**LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESPAÑA**

AUTOR: Carmen Mínguez Iglesias

[1. INTRODUCCIÓN 3](#_Toc399806041)

[2. EL CONCEPTO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA 4](#_Toc399806042)

[2.1. Los problemas relacionados con medicamentos y los resultados negativos asociados a la medicación 6](#_Toc399806043)

[2.2. La dispensación 8](#_Toc399806044)

[2.2.1. Los sistemas personalizados de dosificación (SPD): 9](#_Toc399806045)

[2.3. La indicación farmacéutica 10](#_Toc399806046)

[2.3.1 ASPECTOS LEGISLATIVOS DE LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA 11](#_Toc399806047)

[2.4. Seguimiento farmacoterapéutico 14](#_Toc399806048)

[2.5. Farmacovigilancia 16](#_Toc399806049)

[2.5.1. Regulación legal de la farmacovigilacia en españa: El papel del profesional sanitario 16](#_Toc399806050)

[2.6. Educación sanitaria 20](#_Toc399806051)

[2.7. Estrategias en la consecución de la mejora de los objetivos de la Atención Farmacéutica 21](#_Toc399806052)

[2.7.1. Estudio Azuaga 21](#_Toc399806053)

[2.7.2. Programa ADHIERETE 22](#_Toc399806054)

[2.7.3. Programa conSIGUE 22](#_Toc399806055)

[3. NIVELES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESPAÑA ……………………………………………………………….24](#_Toc399806056)

[3.1. ATENCIÓN PRIMARIA 24](#_Toc399806057)

[3.1.1. La oficina de farmacia 24](#_Toc399806058)

[3.1.2. Los botiquines farmacéuticos 27](#_Toc399806059)

[3.1.3 Centros de atención primaria: 28](#_Toc399806060)

[3.2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA 30](#_Toc399806061)

[3.2.1. Los servicios de farmacia y los depósitos de medicamentos de los hospitales 30](#_Toc399806062)

[3.2.2. Los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en los centros penitenciarios 32](#_Toc399806063)

[3.2.3. Los servicios de farmacia y los depósitos de medicamentos en centros sociosanitarios 34](#_Toc399806064)

[4. CONCLUSIONES 37](#_Toc399806065)

[5. BIBLIOGRAFÍA 38](#_Toc399806066)

**LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESPAÑA**

1. INTRODUCCIÓN

No podemos ignorar la gran relevancia que han ido adquiriendo los pacientes a lo largo de las últimas décadas, este suceso se ha producido fundamentalmente gracias al cambio de mentalidad, de una atención tanto médica como farmacéutica paternalista, en la que el profesional sanitario decidía lo que era mejor para el enfermo, a una etapa en la que es el paciente, quien en base a la información que los profesionales le faciliten debe decidir por sí mismo lo que es mejor para él.

La actividad farmacéutica no puede ser entendida como la de mera dispensación de un fármaco, lo cual es del todo entendible, pues, no se necesita un licenciado en farmacia para simplemente “vender pastillas”. La atención farmacéutica se concreta por tanto, en la calidad asistencial ofrecida por el profesional sanitario, en este caso el farmacéutico, al paciente asesorándolo para que comprenda el por qué elegir un determinado tratamiento u otro o simplemente la mejor forma de sacar el mayor partido al tratamiento que ha recibido.

En la actualidad, el número de medicamentos disponibles es muy alto, además de ser cada vez más seguros, eficaces y de calidad, lo que justifica que sean la estrategia terapéutica más utilizada para mantener la salud de los pacientes.

Sin embargo, no siempre que se utiliza un medicamento el resultado es el deseado, bien sea porque aparecen efectos adversos o tóxicos, o bien porque no se consiguen los objetivos terapéuticos perseguidos. Esta consideración está fundamentada en una amplia variedad de estudios, principalmente observacionales, que muestran una elevada prevalencia de la morbilidad asociada al uso de medicamentos, que se traduce en unas consecuencias muy negativas para la salud de las personas. Con base en estos datos, no hay duda de que estos fallos de la farmacoterapia constituyen un auténtico problema de salud pública, que a veces ocasiona pérdidas de vidas humanas, daños en la salud y recursos sanitarios desperdiciados, por lo que uno de los retos a los que se enfrenta la sociedad actual es conseguir que los medicamentos produzcan los mejores resultados en salud posibles.

España es un país pionero en el impulso de la Atención Farmacéutica, pues son ya varios años los que se vienen desarrollando acciones de diversa naturaleza que están contribuyendo a que nuestros servicios de salud y nuestra normativa, vayan incorporando estrategias útiles para la prevención y resolución de los resultados negativos que los medicamentos pueden producir en la salud de los pacientes.

Recientemente, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos han suscrito una propuesta técnica de desarrollo del acuerdo marco de colaboración que acordaron suscribir en noviembre de 2013. Dicho acuerdo pretende reforzar el papel del farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud, considerando al profesional farmacéutico como agente activo dentro del sistema sanitario español, tanto a los que ejercen en la atención hospitalaria, en los centros de atención primaria, en la docencia, en la investigación y en las oficinas de farmacia.

1. EL CONCEPTO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

La atención farmacéutica es un concepto innovador en la práctica de farmacia, que surgió a mediados de los años setenta. Establece que todos los profesionales sanitarios deben asumir la responsabilidad de los resultados de la farmacoterapia en sus pacientes. Abarca una variedad de servicios y de funciones - algunos nuevos para la farmacia, otros tradicionales - que son determinados y proporcionados por los farmacéuticos atendiendo a los pacientes individuales. El concepto de atención farmacéutica también incluye el compromiso expreso con el bienestar de los pacientes como individuos que requieren y merecen la consideración, preocupación y confianza de los farmacéuticos[[1]](#footnote-1).

La atención farmacéutica surge de la necesidad de que no existan problemas de salud susceptibles de ser tratados con intervenciones terapéuticas, y que todos los tratamientos sean efectivos y seguros, así como de promover estrategias que proporcionen buena salud y prevengan enfermedades. Por ello, el término Atención Farmacéutica engloba todas las actividades que realiza el farmacéutico orientadas al paciente, con el objetivo de conseguir el máximo beneficio posible en términos de salud.

La Atención Farmacéutica es considerada como la actividad práctica esencial del quehacer farmacéutico, lo que se asocia a un interés amplio y creciente por desarrollar y adquirir habilidades para la implantación de los servicios básicos de Atención Farmacéutica, como lo son la dispensación, la indicación farmacéutica, el seguimiento farmacoterapéutico, la farmacovigilancia y la educación sanitaria.

Uno de los grandes hitos en nuestro país fue la publicación en 2001 del Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica, se trata de un documento de gran importancia cuyos participantes fueron un grupo de expertos con el apoyo de las Autoridades Sanitarias con el que, sin carácter normativo, se pretende por un lado presentar conceptos y directrices consensuados entre profesionales, que contribuyan a la generalización de la implantación de la Atención Farmacéutica en España y solventar “la necesidad de circunscribir adecuadamente el término Atención Farmacéutica en el marco de funciones encomendadas al farmacéutico por la Ley 16/1997 de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia en este país”[[2]](#footnote-2).

El Documento establece que el concepto de Atención Farmacéutica equivale al conjunto de funciones asistenciales del farmacéutico, tratando de agruparlas en una definición que cumpliera con los siguientes requisitos:

- Que implique la gestión del conocimiento farmacéutico aplicada a un paciente determinado.

- Que sea reconocido por otros colectivos profesionales y por la población.

Se extrajeron las funciones que la Ley 16/1997 atribuía a los farmacéuticos con el objetivo de diferenciar aquellas que se orientaban al paciente, propias de la Atención Farmacéutica y las que se orientan al medicamento, el resultado fue el siguiente:



Fuente: Consenso Sobre Atención Farmacéutica 2001

Finalmente, el grupo de expertos concluye que la “*Atención Farmacéutica es la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades.”*

Adicionalmente, se señala que *“Dentro de la Atención Farmacéutica, se distinguen actividades que podrían agruparse en el ámbito de la clínica, por estar orientadas a la asistencia a la persona en el manejo de los medicamentos antes que a los medicamentos en sí. Son actuaciones como: la indicación de medicamentos que no requieren prescripción médica, prevención de la enfermedad, educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico personalizado y todas aquellas otras que se relacionan con el uso racional del medicamento.”*

En la rutina de la labor diaria de la farmacia y las diferentes actividades de Atención Farmacéutica, es muy importante resaltar que, según el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica, las distintas definiciones no implican distintos niveles en los que un profesional pueda detenerse. El conjunto de las actividades se organizan como un: *“servicio continuado, de modo que sirvan de mecanismo para ofrecer al paciente protección frente a la aparición o presencia de problemas relacionados con medicamentos, tanto en la dispensación (principal servicio demandado por los usuarios de las farmacias), como en la consulta o indicación farmacéutica, la educación sanitaria y por supuesto en el seguimiento farmacoterapéutico personalizado”.*

 En consecuencia, sin atención farmacéutica individual no sería posible gestionar la farmacoterapia y tampoco solucionar los problemas relacionados con los medicamentos y prevenir los resultados negativos asociados a los medicamentos. La farmacoterapia es un sistema complejo, integrado por un conjunto de procesos interdependientes y ejecutados con la participación de diferentes actores, con el propósito de conseguir, a través de la utilización de uno o más medicamentos (estrategia farmacoterapéutica), el mejor resultado posible en la salud de un paciente específico[[3]](#footnote-3). Los resultados obtenidos con la farmacoterapia serán mejores cuanto mayor sea la calidad, efectividad y necesidad de los medicamentos dispensados así como que sean administrados de la forma correcta.

2.1. Los problemas relacionados con medicamentos y los resultados negativos asociados a la medicación

Como ya hemos manifestado uno de los objetivos de la Atención Farmacéutica es la resolución de los fallos de la farmacoterapia, este objetivo lleva persiguiéndose desde hace más de 30 años, aunque fue en el año 1990 con la publicación de un artículo de Strand y cols. cuando surgió el término *“drug related problems”* que fue traducido al español como Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM).

En su publicación Strand y cols. definen los PRM como “una experiencia indeseable del paciente que involucra a la terapia farmacológica y que interfiere real o potencialmente con los resultados deseados del paciente” y especifican que para un episodio sea calificado de PRM deben cumplirse al menos dos premisas:

-El paciente debe estar experimentando o debe ser posible que experimente una enfermedad o sintomatología

-Esta patología debe tener una relación identificable o sospechada con la terapia farmacológica.

En España, el concepto de PRM se definió por vez primera en 1998, en el Primer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con los Medicamentos, sin embargo, debido a diferentes interpretaciones el concepto fue revisado nuevamente en 2002 en el Segundo Consenso de Granada, donde finalmente quedo definido como “problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados”

Antes de continuar, es adecuado incidir en el concepto de resultado, según la WONCA[[4]](#footnote-4) se trata de un “cambio del estado de salud atribuible al antecedente de la intervención sanitaria” donde a su vez entendemos como estado de salud la descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, habitualmente con referencia a indicadores de salud.[[5]](#footnote-5)

Al tratar los PRM como resultados de salud derivados de la farmacoterapia se entiende que estos son la consecuencia derivada del uso o ausencia de uso de los medicamentos, que vendrían a constituir la intervención sanitaria. Por tanto los PRM, no son los problemas que pueden producirse durante el uso de los medicamentos sino que serán las causas de que se produzcan (ejemplo: sobredosificación, exceso de cantidad de medicación administrada en una sola toma, si se considerase un PRM, querría decir que la sobredosificación en sí es un problema de salud, un resultado clínico negativo en sí mismo, lo cual es un sinsentido puesto que la sobredosificación no se mide mediante variables clínicas, al contrario, el efecto que produjese esa sobredosificación en una determinada persona sí podría medirse).

En consecuencia, en el Segundo Consenso de Granada se llegó a la conclusión de que la sobredosificación podía ser una causa de aparición de PRM pero no un PRM en sí mismo, pues es un elemento del proceso de uso de los medicamentos y no un resultado del proceso.

Sin embargo, a pesar de que ya se contaba con un concepto claro para definir los PRM, muchos autores aun confundían las causas con los resultados y ponían en tela de juicio dicha definición, esto fue debido especialmente a dos causas:

-El término PRM era muy utilizado en la literatura pero bajo distintos significados.

-Se emplearon gran cantidad de términos sobre todo en la literatura anglosajona para referirse a los PRM, lo que contribuyó a complicar la concreción del concepto. Entre ellos, drug-related problems DRP, drug therapy problems DTP, medicine-related problems MRP etc.

Ante toda esta inseguridad creada por la falta de un concepto claro de PRM se hacía cada vez más necesario el uso de términos biomédicos más específicos y concretos. Así, Fernandez-Llimós y col[[6]](#footnote-6) propusieron el uso de: resultados negativos de la medicación.

El uso de este nuevo término fue concretado en el Tercer Consenso de Granada por un grupo de expertos que finalmente lo denominaron resultados negativos asociados al uso de los medicamentos y de forma abreviada resultados negativos asociados a la medicación (RNM)

Así en el Tercer Consenso de Granada los términos quedan definidos de la siguiente manera:

-Problemas relacionados con los medicamentos: aquellas situaciones que en el proceso de uso de los medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación.

-Resultado negativo asociado a la medicación: resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo de los medicamentos.

En el siguiente cuadro podemos observar la relación entre PRM (proceso de uso) y RNM (resultados del proceso de uso).



Fuente: Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapeutico 3ª edición, 2007

* 1. La dispensación

Una de las labores más importantes y que más tiempo ocupan al farmacéutico es la dispensación, esta servicio solo puede ser entendido como acto que forma parte de la Atención Farmacéutica si se realiza en pro del paciente, esto es si el farmacéutico persigue el objetivo de la mejora de vida del paciente, por lo que dejaríamos fuera de este concepto la mera venta de un medicamento.

El Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica definió la dispensación distinguiendo entre dispensación pasiva y dispensación activa[[7]](#footnote-7), lo cual resulta desafortunado puesto que la dispensación requiere siempre de una actitud activa por parte del farmacéutico para que esta actividad sea adecuada a los objetivos farmacoterapeuticos de evitación de aparición de RNM, adquiriendo responsabilidad por todos los actos de dispensación, no solo por aquellos en que exista una actitud activa.

Consecuentemente, podemos definir la dispensación como “aquel acto profesional por el que el farmacéutico, ante la solicitud de un medicamento, y tras verificar de manera sistemática que el paciente o cuidador tienen información suficiente acerca del objetivo del tratamiento y de la forma adecuada de utilización, procede a la entrega del medicamento de acuerdo con la legislación vigente, evaluando con la información disponible en el momento que el medicamento es adecuado para ese paciente”[[8]](#footnote-8)

Por ello, la dispensación es una actividad que tiene como objetivo:

1. Entregar el medicamento y/o producto sanitario en condiciones óptimas y de acuerdo con la normativa legal vigente.
2. Asegurando que el paciente posee la información mínima necesaria que le ayude a optimizar el uso de los medicamentos. Esto conlleva que el paciente sabe cómo debe utilizar el fármaco y está dispuesto a asumirlo.
3. Proteger al paciente frente a la posible aparición de RNM, mediante la prevención de posibles PRM.

La dispensación es un proceso complejo que debe cumplir las siguientes características:

* Orientación al paciente: su finalidad es la procurar el mayor beneficio para el paciente, para lo cual debe adaptarse a sus necesidades y conocimientos.
* Dar cobertura a todos los usuarios de la farmacia de manera ágil: todos los ciudadanos deben poder recibir la información personalizada sobre medicamentos necesaria sobre su correcto uso, independientemente de que sean pacientes habituales de la farmacia o estén de paso.
* Existencia de intercambio de información entre paciente y farmacéutico y viceversa: de forma que el farmacéutico extraiga del paciente la información necesaria para cerciorarse de completar esa información en la medida en que sea necesario a fin de que el paciente pueda sacar el mayor provecho de la medicación que ha recibido o para que el farmacéutico pueda advertir de si esa medicación es susceptible causar algún problema. El farmacéutico debe en todo momento prevenir y detectar posibles causas que den lugar a PRM o RNM en cuyo caso deberá rehusar la entrega del fármaco y remitir al paciente al médico u ofrecerle otro servicio de Atención Farmacéutica, como por ejemplo seguimiento farmacoterapéutico. La dispensación puede ser un filtro para la detección sujetos susceptibles de necesitar la puesta en marcha del seguimiento farmacoterapéutico.
* En cualquier caso, efectuada o no la entrega del medicamento al paciente, el farmacéutico puede derivarle al médico si lo cree conveniente.

En consecuencia, la dispensación es un mecanismo complicado y por ese motivo el método utilizado para procurar la mayor seguridad no solo depende de del tipo de información que precise cada paciente, sino que también vendrá dada en función del tiempo que lleve el usuario tomando el medicamento o del tipo de medicamento en sí, así distinguiremos entre:

* Primera dispensación: supone que el paciente no ha utilizado el medicamento con anterioridad, por lo que antes de efectuar la entrega debe constatarse que no se den interacciones con otros medicamentos, alergias, etc. El farmacéutico también debe constatar que el paciente conoce y asume el proceso de uso, así como la duración del tratamiento.
* Dispensación repetida o continuidad del tratamiento: se concentra en pacientes habituales o eventuales. Este tipo de dispensación debe centrarse en controlar la efectividad y la seguridad que el paciente experimenta con la toma de los medicamentos. Para obtener esta información el farmacéutico deberá hacer preguntas abiertas, con el fin de que el paciente se exprese con libertad y aporte tanta información como sea precisa.
* Dispensación de especialidades farmacéuticas complejas: se trata de fármacos que por el tipo de administración o utilización que requieren presentan dificultades, por ese motivo es necesario que el farmacéutico enseñe al paciente el correcto uso de los mismos para sacar el máximo partido en su administración. Entre las especialidades farmacéuticas complejas nos encontramos los dispositivos de auto inyección, colirios, pomadas y geles oftálmicos, dispositivos de inhalación etc.
	+ 1. Los sistemas personalizados de dosificación (SPD):

La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud define la prestación farmacéutica en su artículo 16 que dispone: *La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.*

A su vez, el Real Decreto 9/2011[[9]](#footnote-9) en su artículo 1 Cinco establece que: *«1. En las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente.**Una vez dispensado el medicamento podrán facilitar sistemas personalizados de dosificación a los pacientes que lo soliciten, en orden a mejorar el cumplimiento terapéutico, en los tratamientos y con las condiciones y requisitos que establezcan las administraciones sanitarias competentes.»*

Los sistemas personalizados de dosificación, son un mecanismo que facilita el cumplimiento farmacoterápico, evita el olvido o la confusión y facilita la administración de la medicación.

Estos sistemas pueden presentarse en distintos tipos de envase, pueden ser blísters, bolsitas termoselladas, pastilleros, etc. Normalmente las dosis se preparan en formatos semanales, distinguiendo las tomas que precise el paciente (desayuno, comida, cena, etc.).

La preparación se efectúa directamente por el farmacéutico o con la supervisión del mismo y se entrega al paciente junto con las explicaciones oportunas.

En general, casi la totalidad de los tratamientos son susceptibles de ser incluidos en los SPD. Sin embargo, hay determinados fármacos que bien por su presentación, (jarabes, aerosoles, inyectables, bucodispersables, efervescentes), bien por no poderse determinar con anterioridad la cantidad que deba ser administrada (Sintrom) o por tratarse de medicación temporal para tratar un proceso agudo (antibióticos), no es susceptible o no debería ser incluida en estos dispositivos.

Estos sistemas están especialmente diseñados para pacientes polimedicados, incapacitados para cumplir el tratamiento o con posologías complicadas, por ello su uso está indicado para centros sociosanitarios, personas mayores que viven solas o con otras personas mayores.

2.3. La indicación farmacéutica

Uno de los servicios más importantes que ofrecen los farmacéuticos comunitarios en España es el asesoramiento o consejo en el tratamiento de dolencias que se consideran leves, o que no precisan de asistencia médica.

El Consenso sobre Atención Farmacéutica del año 2001 definía la consulta o indicación farmacéutica de la siguiente manera: *“Se entiende por consulta o indicación farmacéutica, el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto. Esta intervención es de gran importancia, ya que, en la mayoría de los casos, el farmacéutico es el primer o único contacto de usuario con el sistema de salud. Se simboliza con la frase «¿Que me dá para.... ?».*

*Este proceso debe enmarcarse dentro de las actividades clínicas de atención farmacéutica ya que debe abordarse con el compromiso de cubrir las necesidades del paciente evitando la aparición de problemas relacionados con los medicamentos, siempre en un contexto de uso racional de los tratamientos y mediante la aplicación de criterios científicos y técnicos.*

*Parte de los objetivos han de ser comunes a dos descritos para la dispensación. La ventaja en este caso es que el paciente o usuario demanda la actuación del farmacéutico.”[[10]](#footnote-10)*

Actualmente estos términos no se definen de forma conjunta comportando diferentes actuaciones, siendo entendido el consejo farmacéutico como un acto profesional por el que el farmacéutico es requerido por el paciente u otro agente de salud, para resolver cualquier cuestión relacionada con sus conocimientos sanitarios, este acto engloba un muchos tipos de consulta (información terapéutica, educación sanitaria, indicación farmacéutica, consultas administrativas…) por lo que la indicación farmacéutica sería un tipo de consulta farmacéutica que se podría definir de la siguiente manera: acto profesional por el que el farmacéutico se responsabiliza de la selección de un medicamento que no necesita receta médica, con el objetivo de aliviar o resolver un problema de salud a instancias del paciente, o su derivación al médico cuando dicho problema necesite de su actuación.

2.3.1 ASPECTOS LEGISLATIVOS DE LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA

Tal es la importancia de la indicación farmacéutica que ha sido recogida como uno de los deberes del farmacéutico comunitario en España y así lo reconocía la ley 25/1990 del Medicamento, al establecer que la dispensación de medicamentos a los pacientes se haría “de acuerdo con la prescripción, o según las orientaciones de la ciencia y el arte farmacéutico en el caso de los autorizados sin receta, informándoles, aconsejándoles e instruyéndoles sobre su correcta utilización”. En el ámbito europeo, destaca por su importancia la resolución ResAP (2001) 2 del 21 de marzo, del Comité de Ministros Europeos, relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria.[[11]](#footnote-11)

La modificación de la configuración jurídica y la composición de la estructura de la Unión Europea, han obligado a revisar la normativa interna vigente en España. A causa de ello surge la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Esta norma incorpora el término de auto-cuidado de la salud como concepto vinculado al de “automedicación responsable”, y en ambos casos considera el papel del farmacéutico como imprescindible. En la exposición de motivos de esta ley, se declara la necesidad de adaptar su redacción a la realidad social del siglo XXI. Época en la que cada vez tiene más relevancia el uso de medicamentos sin prescripción en las condiciones que se establecen por lo que es fundamental el papel del farmacéutico para lograr una automedicación responsable.

La citada ley menciona al consejo farmacéutico cuando destaca la importancia del trabajo de los farmacéuticos y de la Atención Farmacéutica, declarando que “asegura la accesibilidad al medicamento ofreciendo, en coordinación con el médico, consejo sanitario, seguimiento farmacoterapéutico y apoyo profesional a los pacientes”.

La Ley 29/2006, al especificar las condiciones de autorización de los medicamentos no sujetos a prescripción médica, dice que “se podrán utilizar en el auto-cuidado de la salud, mediante su dispensación en la oficina de farmacia por un farmacéutico, que informará, aconsejará e instruirá sobre su correcta utilización”.

La reciente aprobación del Real Decreto 870/2013 de 8 de noviembre, por el que se regula la venta a distancia al público, a través de sitios web, de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica va a cambiar por completo el funcionamiento de la indicación farmacéutica como ahora lo conocemos, esta novedosa norma autoriza a las farmacias comunitarias[[12]](#footnote-12) para crear páginas web desde las que podrán vender medicamentos no sujetos a receta médica.

Este Real Decreto viene a desarrollar lo dispuesto en el artículo 2.5 de la ley 29/2006 que dispone: “*Se prohíbe la venta por correspondencia y por procedimientos telemáticos de medicamentos y productos sanitarios sujetos a prescripción. La normativa de desarrollo establecerá los requisitos aplicables y regulará dichas modalidades de venta con respecto a los medicamentos no sujetos a prescripción garantizando, en todo caso, que los medicamentos de uso humano se dispensen por una oficina de farmacia autorizada, con la intervención de un farmacéutico, previo asesoramiento personalizado conforme previenen los artículos 19.4 y 84.1 de esta Ley, y con cumplimiento de la normativa aplicable en función de los medicamentos objeto de venta o de la modalidad de venta y cumplimiento de los requisitos en materia de información recogidos en la Ley 34/2002, de 11 de julio , de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico y, en el caso de los medicamentos veterinarios, se dispensen por uno de los establecimientos descritos en los párrafos a) y b) del artículo 38.2 de esta Ley, con la intervención de un farmacéutico, debiendo asimismo cumplir con los requisitos establecidos en la Ley 34/2002, de 11 de julio”*

El objeto del Real Decreto es por tanto, regular la venta legal al público, realizada a distancia, de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica, no incluyendo medicamentos veterinarios ni preparados oficinales.

La venta solo podrá llevarse a cabo a través de los sitios web de las oficinas de farmacia, nunca por medio de correo electrónico ni otros medios equivalentes, dichas páginas web deberán cumplir los siguientes requisitos:

1. Solo se podrán realizar ventas a través de internet en sitios web pertenecientes a una oficina de farmacia abierta al público y legamente autorizada, para lo cual deberá realizar una notificación de actividad a las autoridades competentes como mínimo 15 días antes del inicio de la actividad.
2. Los sitios web de las oficinas de farmacia tendrán que haber sido registrados por el titular o titulares de la oficina de farmacia que serán responsables de su contenido, debiendo contener como mínimo la siguiente información:
1. Los datos de contacto de la autoridad sanitaria competente, encargada de su supervisión, a la que se haya notificado la actividad.

2. Un enlace al sitio web de las autoridades competentes de su comunidad autónoma así como al sitio web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

[[13]](#footnote-13)3. El logotipo común de la Unión Europea deberá estar claramente visible en cada una de las páginas del sitio web relacionadas con la oferta al público de medicamentos por venta a distancia. El logotipo común tendrá un enlace a la mención de la oficina de farmacia en los listados al sitio web de la autoridad competente de la Comunidad Autónoma que contendrá además del listado de farmacias que cuenten con este servicio, información sobre la legislación estatal, información sobre el propósito del logotipo….

4. Los datos relativos al régimen de autorización administrativa de la oficina de farmacia, incluyendo su código oficial o número de autorización y el número de identificación fiscal que le corresponda.

5. El nombre del titular o titulares de la misma, los datos del Colegio profesional al que pertenezcan y los números de colegiado.

6. La dirección física de la oficina de farmacia, su dirección de correo electrónico y cualquier otro dato que permita establecer con la misma una comunicación directa y efectiva.

7. Información sobre vacaciones o periodos de cierre en los que no estará disponible el servicio.

8. Tiempo estimado para la entrega de los medicamentos solicitados.

9. Un enlace al centro de información de medicamentos, CIMA, del sitio web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

10. Los precios de los medicamentos que se oferten con indicación de si incluyen o no los impuestos aplicables, así como información sobre el precio del servicio de envío.

11. Los códigos de conducta a los que, en su caso, esté adherido y la manera de consultarlos electrónicamente.

Además tanto la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios como las Comunidades Autónomas deberán crear un sitio web para incluir información importante para los usuarios, fundamentalmente información en relación a la legislación aplicable, listado de farmacias que ofrecen el servicio y listado de medicamentos elaborados industrialmente no sujetos a prescripción médica.

Las condiciones de venta según dispone el artículo 3 serán las siguientes:

*“1. Únicamente podrán llevar a cabo la venta a distancia de medicamentos, mediante sitios web, aquellas oficinas de farmacia abiertas al público, legalmente autorizadas.*

*2. La venta debe ser realizada con la intervención de un farmacéutico, desde su oficina de farmacia, previo asesoramiento personalizado conforme previenen los artículos 19.4 y 84.1 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, y deberá cumplirse la normativa aplicable a los medicamentos objeto de venta.*

*3. La venta de medicamentos únicamente puede realizarse directamente desde la oficina de farmacia responsable de la dispensación, sin intervención de intermediarios.*

*4. No podrán realizarse regalos, premios, obsequios, concursos, bonificaciones o actividades similares como medios vinculados a la promoción o venta al público de medicamentos mediante sitios web, sin perjuicio de los descuentos sobre el precio de venta que se contemplen en la normativa vigente.*

*5. Cuando el comprador se encuentre en otro Estado Miembro, la venta a distancia mediante sitios web deberá realizarse de acuerdo con los requisitos establecidos en este real decreto así como los exigibles en el país de destino, tanto respecto a los medicamentos, incluyendo etiquetado, prospecto y clasificación, como a las condiciones de su dispensación.”*

En cuanto al transporte del medicamento y su entrega al usuario deberá efectuarse directamente desde la oficina de farmacia, o por un tercero siempre que exista un contrato donde vengan establecidas las responsabilidades de cada una de las partes, las condiciones del servicio y las previsiones exigidas por la normativa de protección de datos de carácter personal.

Los medicamentos no podrán ser devueltos una vez hayan sido entregados al cliente, salvo en el caso de que hayan sido suministrados por error, no se correspondan con el pedido o hayan sido dañados durante el transporte. Para el caso de que se supere el plazo de entrega en un 50% del tiempo el usuario tendrá derecho a la devolución del medicamento y el reintegro del importe pagado.

2.4. Seguimiento farmacoterapéutico

El objetivo del tratamiento con medicamentos depende, entre otras causas del seguimiento ejecutado por los diferentes profesionales y especialmente por el farmacéutico, siendo éste el agente idóneo para llevar a cabo esta labor gracias a su formación que le permite detectar problemas en la efectividad, seguridad y necesidad en relación con los medicamentos que consume el paciente, además se trata de un profesional cercano y disponible.

El seguimiento farmacoterapéutico es un bien necesario para los pacientes, tanto es así que viene recogido como una obligación del farmacéutico en los distintos niveles asistenciales, así podemos observarlo en los siguientes preceptos:

* Oficinas de farmacia:

La Ley 16/1997, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia en su artículo 1 dispone que: “el farmacéutico titular-propietario de las mismas, asistido deberá prestar los siguientes servicios básicos a la población: *5. La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes.”*

En segundo lugar se recoge esta obligación en el artículo 84.1 de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios que establece que: *“En las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente. Una vez dispensado el medicamento podrán facilitar sistemas personalizados de dosificación a los pacientes que lo soliciten, en orden a mejorar el cumplimiento terapéutico, en los tratamientos y con las condiciones y requisitos que establezcan las administraciones sanitarias competentes.[[14]](#footnote-14)”*

* Servicios de farmacia de atención primaria:

 Artículo 81.2 de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios que establece entre otras funciones la siguiente: “*f) Establecer un sistema para el seguimiento de los tratamientos a los pacientes que contribuya a garantizar el cumplimiento terapéutico así como programas que potencien un uso seguro de los medicamentos.”*

* Servicios de farmacia hospitalaria:

 Se encuentra recogido de forma indirecta remitiéndose en el artículo 82.2 g) a las funciones del artículo 81.

A su vez, el FORO de Atención Farmacéutica[[15]](#footnote-15) define el seguimiento farmacoterapéutico como: *“el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de PRM, para la prevención y resolución de RNM. Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”*

Para llevar a cabo el servicio de seguimiento farmacoterapéutico es necesario llevar a cabo un sistema de trabajo que incluya información personal y sanitaria relacionada con el paciente. El proceso se concreta por medio de una serie de entrevistas personales cuyo objetivo será llevar un control de la farmacoterapia para prevenir o solucionar PRM o RNM que hayan aparecido o sean susceptibles de aparecer, todo ello para conseguir que la medicación que toma el paciente sea lo más efectiva y segura posible.

Por tanto, para que un servicio farmacéutico sea considerado de seguimiento farmacoterápico debe contener los siguientes elementos:

* Entrevista personal inicial entre el farmacéutico y el paciente.
* Seguimiento del paciente que toma medicamentos en el tiempo, de acuerdo con un método o procedimiento.
* Evaluación de los resultados de la medicación.
* Intervención del farmacéutico para corregir los PRM identificados o los RNM detectados o en riesgo de aparición.

El siguiente cuadro muestra de forma gráfica el esquema del servicio de seguimiento farmacoterapéutico:

[[16]](#footnote-16)

2.5. Farmacovigilancia

Como ya hemos advertido con anterioridad en muchas ocasiones la farmacoterapia no consigue los resultados esperados, presentando fallos en cuanto a seguridad o eficiencia. Los fallos en la seguridad son aquellos que producen resultados no deseados que interfieren en la salud del paciente, la farmacovigilancia se centra en estos problemas con el fin de garantizar que los medicamentos disponibles sean seguros.

En consecuencia, el objetivo de la Farmacovigilancia es proporcionar de forma persistente la información más precisa posible sobre la seguridad de los medicamentos, para posibilitar la adopción de medidas oportunas y asegurar, de este modo, que los medicamentos disponibles en el mercado presentan una relación beneficio-riesgo favorable para la población en condiciones de uso autorizadas.

El hecho de que la farmacoterapia suponga un riesgo no resulta ser extraño para cualquier profesional de la sanidad, aunque sí puede serlo para los pacientes o usuarios. Las personas no especializadas pueden tener dificultades en comprender lo que supone un riesgo de un efecto adverso de un caso por cada 1.000 personas tratadas con un medicamento.

Por ello, es fundamental facilitar dicha información de forma comprensible para cualquier grado de formación cultural. Se trata de algo que toda persona debería conocer antes de iniciar un tratamiento. En cualquier caso, es importante considerar que la utilidad de un medicamento descansa en un adecuado balance entre los posibles beneficios a obtener y los previsibles riesgos asociados.

2.5.1. Regulación legal de la farmacovigilacia en españa: El papel del profesional sanitario

La Ley 29/2006[[17]](#footnote-17)en su capítulo VI del título II bajo la rúbrica “De las garantías de seguimiento de la relación beneficio/riesgo en los medicamentos” sienta las bases de la regulación del Sistema Español de Farmacovigilancia estableciendo en sus artículos 53 y 54 la definición y el funcionamiento del sistema de farmacovigilancia.

 Así, en el artículo 53.1 se define la farmacovigilancia como “*la actividad de salud pública que tiene por objetivo la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos del uso de los medicamentos una vez comercializados, permitiendo así el seguimiento de los posibles efectos adversos de los medicamentos”*.

El mismo artículo en sus apartados 2, 3 y 4 impone la obligación de declarar a los siguientes agentes:

 En primer lugar a los profesionales sanitarios que  *“tienen el deber de comunicar con celeridad a los órganos competentes en materia de farmacovigilancia de cada Comunidad Autónoma las sospechas de reacciones adversas de las que tengan conocimiento y que pudieran haber sido causadas por medicamentos*.”

En segundo lugar, las Comunidades Autónomas que *“trasladarán la información recibida a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios”.[[18]](#footnote-18)*

Por último, “*los titulares de la autorización también están obligados a poner en conocimiento de las autoridades sanitarias competentes en materia de farmacovigilancia las sospechas de reacciones adversas de las que tengan conocimiento y que pudieran haber sido causadas por los medicamentos que fabrican o comercializan, de conformidad con las directrices europeas sobre Buenas Prácticas de Farmacovigilancia. Asimismo, estarán obligados a la actualización permanente de la información de seguridad del producto, a la ejecución de los planes de farmacovigilancia y programas de gestión de riesgos y a la realización de una evaluación continuada de la relación beneficio-riesgo del medicamento, conforme a las directrices nacionales y europeas en la materia. Cuando las autoridades sanitarias consideren que dicha información sobre seguridad interesa de forma relevante a la salud pública, garantizarán el acceso público a la misma.[[19]](#footnote-19)”*

En el Artículo 54 se determinan los deberes de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios que será la encargada de coordinar el Sistema Español de Farmacovigilancia, así deberá:

-*integrar las actividades que las Administraciones sanitarias realizan de manera permanente y continuada para recoger, elaborar y, en su caso, procesar toda la información útil para la supervisión de medicamentos y, en particular, la información sobre reacciones adversas a los medicamentos, así como para la realización de cuantos estudios se consideren necesarios para evaluar la seguridad de los medicamentos.*

*-Evaluar la información recibida del Sistema Español de Farmacovigilancia así como de otras fuentes de información. Los datos de reacciones adversas detectadas en España se integrarán en las redes europeas e internacionales de farmacovigilancia, de las que España forme parte, con la garantía de protección de los datos de carácter personal exigida por la normativa vigente.*

Finalmente, el artículo 54 en su apartado 3 reafirma la obligación de todos los profesionales sanitarios de colaborar con el Sistema Español de Farmacovigilancia.

En segundo lugar, el Real Decreto 577/2013[[20]](#footnote-20), que desarrolla reglamentariamente lo dispuesto en ya citada ley 29/2006 y por la que se incorporan la Directiva 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, y por la Directiva 2012/26/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012.

El artículo 2.1 define el Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano (SEFV-H) como *Estructura descentralizada, coordinada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que integra las actividades que las administraciones sanitarias realizan de manera permanente y continuada para recoger, elaborar y, en su caso, procesar la información sobre sospechas de reacciones adversas a los medicamentos con la finalidad de identificar riesgos previamente no conocidos o cambios de riesgos ya conocidos, así como para la realización de cuantos estudios se consideren necesarios para confirmar y/o cuantificar dichos riesgos. Está integrado por los órganos competentes en materia de farmacovigilancia de las comunidades autónomas y las unidades o centros autonómicos de farmacovigilancia a ellas adscritos, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, los profesionales sanitarios y los ciudadanos”*

Una de las novedades que introdujo el Real Decreto fue la definición de reacción adversa como *“cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento”* incluyendo así, además del uso en las condiciones autorizadas, el uso al margen de los términos de la autorización de comercialización, el abuso y los errores de medicación[[21]](#footnote-21). También define el término reacción adversa grave como: *Cualquier reacción adversa que ocasione la muerte, pueda poner en peligro la vida, exija la hospitalización del paciente o la prolongación de la hospitalización ya existente, ocasione una discapacidad o invalidez significativa o persistente, o constituya una anomalía congénita o defecto de nacimiento. A efectos de su notificación, se tratarán también como graves aquellas sospechas de reacción adversa que se consideren importantes desde el punto de vista médico, aunque no cumplan los criterios anteriores, como las que ponen en riesgo al paciente o requieren una intervención para prevenir alguno de los desenlaces anteriores y todas las sospechas de transmisión de un agente infeccioso a través de un medicamento.* Y por último la Reacción adversa inesperada como “cualquier reacción adversa cuya naturaleza, gravedad o consecuencias no sean coherentes con la información descrita en la ficha técnica del medicamento.”

En cuanto a los deberes del profesional sanitario el artículo 6 establece que:

*“Los profesionales sanitarios tienen la obligación de:*

*1. Notificar las sospechas de reacciones adversas de los medicamentos autorizados, incluidas las de aquellos que se hayan utilizado en condiciones diferentes a las autorizadas. Estas notificaciones se enviarán lo más rápidamente posible al Centro Autonómico de Farmacovigilancia correspondiente a su ámbito asistencial, mediante cualquiera de las vías que éste ponga a su disposición. La dirección web para su notificación electrónica estará disponible en las fichas técnicas de los medicamentos.*

*Se dará prioridad a la notificación de las sospechas de reacciones adversas graves o inesperadas de cualquier medicamento y las relacionadas con los medicamentos sujetos a un seguimiento adicional. Estos últimos estarán identificados mediante un símbolo, común para todo el ámbito de la Unión Europea, que figurará en la información sobre el medicamento.*

*2. Notificar las sospechas de reacciones adversas de medicamentos no comercializados en España que se hayan obtenido a través de los procedimientos recogidos en el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, de acuerdo con lo establecido en el mismo.*

*3. Cuando las sospechas de reacciones adversas sean consecuencia de un error de medicación, especificarán esta circunstancia en la tarjeta amarilla[[22]](#footnote-22). Para este fin, se establecerán procedimientos especiales que se recogerán en el documento de Buenas Prácticas del Sistema Español de Farmacovigilancia.*

*4. Conservar durante al menos cinco años la documentación clínica de las sospechas de reacciones adversas a medicamentos, con el fin de completar o realizar el seguimiento, en caso necesario.*

*5. Cooperar con el Sistema Español de Farmacovigilancia, proporcionando la información necesaria que éste les pueda solicitar para ampliar o completar la información sobre sospechas de reacciones adversas notificadas.*

*6. En caso de que hayan notificado una sospecha de reacción adversa al titular de la autorización de comercialización, colaborar con éste aportando la información que se precise para su adecuada evaluación científica.*

*7. Mantenerse informados sobre los datos de seguridad relativos a los medicamentos que habitualmente prescriban, dispensen o administren, y llevar a cabo en su ámbito asistencial las medidas de prevención de riesgos que se establezcan en la ficha técnica del medicamento y cuantos procedimientos se acuerden para facilitar el cumplimiento de estas medidas, incluyendo las medidas formativas e informativas a los usuarios.*

*8. Colaborar con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y las comunidades autónomas en cualquier solicitud de recogida sistemática de información encaminada a evaluar los riesgos de los medicamentos o el impacto de las medidas administrativas puestas en marcha para minimizarlos, incluyendo lo establecido en los planes de gestión de riesgos.*

*9. Colaborar, en calidad de expertos, con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y con los Centros Autonómicos de Farmacovigilancia en aquello que se les solicite”.*

Como se puede observar la norma hace referencia a los profesionales sanitarios, por lo que tanto médicos como enfermeros y por supuesto farmacéuticos, independientemente del nivel asistencial en el que desempeñen su profesión están obligados a informar de los efectos adversos de los que tengan conocimiento, para lo cual tendrán a su disposición las llamadas “tarjetas amarillas” que deberán remitir al Centro Autonómico de Farmacovigilancia correspondiente a su ámbito asistencial. Las Comunidades Autónomas por su lado deberán establecer de forma permanente y continuada un programa de notificación espontánea[[23]](#footnote-23) adecuándose a las Buenas Prácticas del Sistema Español de Farmacovigilancia[[24]](#footnote-24), y comunicar a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios la unidad responsable de ejecutar esta tarea en la comunidad autónoma que tendrá un plazo para registrar las sospechas de reacciones adversas recibidas en la base de datos FEDRA de diez días naturales desde la recepción de la información para los casos graves y de ochenta días naturales desde su recepción para los casos no graves.

Se introduce también la colaboración de los ciudadanos a la hora de notificar reacciones adversas, así el art.7 dispone: *“Los ciudadanos podrán notificar sospechas de reacciones adversas a los medicamentos, bien poniéndolas en conocimiento de los profesionales sanitarios quienes, una vez realizada su valoración clínica, las pondrán en conocimiento del Sistema Español de Farmacovigilancia, o bien directamente al Sistema Español de Farmacovigilancia. Esto último se facilitará a través de un formulario electrónico en página web, cuyo acceso estará indicado en el prospecto de cada medicamento.”*

2.6. Educación sanitaria

La educación para la salud es una herramienta fundamental para mejorar los hábitos de utilización de los medicamentos. Por ese motivo, es importante que el farmacéutico asuma su obligación de educador sanitario, como parte de los servicios especializados orientados a la consecución de la mejora de la salud del paciente.

Efectivamente, como ya he dicho la educación sanitaria comporta una obligación para el farmacéutico, pues la Ley 16/1997 y la Ley 29/2006, además de todas las leyes de ordenación farmacéutica de las Comunidades autónomas introducen este deber entre las funciones propias de los farmacéuticos en los distintos niveles de Atención Farmacéutica.

La educación para la salud es una de las estrategias más utilizada por los profesionales sanitarios para fomentar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El servicio de educación sanitaria en el ámbito de la farmacia comunitaria, forma parte del conjunto de actuaciones propias del farmacéutico dirigidas al paciente, enmarcadas en el concepto de la Atención Farmacéutica.

La implementación de actividades educativas persigue enseñar a las personas a mejorar el cuidado de su salud, adoptar un estilo de vida saludable y participen en la toma de decisiones sobre su salud. El propósito es mejorar el estado de salud de las personas, evitando los problemas de salud o sus posibles consecuencias y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

En conclusión, la educación sanitaria debe trabajar sobre hábitos de vida, factores de riesgo, problemas de salud, síndromes geriátricos y factores psicosociales, tratando de modificar las actitudes, para minimizar las conductas negativas y, simultáneamente, debe aportar conocimientos y habilidades para enfocar positivamente el envejecimiento y enfrentar, de forma efectiva y segura, el tratamiento de los problemas de salud presentes[[25]](#footnote-25).

2.7. Estrategias en la consecución de la mejora de los objetivos de la Atención Farmacéutica

La falta de adherencia a los tratamientos farmacoterapéuticos fundamentalmente en pacientes polimedicados y aquellos con patologías crónicas tiene consecuencias clínicas, económicas y sociosanitarias muy importanes. La OMS estima que el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no cumplen adecuadamente el tratamiento prescrito en los países desarrollados. Además, se estima que la no adherencia contribuye a unas 200.000 muertes cada año en Europa y supone un coste para el sistema sanitario de 125 mil millones de euros lo que corresponde a unos 11.250 millones y 18.400 muertes anuales en España[[26]](#footnote-26). Estos datos ponen de manifiesto la magnitud del problema sanitario que supone la falta de adherencia a los tratamientos, al que la Farmacia da una respuesta eficiente a través de servicios asistenciales.

2.7.1. Estudio Azuaga [[27]](#footnote-27)

En 2009-2010 se llevó a cabo el proyecto AFADEP (Servicio de atención farmacéutica a personas dependientes) realizado en Azuaga (Badajoz), con la colaboración de Esteve. Durante el estudio se detectaron 33 Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM), siendo la falta de adherencia a los tratamientos el principal problema detectado, seguido de administraciones erróneas del medicamento y, en menor medida, duplicidades o dosis, pauta y/o duración del tratamiento no adecuadas, características personales y otros problemas de salud que afectan al tratamiento.

El estudio se realizó en 17 personas, 14 de las cuales recibieron SPD, 16 fueron incluidas en el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico, al final del estudio se consideró que lo más útil para la asistencia de los pacientes fueron los SPD.

En consecuencia, respecto a la adherencia a los tratamientos, tras la intervención del profesional farmacéutico se observó una mejora en el grado de cumplimiento por parte del paciente. Así, en un primer momento, diez pacientes se mostraban no cumplidores del tratamiento prescrito (58,8%) disminuyéndose a cinco pacientes (29,4%) al final del proyecto.

Este proyecto mostró que, tras la intervención realizada por el farmacéutico la adherencia de los pacientes mejoró del 41,2% al 70,6%.

2.7.2. Programa ADHIERETE [[28]](#footnote-28)

El 9 de mayo de 2013 el Consejo General de Colegios Farmacéuticos y ESTEVE firmaron un acuerdo para favorecer la adherencia en pacientes crónicos y polimedicados.

En el estudio participan un total de 60 oficinas de farmacia de Badajoz, Barcelona, Cáceres y Vizcaya, cada una de las cuales deberán reclutar a 5 pacientes que cumplan con determinados requisitos fundamentalmente, que sean polimedicados o crónicos, mayores de 60 años y que presenten un PRM de incumplimiento y/o RNM de inefectividad por incumplimiento.

Las farmacias llevarán a cabo actividades destinadas a optimizar la salud de los pacientes, entre ellas Seguimiento Farmacoterapéutico, la revisión del botiquín, detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), etc. A su vez, se emplearán herramientas de utilidad como los sistemas personalizados de dosificación y una aplicación móvil que facilitará la comunicación entre el farmacéutico y los pacientes, permitiendo realizar notificaciones y avisos a los pacientes para el adecuado cumplimiento de los tratamientos.

2.7.3. Programa conSIGUE[[29]](#footnote-29)

El proyecto conSIGUE está impulsado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada para evaluar el impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico.

En el estudio piloto participaron farmacéuticos de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Cádiz, Granada y Murcia y el estudio principal se lleva a cabo en los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Guipúzcoa, Granada, Las Palmas y Tenerife. Asimismo, cuenta con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y la colaboración de la Fundación Pharmaceutical Care, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), y el laboratorio Cinfa.

El planteamiento de esa investigación está basado en la siguiente premisa: las personas mayores con enfermedades crónicas utilizan en torno al 70% de los recursos sanitarios de nuestro país. En España el número de mayores de 65 años polimedicados es superior al 11%, y llega hasta el 40% en las personas que viven en instituciones, lo que está condicionando un aumento considerable de la aparición de efectos no deseados de los medicamentos y, en consecuencia, un incremento de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios. El programa conSIGUE centra su estudio en los mayores polimedicados en la farmacia comunitaria en dos fases de investigación; en la primera fase se persigue evaluar el impacto del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en los resultados clínicos económicos y humanísticos de los pacientes, mientras que en la segunda se pretende la implantación del servicio.

1. NIVELES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESPAÑA

Una vez establecido el concepto y las distintas actividades que se llevan a cabo a través de la Atención Farmacéutica debemos concretar como son las distintas estructuras en que se llevan a cabo actuaciones farmacéuticas, pues además de las oficinas de farmacia y las farmacias hospitalarias que sin lugar a dudas son las partes más reconocidas e importantes, no podemos olvidarnos del resto de centros o instituciones en los que se prestan servicios farmacéuticos.

Muchos son los colectivos que bien por su edad, o por determinadas condiciones como la pérdida de libertad o por motivos de salud requieren que la atención farmacéutica les sea prestada en el lugar donde se encuentran al no poder desplazarse a una oficina de farmacia. Por ello, creo que es necesario conocer tanto la situación en que se presta la Atención Farmacéutica en estos centros como la planificación y ordenación de los mismos en las distintas leyes.

Leyes nacionales como la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y de los Productos Sanitarios y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud hacen mención a distintos niveles de atención farmacéutica, y distintos tipos de prestaciones respectivamente. Distinguiendo en ambos casos entre la atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria.

Estas diferencias encuentran su sentido en las diversas formas en que los pacientes necesitan ser atendidos y estas divergencias en la atención se tienen también en cuenta en los distintos niveles que se establecen en la atención farmacéutica.

3.1. ATENCIÓN PRIMARIA

3.1.1. La oficina de farmacia

La Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de las oficinas de farmacia sienta las bases de la planificación farmacéutica en España, si bien, se trata de una ley de mínimos, puesto que no hace otra cosa sino establecer los criterios que deben respetar las Comunidades Autónomas en sus respectivas leyes de ordenación farmacéutica.

Así, entre los puntos más destacables de la ley podemos señalar:

* Definición y funciones:

*“Las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios privados de interés público, en las que el farmacéutico titular-propietario de las mismas, asistido, en su caso, de ayudantes o auxiliares, deberá prestar los siguientes servicios básicos a la población:*

*1. La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios.*

*2. La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas.*

*3. La garantía de la atención farmacéutica, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia.*

*4. La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos.*

*5. La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes.*

*6. La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.*

*7. La colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.*

*8. La colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.*

*9. La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.*

*10. La colaboración en la docencia para la obtención del título de Licenciado en Farmacia, de acuerdo con lo previsto en las Directivas Comunitarias, y en la normativa estatal y de las Universidades por las que se establecen los correspondientes planes de estudio en cada una de ellas.”*

Esta definición de oficina de farmacia como establecimientos sanitarios privados de interés público viene respaldada por todas las leyes de ordenación farmacéutica de las Comunidades Autónomas, así como por la ley 29/2006 que además incorpora el concepto de Atención Farmacéutica en su articulado, reconociendo la labor del farmacéutico como profesional sanitario.

En cuanto a las funciones, las Comunidades Autónomas en sus respectivas leyes de ordenación farmacéutica establecen también las funciones de las oficinas de farmacia, siempre sobre la base de las establecidas en esta ley si bien incorporando nuevas actividades y potenciando la Atención Farmacéutica.

* Titularidad:

En nuestro país, el titular de la oficina de farmacia ha de ser obligatoriamente un farmacéutico, solo o asociado con otros farmacéuticos, y cada farmacéutico sólo puede ser propietario de una oficina de farmacia. Con ello se trata de garantizar la independencia en las actuaciones de los farmacéuticos, al no estar condicionados por otros intereses que los estrictamente sanitarios, evitando conflictos de intereses con otros profesionales sanitarios prescriptores o con laboratorios farmacéuticos y asegurando así, que los ciudadanos reciban asesoramientos independientes.

* Planificación:

La Ley establece como requisitos mínimos los siguientes:

- *El módulo de población mínimo para la apertura de oficinas de farmacia será, con carácter general, de 2.800 habitantes por establecimiento. Las Comunidades Autónomas, en función de la concentración de la población, podrán establecer módulos de población superiores, con un límite de 4.000 habitantes por oficina de farmacia. En todo caso, una vez superadas estas proporciones, podrá establecerse una nueva oficina de farmacia por fracción superior a 2.000 habitantes.*

*En las zonas rurales, turísticas, de montaña o aquellas en las que por sus características geográficas, demográficas o sanitarias no fuese posible la atención farmacéutica aplicando los criterios generales, las Comunidades Autónomas podrán establecer módulos de población inferiores*.

- *La distancia mínima entre oficinas de farmacia, teniendo en cuenta criterios geográficos y de dispersión de la población será, con carácter general, de 250 metros.*

Tanto los módulos como las distancias son las establecidas por casi todas las Comunidades Autónomas. Sin embargo, Aragón, Castilla La Mancha y Castilla y León establecen módulos de población inferiores a 2800 habitantes por oficina de farmacia. En cuanto al criterio de la distancia mínima solo es incumplido por Navarra que establece una distancia entre oficinas de farmacia de tan solo 150 metros.

Actualmente las oficinas de farmacia forman una red de establecimientos perfectamente repartidos por todo el territorio nacional cuyo número asciende a 21.559 (a 31 de diciembre de 2013), lo que permite garantizar una distribución homogénea y un fácil acceso de los pacientes gracias a la planificación de la Ley 16/1997.



Fuente: Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias 2013. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

En cuanto la media de número de habitantes por oficina de farmacia como se puede observar en la imagen superior corresponde a 2.186 habitantes por oficina de farmacia lo que permite que el 99% de la población disponga de una farmacia en su población de residencia, ya sea de tipo rural, urbano, semiurbano o turístico. Esta circunstancia permite que todos los ciudadanos puedan acceder al medicamento en condiciones de igualdad al mismo tiempo que facilita el éxito de la Atención Farmacéutica en todo el Estado.

3.1.2. Los botiquines farmacéuticos

Los botiquines farmacéuticos se encuentran regulados principalmente en las leyes de ordenación farmacéutica de las distintas comunidades autónomas, si bien la ley 29/2006 en su art.84.4 establece que: “*Por razones de emergencia y lejanía de la oficina de farmacia u otras circunstancias especiales que concurran, en ciertos establecimientos podrá autorizarse, excepcionalmente, la creación de botiquines en las condiciones que reglamentariamente se determinen con carácter básico, sin perjuicio de las competencias que tengan atribuidas las Comunidades Autónomas en esta materia.”*

Los botiquines farmacéuticos han venido a configurarse como elementos que complementan los recursos previstos en la planificación farmacéutica en aquellos lugares en los que no es posible la instalación de una oficina de farmacia.

Estos dispositivos asistenciales han demostrado su extraordinaria utilidad, ya que han facilitado el acceso a la prestación farmacéutica de los ciudadanos, especialmente de aquellos que residen en núcleos poco poblados, lejanos, con problemas de comunicación o transporte, o en núcleos que se puedan quedar eventualmente sin oficina de farmacia, cuando resulte inminente el cierre de la misma en ejecución del concurso de traslado o su cierre provisional con carácter obligatorio y también de aquellos otros usuarios que en determinadas épocas del año residen en núcleos rurales o turísticos, incrementando temporalmente la población censada en ellos.

Sobre esta base las Comunidades Autónomas establecen en sus leyes de ordenación farmacéutica el régimen de los botiquines. Así en líneas generales coinciden en que los botiquines farmacéuticos son establecimientos que acercan la prestación farmacéutica a aquellos núcleos de población que por sus características demográficas no cumplen con los requisitos para el establecimiento de una oficina de farmacia.

Los botiquines funcionarán siempre bajo la responsabilidad de un farmacéutico que, por norma general será el de la oficina de farmacia más cercana y deberá permanecer en el botiquín durante el horario de apertura del mismo.

Los botiquines podrán ser permanentes o temporales, estos últimos vendrán determinados por las diferencias poblacionales que se den en un determinado núcleo de población en determinadas épocas del año. En consecuencia, los botiquines permanentes permanecerán abiertos siempre y cuando no se de alguna de las circunstancias que motiven su cierre, sin embargo los temporales únicamente permanecerán abiertos durante el tiempo que dure el incremento de población en ese lugar.

Entre las circunstancias más comunes por las que se produce el cierre de los botiquines farmacéuticos están:

-La apertura de una oficina de farmacia.

-La desaparición de las causas que motivaron su autorización.

-El cierre de la oficina de farmacia a la que se encuentran vinculados.

3.1.3 Centros de atención primaria:

Los centros de atención primaria así como el resto de las estructuras que forman parte del Sistema Nacional de Salud deben disponer de los servicios adecuados para desarrollar correctamente la Atención Farmacéutica.

Por ello, la ley 29/2009 establece en su artículo 81 que “las estructuras de gestión de atención primaria deberán disponer de servicios o unidades de farmacia de atención primaria” y en su apartado segundo enumera las funciones de los servicios de atención primaria, que son las siguientes:

*“a) Garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia, preparación de fórmulas magistrales o preparados oficinales y dispensación de los medicamentos para ser aplicados dentro de los centros de atención primaria y de aquéllos para los que se exija una particular vigilancia, supervisión y control, según se establece en el artículo 103 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en las disposiciones reglamentarias que lo desarrollan.*

*b) Establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos y productos sanitarios en los centros y estructuras a su cargo.*

*c) Establecer sistemas de información sobre gestión de la farmacoterapia que incluya aspectos clínicos, de efectividad, seguridad y eficiencia de la utilización de los medicamentos y proporcionar una correcta información y formación sobre medicamentos y productos sanitarios a los profesionales sanitarios.*

*d) Desarrollar protocolos y guías farmacoterapéuticas que garanticen la correcta asistencia farmacoterapéutica a los pacientes, en especial lo referente a la selección de medicamentos y la continuidad de los tratamientos y sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas en farmacoterapia.*

*e) Impulsar la coordinación en farmacoterapia entre diferentes estructuras sanitarias y niveles asistenciales y promover una investigación clínica en farmacoterapia de calidad y adecuada a las necesidades de los pacientes, garantizando la correcta custodia y dispensación de los productos en fase de investigación clínica.*

*f) Establecer un sistema para el seguimiento de los tratamientos a los pacientes que contribuya a garantizar el cumplimiento terapéutico así como programas que potencien un uso seguro de los medicamentos.*

*g) Impulsar y participar en programas de educación de la población sobre medicamentos, su empleo racional y la prevención de su abuso y formar parte de las comisiones relacionadas con el uso racional de medicamentos y productos sanitarios.*

*h) Impulsar la coordinación y trabajo en equipo y colaboración con los hospitales y servicios de atención especializada, con la finalidad de asegurar la calidad de la prestación farmacéutica mediante el seguimiento de los tratamientos prescritos por el médico.*

*i) Realizar cuantas funciones puedan redundar en un mejor uso y control de los medicamentos, mediante estrategias de colaboración entre los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria.”*

Esta regulación se completa con la establecida en las leyes de ordenación farmacéutica de las comunidades autónomas que disponen que los centros de atención primaria contarán con servicios de farmacia o con depósitos de medicamentos, sin embargo, no especifican en que caso será obligatorio el establecimiento de un servicio de farmacia y en cual no siendo obligatorio deberá establecerse un depósito de medicamentos. En cuanto a las funciones, las establecidas por las comunidades autónomas no difieren en gran medida de las establecidas en esta ley.

En definitiva, ante la falta de requisitos que concreten en qué centros de atención primaria debe establecerse un servicio de farmacia y en cual un depósito de medicamentos habría que estar al caso por caso.

Los únicos datos encontrados a este respecto datan de 2002 y el volumen de farmacéuticos de atención primaria era el siguiente:



Fuente: Farmacéuticos de Atención Primaria, una figura cada vez más extendida, Jorge Álvarez, 2002, Revista española de Economía de la Salud

En el gráfico se advierten grandes desigualdades entre las distintas Comunidades Autónomas, contando algunas de ellas con gran cantidad de farmacéuticos (Galicia, Extremadura, Andalucía, Aragón), mientras que el resto apenas disponen de farmacéuticos.

3.2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA

* + 1. Los servicios de farmacia y los depósitos de medicamentos de los hospitales

La Ley 29/2006 establece en su artículo 82.1 “los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria con arreglo a las condiciones mínimas establecidas por esta Ley. Los hospitales del más alto nivel y aquellos otros que se determinen deberán disponer de servicios o unidades de Farmacología Clínica”. Si bien, este precepto no determina bajo ningún criterio específico cuales son los hospitales que deben contar con un servicio de farmacia, sino que se limita a decir que serán aquellos de más alto nivel.

Esta situación fue resuelta en parte por el Real Decreto 16/2012[[30]](#footnote-30) que en su artículo 6 establece la obligatoriedad de que los hospitales que cuenten con 100 camas o más cuenten con un servicio de farmacia hospitalaria propio y aquellos que no estén obligados a contar con un servicio de farmacia dispondrán de un depósito de medicamentos, que según la norma estará vinculado de forma distinta según se trate de un hospital público o uno privado así:

* Los hospitales públicos estarán vinculados a un servicio de farmacia del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe del servicio.
* Los hospitales privados estarán vinculados a una oficina de farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria

Como decía la situación fue resuelta en parte, puesto que esta ley viene a confirmar el criterio que ya seguían las Comunidades Autónomas en sus respectivas leyes de ordenación farmacéutica ,excepto en Cantabria que establece la obligatoriedad del servicio de farmacia en los hospitales que cuenten con 50 o más camas[[31]](#footnote-31). En la mayor parte de las Comunidades Autónomas además se establece que en “*función de la tipología y volumen de actividad asistencial*”[[32]](#footnote-32) podrá hacerse obligatoria la disposición de un servicio de farmacia propio en hospitales que dispongan de un número de camas inferior.

En lo relativo al personal a cargo del servicio de farmacia hospitalaria según lo dispuesto en el artículo 83 de la ley 29/2006 “los servicios de farmacia hospitalaria estarán bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria.”

La misma ley en su artículo 82.2 enumera las funciones que realizarán los servicios de farmacia hospitalaria:

*“a) Garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia, preparación de fórmulas magistrales o preparados oficinales y dispensación de los medicamentos precisos para las actividades intrahospitalarias y de aquellos otros para tratamientos extrahospitalarios, conforme a lo establecido en el apartado 6 del artículo 2 de esta Ley.*

*b) Establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos, tomar las medidas para garantizar su correcta administración, custodiar y dispensar los productos en fase de investigación clínica y velar por el cumplimiento de la legislación sobre medicamentos de sustancias psicoactivas o de cualquier otro medicamento que requiera un control especial.*

*c) Formar parte de las comisiones hospitalarias en que puedan ser útiles sus conocimientos para la selección y evaluación científica de los medicamentos y de su empleo.*

*d) Establecer un servicio de información de medicamentos para todo el personal del hospital, un sistema de farmacovigilancia intrahospitalario, estudios sistemáticos de utilización de medicamentos y actividades de farmacocinética clínica.*

*e) Llevar a cabo actividades educativas sobre cuestiones de su competencia dirigidas al personal sanitario del hospital y a los pacientes.*

*f) Efectuar trabajos de investigación propios o en colaboración con otras unidades o servicios y participar en los ensayos clínicos con medicamentos.*

*g) Colaborar con las estructuras de atención primaria y especializada de la zona en el desarrollo de las funciones señaladas en el artículo 81.*

*h) Realizar cuantas funciones puedan redundar en un mejor uso y control de los medicamentos.*

*i) Participar y coordinar la gestión de las compras de medicamentos y productos sanitarios del hospital a efectos de asegurar la eficiencia de la misma.”*

Estas mismas funciones son las que con algún matiz o de forma más desarrollada establecen las Comunidades Autónomas.

La única puntualización a destacar es la especificación que hacen las Comunidades autónomas de Cantabria, Castilla y León, Galicia, La Rioja, y Comunidad Valenciana en cuanto al punto c), donde estas leyes establecen que se formará parte de la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Esta inclusión no es accidental, puesto que el Real Decreto 521/1987 en su artículo 22.3 dispone que «en cualquier caso, deberán constituirse, como mínimo, las siguientes Comisiones Clínicas, que dependerán de la Comisión Central de Garantía de la Calidad» y entre estas comisiones se cita la de «Farmacia y Terapéutica» de la que sin lugar a dudas deberá formar parte el servicio de farmacia del hospital.

La Comisión de Farmacia y Terapéutica es el órgano encargado de establecer la política de medicamentos del hospital. Tiene una composición multidisciplinaria que incluye médicos, farmacéuticos y otros profesionales sanitarios. Pero esta comisión está poco reglamentada, a pesar de ser una de las comisiones clínicas de mayor relevancia.

En un documento de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria[[33]](#footnote-33) se señalan los objetivos de la Comisión de Farmacia y Terapéutica:

* Seleccionar los medicamentos que ha de utilizar el hospital con criterios de calidad, eficacia, seguridad y coste.
* Recomendar la implantación de una política de utilización de medicamentos.
* Educar en todos los aspectos relacionados con el uso correcto de los medicamentos, con promoción de programas de actualización terapéutica.
* Elaborar protocolos de utilización de medicamentos, así como implantar métodos que garanticen su cumplimiento, con prioridad por los medicamentos de elevado riesgo o elevado coste.
* Implantar un programa para la detección, seguimiento y evaluación de reacciones adversas a medicamentos.
* Cooperar en el desarrollo del programa de garantía de calidad del Centro.
* Encargarse de la edición de la Guía Farmacoterapéutica y de la revisión periódica de su contenido[[34]](#footnote-34).

3.2.2. Los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en los centros penitenciarios

El Reglamento Penitenciario[[35]](#footnote-35) de desarrollo y ejecución de la Ley Orgánica Penitenciaria 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria cita en su art. 208: “*1. A todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población. Tendrán igualmente derecho a la prestación farmacéutica y a las prestaciones complementarias básicas que se deriven de esta atención.*

*2. Las prestaciones sanitarias se garantizarán con medios propios o ajenos concertados por la Administración Penitenciaria competente y las Administraciones Sanitarias correspondientes.”*

Según dispone el reglamento los centros penitenciarios deben garantizar la prestación farmacéutica ya sea mediante medios propios o ajenos concertados.

La ley 29/2006 en la DA 4ª dispone que: “*Los centros penitenciarios podrán solicitar de la Administración competente en cada caso autorización para mantener un depósito de medicamentos para la asistencia a los internos, bajo la supervisión y control de un farmacéutico de los servicios farmacéuticos autorizados del hospital del Sistema Nacional de Salud más cercano.”* Parece claro que esta norma establece que la atención farmacéutica en los centros penitenciarios se llevará a cabo únicamente a través de depósitos de medicamentos. Sin embargo, en las Comunidades Autónomas la regulación no es pacífica, existiendo comunidades que disponen que podrán establecer un depósito de medicamentos o un servicio de farmacia y otras que en armonía con lo dispuesto en la Ley 29/2006 solo ofrecen la posibilidad de establecer un depósito de medicamentos.

En el documento “Actividad Asistencial en Instuticiones Penitenciarias 2012” se recoge que durante ese año solo trabajaron 34 farmacéuticos, lo que comporta que más de la mitad de las cárceles españolas no cuentan con farmacéuticos en su equipo de atención sanitaria. Ello unido a la prevalencia de ciertas patologías en el medio penitenciario tales como trastornos psiquiátricos, drogadicción y VIH conllevan que el patrón de utilización de medicamentos sea distinto al de la población general, observándose desviaciones considerables en el consumo de algunos subgrupos terapéuticos (tuberculostáticos, antivirales, antifúngicos, antirretrovirales, benzodiazepinas, medicación psiquiátrica, etc.).

En consecuencia, ante la falta farmacéuticos en gran parte de las penitenciarías se hace necesario disponer de documentos o guías que faciliten la toma de decisiones con criterios basados en la mejor evidencia científica disponible. En este sentido, la Institución Penitenciaria ha impulsado tradicionalmente políticas tendentes al uso racional de los medicamentos, entre las cuales, ha estado la publicación de una Guía Farmacoterapéutica (GFT) para uso de los médicos prescriptores en el ámbito sanitario penitenciario, a imagen y semejanza de las que han sido elaboradas por la mayor parte de las instituciones sanitarias del país. Actualmente se utiliza la Guía Farmacoterapéutica del 2011, gracias a la cual los médicos prescriptores realizan las sustituciones de manera segura y se consigue garantizar la prestación farmacéutica a todos los internos.

3.2.2.1. La Comisión Central de Farmacia y Terapéutica

Se ha constituido en el ámbito de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias la Comisión Central de Farmacia y Terapéutica como órgano asesor de la Coordinación de Sanidad Penitenciaria, cuyos cometidos vienen recogidos en la Instrucción 1/2011 y son los siguientes:

* *Informar y asesorar a la Coordinación de Sanidad Penitenciaria en todos los aspectos que afectan a la utilización de medicamentos, incluidos aquellos no recogidos en la Guía Farmacoterapéutica de Instituciones Penitenciarias y/o prescritos por profesionales sanitarios.*
* *Llevar a cabo la revisión periódica de la Guía Farmacoterapéutica proponiendo las actualizaciones necesarias basadas en criterios de calidad, eficacia, seguridad y coste.*
* *Contribuir a la racionalización del uso de los medicamentos proponiendo la instauración y seguimiento de los protocolos terapéuticos y programas que aseguren el coste efectividad de los tratamientos.*
* *Proponer los fármacos que puedan precisar receta informada donde se detallen las razones clínicas debidamente documentadas de la prescripción, frente a las alternativas existentes en la Guía Farmacoterapéutica.*
* *Valorar las propuestas de inclusión o exclusión de medicamentos en la Guía Farmacoterapéutica realizadas por los profesionales sanitarios penitenciarios o que colaboren con la Institución.*

3.2.3. Los servicios de farmacia y los depósitos de medicamentos en centros sociosanitarios

La atención sociosanitaria está definida en la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que en su artículo 14 establece:

*“1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.*

*2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:*

*a) Los cuidados sanitarios de larga duración.*

*b) La atención sanitaria a la convalecencia.*

*c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.*

*3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.”*

Según se desprende de este artículo la atención sociosanitaria está dirigida a enfermos crónicos y de larga duración, por lo que se puede suponer que se trata en general de personas de la tercera edad. Las leyes de ordenación farmacéutica de las comunidades autónomas definen el concepto de centro sociosanitario, si bien, cada una lo describe de forma distinta pero todas ellas se refieren con centro sociosanitario a aquellos centros que atienden a sectores de la población tales como personas mayores, discapacitadas y cualesquiera otras, cuyas condiciones de salud requieran, además de las atenciones sociales que les presta el centro, determinada asistencia sanitaria.

España es uno de los países más envejecidos del planeta. En 2010 el número absoluto de personas de mayores de 65 años constituía el 17,2% de la población y se prevé que sobrepasará el 22% en 2025 y alcanzará el 31,9% en 2050[[36]](#footnote-36).

En las dos últimas décadas, todas las Comunidades Autónomas han incluido en sus respectivas leyes de ordenación farmacéutica la regulación de la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios. Sin embargo, no establecen criterios claros para concretar qué régimen deberán aplicar estos centros en función de sus características. Así por lo general solo disponen que los centros sociosanitarios deberán contar con un servicio de farmacia o un depósito de medicamentos que podrá estar vinculado a un servicio de farmacia o a una oficina de farmacia.

El Real Decreto 16/2012 en su artículo 6 trata de resolver la cuestión al menos en lo referente a los centros que dependen de la seguridad social, así en su artículo 6 dispone: Medidas relativas a la atención farmacéutica en los hospitales, en los centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos.

*“1. Será obligatorio el establecimiento de un servicio de farmacia hospitalaria propio en:*

*a) Todos los hospitales que tengan cien o más camas.*

*b) Los centros de asistencia social[[37]](#footnote-37) que tengan cien camas o más en régimen de asistidos.*

*c) Los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más.*

*2. No obstante lo anterior, la consejería responsable en materia de prestación farmacéutica podrá establecer acuerdos o convenios con centros hospitalarios, eximiendo a estos centros de esta exigencia, siempre y cuando dispongan de un depósito de medicamentos vinculado al servicio de farmacia hospitalaria del hospital de la red pública que sea el de referencia en el área o zona sanitaria de influencia correspondiente.*

*3. Asimismo, los centros hospitalarios, los centros de asistencia social que presten asistencia sanitaria específica y los centros psiquiátricos que no cuenten con un servicio de farmacia hospitalaria propio y que no estén obligados a tenerlo dispondrán de un depósito, que estará vinculado a un servicio de farmacia del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe del servicio, en el caso de los hospitales del sector público, y a una oficina de farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria, en el supuesto de que se trate de un hospital del sector privado.”*

Parece establecer un criterio claro, el número de camas. No obstante, en su apartado 2 faculta a las Comunidades Autónomas a eximir de esta obligación a los centros que cumplan con dicho requisito.

La prestación farmacéutica en los centros de asistencia sociosanitaria se ha organizado en base a dos criterios: la titularidad (pública o privada) del centro y el número de plazas. Así, Galicia es única comunidad en la que se ha implantado el servicio de farmacia en centros tanto públicos como privados, en Valencia solo en los centros públicos y en Navarra se ha dado prioridad a los centros privados frente a los públicos.

En la siguiente tabla se detalla el grado de implantación de la farmacia hospitalaria en cuanto al número de centros y de plazas por Comunidad Autónoma.



Fuente: Prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios. Análisis de la situación y propuesta CRONOS-SEFH

Como se puede observar, los resultados de la tabla, solo 175 de los 5.426 centros que hay en nuestro país cuentan con servicio de farmacia propio.

En consecuencia, la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios se encuentra integrada mayoritariamente por depósitos de medicamentos. Estos instrumentos pueden estar vinculados a una oficina de farmacia o a un servicio de farmacia hospitalario, en cualquier caso tendrán la obligación de proveer a estos centros de los medicamentos que necesiten y cuándo los necesiten, por lo que deberán tener disponibilidad las 24 horas del día. Esto supone que los centros no contarán con un profesional farmacéutico en el centro, siendo la figura del ATS DUE quien se encargará de la dispensación de los fármacos a los residentes.

Como ya hemos advertido, los residentes de estos centros suelen ser en su mayoría personas polimedicadas, con enfermedades crónicas y en muchos casos dependientes, lo que las hace susceptibles de sufrir más fácilmente fallos en el tratamiento farmacoterapéutico.

Actualmente se están impulsando de forma generalizada para estos centros los sistemas de personalizados de dosificación (SPD). Con el fin de mejorar la atención farmacéutica en estos centros los SPD deberían ser preparados en la oficina de farmacia o servicio de farmacia hospitalaria vinculado a los depósitos de medicamentos, (no limitándose a la mera puesta a disposición de los medicamentos en el centro). Así, este servicio garantizaría que la supervisión de los medicamentos se realizara directamente por el experto en los mismos, el farmacéutico, siendo el cometido de los ATS DUE únicamente el de entregar la medicación a los pacientes, disminuyendo así la probabilidad de aparición de resultados negativos asociados a la medicación y procurando una mejor Atención Farmacéutica en estos centros.

1. CONCLUSIONES

Como ya se ha comentado el concepto de Atención Farmacéutica surgió hace unas cuantas décadas y desde entonces hasta ahora se han hecho grandes avances gracias al esfuerzo de los farmacéuticos que han sido capaces de acercarse al paciente, resolver sus problemas, sus dudas y ayudarle a conseguir el mejor resultado para su salud adaptando la farmacoterapia a sus necesidades. Actualmente, el desarrollo y la práctica de la Atención Farmacéutica se han conseguido resultados muy positivos para el sistema sanitario, entre los que destacan:

- La eliminación de farmacoterapia innecesaria, lo que a su vez supone un ahorro de costes y de medios.

- El Logro de efectividad en tratamientos inefectivos, actividades como el seguimiento farmacoterapéutico resultan claves para lograr el resultado deseado en la salud de los pacientes.

- Minimización de reacciones adversas y toxicidad

- La evitación costes por consultas de urgencias y hospitalización

- Disminución de consultas médicas.

- La facilidad y mejora de la relación con el paciente, lo que contribuye a mejorar la adherencia y persistencia a su tratamiento.

Siendo esto importante, creo que resulta imprescindible continuar desarrollando acciones aún más decisivas para la definitiva extensión de la Atención Farmacéutica en el conjunto del sistema sanitario.

Para ello es clave, la realización de investigaciones en esta materia tiene que continuar su ritmo incremental, tanto en términos cuantitativos como en términos relativos a su calidad y rigor científico.

Otra de las actuaciones necesarias es impulsar la creación de un marco legislativo estatal con el fin de establecer un sistema homogéneo, para conseguir que la atención farmacéutica en hospitales, centros sociosanitarios y penitenciarios cuente con los mismos requisitos y la misma implantación, de forma que se asegure la misma atención farmacéutica a toda la población.

Por último, es importante fomentar el desarrollo de formas de comunicación efectivas entre los distintos profesionales sanitarios con el objetivo de mejorar la calidad y efectividad en la asistencia a los pacientes. La comunicación entre los distintos agentes que intervienen en el proceso de resolución de problemas de salud de un determinado paciente contribuiría a que cada uno de aporte sus conocimientos para buscar la mejor alternativa terapéutica para la mejora del paciente.

.

1. BIBLIOGRAFÍA

OBRAS Y ARTÍCULOS

* Amariles Muñoz, Pedro; Faus Dáder, María José; Martinez-Martinez, Fernando. 2007. “Atención Farmacéutica conceptos, procesos y casos prácticos”, Ed.Ergon
* Fernández-Llimós, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con los medicamentos: resultados como el centro de un nuevo paradigma. Seguim Farmacoter 2005;
* Amariles Muñoz, Pedro; Araujo Santos, Jose María; Azpilicueta Cengotitabengoa, Ines; García Corpas, Jose Pedro. 2007: ”Guía de seguimiento farmacoterapéutico y educación sanitaria en el paciente de edad avanzada”
* Bel Prieto, Elvira; Borrás Baseda, Ramón, 2008 “los servicios de farmacia hospitalaria” revista Offarm Vol 27 nº 2
* Guía para la elaboración de la memoria del Servicio de Farmacia de Hospital. Recomendaciones de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Madrid, marzo de 2002
* Álvarez, Jorge. 2002 “Farmacéuticos de Atención Primaria, una figura cada vez más extendida”, Revista española de Economía de la Salud
* Grupo de Expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001
* Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociadosa la Medicación (RNM). Ars Pharm 2007;
* Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Guía del Método Dáder para el Seguimiento Farmacoterapéutico 2007. Disponible en http://www.ugr.es/%7Ects131/esp/guias/GUIAS.HTM.

LEGISLACIÓN

* Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
* Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
* Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia
* Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
* Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.
* Real Decreto 870/2013, de 8 de noviembre, por el que se regula la venta a distancia al público, a través de sitios web, de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica
* Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011.
* Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
* Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica de Navarra.
* Ley del Principado de Asturias 1/2007, de 16 de marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica.
* Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura.
* Ley 4/2005, de 13 de julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias.
* Ley de Cantabria 7/2001, de 19 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria.
* Ley 6/1998, de 22 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana.
* Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de ordenación farmacéutica de Cataluña.
* Ley 5/2005, de 27-06-2005, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.
* Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León.
* Ley 5/1999, de 21 mayo, de ordenación farmacéutica de Galicia.
* Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía
* Ley 4/1999, de 25 de marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón
* Ley 8/1998, de 16 de junio, de ordenación farmacéutica de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
* Ley 7/1998, de 12 de noviembre, de Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares.
* Ley 3/1997, de 28 de mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia.
* Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
* Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.
* Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.
* Propuesta técnica de desarrollo del acuerdo suscrito entre el ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad y el consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos

PAGINAS WEB

* Organización farmacéutica colegial: la oficina de farmacia en España http://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacionfcolegial/profesionfarma/Paginas/colegiaciondatestadisticos.aspx consultado 23/9/2014
* Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013

[http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE\_2013.pdf consultado 19/9/2014](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf%20consultado%2019/9/2014)

* Organización farmacéutica colegial: Estudio Azuaga consultado 26/9/2014

http://www.portalfarma.com/profesionales/investigacionfarmacia/estudioazuaga/Paginas/Estudio-Azuaga.aspx

* Organización farmacéutica colegial: Programa ADIERETE http://www.portalfarma.com/profesionales/investigacionfarmacia/adhierete/Paginas/Programa-Adhierete.aspx consultado 26/9/2014
* Prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios. Análisis de situación y propuesta CRONOS-SEFH

 http://www.sefh.es/sefhpdfs/dossier\_CRONOS\_2013.pdf consultado 20/9/2014

* BioFarma Flash Track. Newsletter 3: Impacto económico de la no adherencia en los costes farmacéuticos http://www.antares-consulting.com/es\_ES/main/detallepublicacion/Publicacion/79/apartado/B/idUnidad/1 Consultado 26/9/2014
* Organización farmacéutica colegial: Programa conSIGUE

http://www.portalfarma.com/profesionales/investigacionfarmacia/consigue/Paginas/Programa-conSIGUE.aspx consultado 26/9/2014

* Desarrollo de la práctica farmacéutica centrada en la atención del paciente <http://www.aefasocial.org/descargas/areas/cientifica/DevelopingPharmacyPracticeES.pdf> consultado 15/9/2014
1. <http://www.aefasocial.org/descargas/areas/cientifica/DevelopingPharmacyPracticeES.pdf> [↑](#footnote-ref-1)
2. Consenso sobre atención farmacéutica. 2001 [↑](#footnote-ref-2)
3. Amariles Muñoz, Pedro; y otros 2007. “Atención Farmacéutica conceptos, procesos y casos prácticos” [↑](#footnote-ref-3)
4. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. [↑](#footnote-ref-4)
5. Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapeutico 3ª edición, 2007 [↑](#footnote-ref-5)
6. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma, Fernando FERNANDEZ-LLIMOS y otros. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005 [↑](#footnote-ref-6)
7. Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica: “actitud activa vs pasiva: asunción de responsabilidad profesional sobre el resultado del uso del medicamento en todos los actos de dispensación vs asunción de responsabilidad profesional en respuesta a un requerimiento concreto.” [↑](#footnote-ref-7)
8. Véase Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos [↑](#footnote-ref-8)
9. Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. [↑](#footnote-ref-9)
10. Véase *Consenso sobre Atención Farmacéutica 2001* [↑](#footnote-ref-10)
11. Véase Amariles Muñoz, Pedro; y otros 2007. “Atención Farmacéutica conceptos, procesos y casos prácticos” [↑](#footnote-ref-11)
12. Oficinas de farmacia. [↑](#footnote-ref-12)
13. Logotipo común de la Unión Europea, deberá contener en el recuadro situado a su izquierda la bandera del Estado Miembro en la que se encuentre la oficina de farmacia. [↑](#footnote-ref-13)
14. Número 1 del artículo 84 redactado por el número cinco del artículo 1 del R.D.-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011 («B.O.E.» 20 agosto).Vigencia: 20 agosto 2011 [↑](#footnote-ref-14)
15. Grupo de debate en torno al futuro de la Atención Farmacéutica con el propósito de establecer los medios y estrategias para su difusión y desarrollo. Formado por las siguientes entidades: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, la Academia Nacional de Farmacia, la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, la Fundación Pharmaceutical Care y Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada [↑](#footnote-ref-15)
16. Fuente: Pagina web FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA <http://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/planestrategico/metodologia/seguimientofarma/Paginas/seguimientofarmacoterapeutico.aspx> [↑](#footnote-ref-16)
17. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios [↑](#footnote-ref-17)
18. Número 3 del artículo 53 redactado por el apartado veinte del artículo único de la Ley 10/2013, de 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios («B.O.E.» 25 julio).Vigencia: 26 julio 2013 [↑](#footnote-ref-18)
19. Número 4 del artículo 53 redactado por el apartado veinte del artículo único de la Ley 10/2013, de 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios («B.O.E.» 25 julio).Vigencia: 26 julio 2013 [↑](#footnote-ref-19)
20. Real Decreto 577/2013 de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano [↑](#footnote-ref-20)
21. Fallo no intencionado en el proceso de prescripción, dispensación o administración de un medicamento bajo el control del profesional sanitario o del ciudadano que consume el medicamento. Los errores de medicación que ocasionen un daño en el paciente se consideran reacciones adversas, excepto aquellos derivados del fallo terapéutico por omisión de un tratamiento. Artículo 2.7 Real Decreto 577/2013 [↑](#footnote-ref-21)
22. Formulario para la notificación de sospechas de reacciones adversas. Su formato puede ser en papel o electrónico. Artículo 2.10 RD 577/2013 [↑](#footnote-ref-22)
23. Método de farmacovigilancia basado en la comunicación, recogida, registro y evaluación de notificaciones de sospechas de reacciones adversas a los medicamentos. [↑](#footnote-ref-23)
24. Conjunto de normas y recomendaciones elaboradas por el Comité Técnico del Sistema Español de Farmacovigilancia, teniendo en cuenta las directrices europeas sobre buenas prácticas en materia de farmacovigilancia, destinadas a garantizar:

a) La autenticidad y la calidad de los datos de sospechas de reacciones adversas

recogidos por el Sistema Español de Farmacovigilancia.

b) La confidencialidad de las informaciones relativas a la identidad de los pacientes

y profesionales sanitarios.

c) El uso de criterios homogéneos en la gestión de la información recogida a través

del programa de notificación espontánea. [↑](#footnote-ref-24)
25. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico y Educación Sanitaria en el paciente de edad avanzada, 2007 [↑](#footnote-ref-25)
26. <http://www.antaresconsulting.com/es_ES/main/detallepublicacion/Publicacion/79/apartado/B/idUnidad/1> [↑](#footnote-ref-26)
27. <http://www.portalfarma.com/profesionales/investigacionfarmacia/estudioazuaga/Paginas/Estudio-Azuaga.aspx> [↑](#footnote-ref-27)
28. <http://www.portalfarma.com/profesionales/investigacionfarmacia/adhierete/Paginas/Programa-Adhierete.aspx> [↑](#footnote-ref-28)
29. <http://www.portalfarma.com/profesionales/investigacionfarmacia/consigue/Paginas/Programa-conSIGUE.aspx> [↑](#footnote-ref-29)
30. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar

la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y

seguridad de sus prestaciones. [↑](#footnote-ref-30)
31. Artículo 37.4 Ley de Cantabria 7/2001, de 19 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria. [↑](#footnote-ref-31)
32. Castilla y León, La Rioja, Murcia, Islas Baleares, Navarra, Extremadura, Comunidad Valenciana [↑](#footnote-ref-32)
33. .Guía para la elaboración de la memoria del Servicio de Farmacia de Hospital. Recomendaciones de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Madrid, marzo de 2002 [↑](#footnote-ref-33)
34. Artículo febrero 2008 de la revista Offarm “titulado los servicios de farmacia hospitalaria <http://zl.elsevier.es/es/revista/offarm-4/servicios-farmacia-hospitalaria-13116053-ambito_farmaceuticoventana-juridica-2008> [↑](#footnote-ref-34)
35. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. [↑](#footnote-ref-35)
36. Prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios. Análisis de la situación y propuesta CRONOS-SEFH [↑](#footnote-ref-36)
37. El concepto de asistencia social viene definido en el artículo 55 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Socia,l que establece: *La Seguridad Social, con cargo a los fondos que a tal efecto se determinen, podrá dispensar a las personas incluidas en su campo de aplicación y a los familiares o asimilados que de ellas dependan los servicios y auxilios económicos que, en atención a estados y situaciones de necesidad, se consideren precisos, previa demostración, salvo en casos de urgencia, de que el interesado carece de los recursos indispensables para hacer frente a tales estados o situaciones.* [↑](#footnote-ref-37)