 fármacos o la interrupción 5 medicamentos. Los farmacéuticos pasaron un tiempo medio de 15 minutos para cada alerta RRT y un total de 612 minutos (10,2 horas).

Con un compromiso mínimo de tiempo, los farmacéuticos pueden ser valiosos miembros del RRT. ●