

Respuesta a un “análisis” crítico sobre la atención farmacéutica

Los medicamentos son la forma terapéutica más utilizada hoy en día. Cuando a un paciente se le prescribe un medicamento para tratar un problema de salud, el objetivo final es conseguir el resultado terapéutico óptimo. Cuando esto no se logra, nos encontramos ante un problema, que algunos autores han definido como relacionado con el medicamento¹. Estos problemas pueden ser diversos, pero convencionalmente han sido divididos en problemas de indicación (el paciente requiere o no un determinado medicamento), problemas de efectividad y problemas de seguridad².

Los problemas más estudiados han sido los relativos a la seguridad. Un estudio cita un aumento de 2,57 veces las muertes debidas a errores de medicación (utilizando el mismo término que los autores, *medication-error*) en el período 1983-1993³. Otro estudio llevado a cabo en un hospital encontró un 6,7% de reacciones adversas⁴ y en otro los episodios adversos daban lugar al 3,7% de admisiones hospitalarias⁵. Siempre podríamos alegar que cualquier técnica o tecnología, incluidos los medicamentos, tienen riesgos, pero es que la mitad de esos ingresos fueron catalogados como prevenibles⁵, por lo que es rechazable la opinión de Costas Lombardía en su artículo⁶ de que estos problemas son consecuencia lógica de la utilización de medicamentos. Es más, el 13,6% de dichos episodios llevaron a la muerte de los pacientes⁵. La estimación es que unos 120.000 estadounidenses mueren cada año como resultado de problemas prevenibles en el ámbito hospitalario. El coste de estos problemas se estimó en casi 4.700 dólares por cada episodio prevenible⁷.

Pero, como bien comentaba un editorial de la revista *British Medical Journal*⁸, no es bueno que se diga que estos episodios son errores médicos y que echemos la culpa a los prescriptores. Porque con esto no se arregla nada, sino más bien al contrario, se tiende a esconder o a estar a la defensiva. Lo que estos autores recomendaban es que si se quiere una sanidad más segura, se tiene que diseñar sistemas sanitarios más seguros. Y este llamamiento lo realizaban desde una visión multidisciplinaria y subtitulaban su editorial: “es tiempo de tomarnos este problema más seriamente”. También el estudio de Phillips³ recomendaba realizar cambios en el sistema sanitario incrementando la vigilancia en la administración y monitorización de los medicamentos, especialmente en los pacientes ambulatorios.

En 1998, un grupo llevó a cabo un metaanálisis de reacciones adversas sobre datos de pacientes hospitalizados⁹

y obtuvo unos datos muy parecidos a los de Bates⁴. Así, la incidencia de reacciones adversas graves fue del 6,7%, siendo fatales un 0,32%. Realizó una estimación con la población del año 1994 y concluyó que unos 106.000 pacientes estadounidenses hospitalizados morían por reacciones adversas a medicamentos; como causa de mortalidad general éstas se encontrarían entre la cuarta y la sexta causas.

La morbilidad y la mortalidad debidas a problemas prevenibles relacionados con la medicación representa un serio problema médico que requeriría urgentemente nuestra atención, como lo expresaron Johnson y Bootman en 1995, en un artículo publicado en la prestigiosa revista *Archives of Internal Medicine*¹⁰. Con un modelo de probabilidad estimaron lo que podría ser el coste de dichos problemas. Así, calcularon que la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el uso de los medicamentos en pacientes ambulatorios podrían situarse en un rango de 30.100 a 136.800 millones de dólares, con una media de 76.600 millones de dólares. Lo grave es que una proporción alta de estos problemas son prevenibles¹.

En cuanto a las residencias geriátricas, se ha estimado que por cada dólar gastado en medicamentos, son necesarios 1,33 dólares para el tratamiento de los problemas relacionados con los medicamentos¹¹.

Retomando el mismo árbol de decisiones de Johnson, en 1995, otros autores estimaron el coste de dichos problemas para el año 2000 en 177.400 millones de dólares, lo que significa que desde el año 1995 se han duplicado los costes estimados¹².

En un informe reciente del Instituto de Medicina, de EE.UU., se decía que los problemas relacionados con la medicación eran de gran importancia en la seguridad del paciente, especialmente en los hospitales¹³.

En España también hay una cierta preocupación por los problemas relacionados con los medicamentos¹⁴. Lo fundamental es admitir que el problema existe y no intentar ignorarlo, en contra de la visión fatalista de Costas Lombardía⁶, quien parece sugerir que toda tecnología lleva emparejada errores y que hay que asumírselos, lo que impide identificar y resolver los problemas. Triquell¹⁴ propone cambiar la mentalidad de los profesionales que intervienen con medicamentos, rediseñar el proceso farmacoterapéutico, asignar papeles específicos a cada profesional que interviene en el proceso, y desarrollar un trabajo interdisciplinario que provoque la toma de decisiones en equipo.

¿Puede la atención farmacéutica provocar un cambio de rumbo en lo que se ha denominado episodios adversos de la farmacoterapia? La respuesta, según los estudios publicados hasta ahora no lo aclaran del todo, aunque existen autores que opinan que desde luego disminuirían en una gran proporción¹⁰. Además, la participación del farmacéutico mediante la atención farmacéutica es mucho más ren-

table, social, sanitaria y económicamente, que sólo la dispensación^{15,16}.

Pero ¿qué entendemos como atención farmacéutica o seguimiento de la farmacoterapia de los pacientes? En general, es asegurarse de que los medicamentos que toma el paciente estén bien indicados, sean efectivos y seguros. Para ello, la función principal del profesional que realiza atención farmacéutica es identificar, prevenir y resolver —con la ayuda del paciente, del médico y de otros profesionales— los problemas relacionados con los medicamentos. Esto no quiere decir que la atención farmacéutica sea una actividad exclusiva del farmacéutico; otros profesionales la podrían realizar, pero los farmacéuticos están muy bien situados para llevarla a cabo, pues es una actividad que se enmarca dentro del área de la farmacia (farmacoterapia) y la dispensación ubica al farmacéutico como el último profesional que ve el paciente antes de administrarse el medicamento, y parece evidente que hoy es un profesional infrautilizado, que busca la manera de “reprofesionalizarse” coordinando su actividad con la del resto de profesionales sanitarios¹⁷. El farmacéutico en la Oficina de Farmacia ya tiene actividad clínica, pues trabaja con pacientes, lo que no destaca Costas Lombardía⁶.

Para la mayoría de los tratamientos con terapia farmacológica, el diagnóstico y la prescripción son responsabilidad del médico. El farmacéutico, según su formación y conocimientos (que parece ignorar Costas Lombardía), puede contribuir mucho al seguimiento a corto plazo de los resultados de la farmacoterapia¹⁸. La atención farmacéutica sería, pues, el puente necesario para el trabajo interdisciplinario en lo relativo a la farmacoterapia del paciente, y no duplica ningún servicio existente actualmente.

Realizar historias farmacoterapéuticas (medicamentos dispensados, dosis, problemas de salud, alergias a medicamentos, reacciones adversas) por parte de los farmacéuticos comunitarios es fundamental y obligado si se quiere realizar correctamente el seguimiento farmacoterapéutico. En la atención farmacéutica, el farmacéutico siempre tiene que pedir consentimiento al paciente. No existe, por tanto, un problema de confidencialidad o abuso, como sugiere Costas Lombardía⁶.

No se puede pretender que en los apenas 10 años transcurridos, desde que surgió el concepto de atención farmacéutica, se haya desarrollado totalmente, máxime cuando ello implica un cambio radical en la orientación profesional de los farmacéuticos: pasar de centrar su trabajo en el medicamento a trabajar directamente con el paciente en cuanto a su farmacoterapia¹⁸.

Este cambio no sólo se está produciendo en España, sino que es un movimiento a escala internacional. Los farmacéuticos de todo el mundo han abrazado la atención farmacéutica como objetivo futuro de la profesión.

Poco a poco van publicándose estudios que demuestran el valor de las intervenciones de los farmacéuticos^{19,20}. En algunos casos, ante determinados problemas de salud, como el asma, las intervenciones de los farmacéuticos consiguen disminuir los costes totales del sistema sanitario para estos pacientes²¹⁻²³. En otros estudios se consigue dis-

minuir las hospitalizaciones por empeoramiento de la enfermedad²⁴⁻²⁶. También se han obtenido éxitos en la insuficiencia cardíaca congestiva²⁷ y en las unidades de vigilancia intensiva con la introducción en el equipo sanitario de un farmacéutico, al reducir las reacciones adversas y los costes²⁸. El ahorro conseguido con las intervenciones compensa los costes de personal para conseguirlo.

En otro estudio, los farmacéuticos comunitarios consiguieron identificar y resolver problemas relacionados con los medicamentos en aproximadamente el 2% de las prescripciones nuevas; un 28% de estos problemas se valoraron como posibles causantes de daños al paciente si el farmacéutico no hubiera intervenido²⁹. Además, una gran mayoría de las intervenciones de los farmacéuticos son aceptadas por los médicos^{20,28,30,31}. Incluso el sexto informe del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VI) anima a que los farmacéuticos deberían monitorizar a los pacientes hipertensos para mejorar el uso de los medicamentos, dar información sobre reacciones adversas y evitar interacciones³².

Cuando se compara directamente el seguimiento de pacientes anticoagulados entre el farmacéutico y el médico general, se llega a la conclusión de que no se observan diferencias entre ambos³³.

No todo es éxitos. Así, en diversos trabajos no se llega a demostrar que las intervenciones de los farmacéuticos tengan una incidencia clara y estadísticamente significativa en la calidad de vida de los pacientes utilizando el cuestionario validado SF-36^{34,35}. Se han dado diversas causas de ello, como la necesidad de encuestas de calidad de vida más específicas y dirigir los estudios hacia la valoración de resultados más específicos sobre los medicamentos, o la reducción de reacciones adversas a medicamentos³⁶.

En una revisión sobre los diversos estudios realizados respecto a la intervención del farmacéutico, también se llegó a la conclusión de que los estudios necesitaban mejorar su metodología y se recomendaba utilizar ensayos clínicos aleatorizados para que los datos así obtenidos tuvieran una mayor validez interna y externa³⁷.

Una reciente revisión de la base de datos Cochrane³⁸, sobre el efecto de la ampliación del papel del farmacéutico en los resultados económicos del sistema sanitario y en los pacientes, llega a la conclusión de que las intervenciones de los farmacéuticos podrían mejorar el cumplimiento, la educación a los pacientes y el asesoramiento al médico en la mejora de la prescripción, lo que pone en duda, sin proporcionar datos, Costas Lombardía³⁹. Es cierto que hay dificultades para extrapolar los resultados comentados, ya que las intervenciones se definen pobremente, al igual que las evaluaciones económicas y los resultados en los pacientes. Se necesitan, pues, investigaciones más rigurosas para documentar la influencia de los farmacéuticos en los pacientes ambulatorios³⁸.

Hay que seguir investigando y profundizando en las intervenciones del farmacéutico, porque no quedan despejadas las dudas. Esto es lo que nos sugieren las publicaciones científicas. Por el contrario, Costas Lombardía propo-

ne que se acepte como única solución para el comprobado mal uso de medicamentos en nuestra sociedad "...la mejora de los textos en las etiquetas de los envases", lo cual parece científicamente insuficiente. Un trabajo titulado "Análisis crítico de la atención farmacéutica"⁶ debería tener mayor rigor científico, pero es un texto de opiniones personales sesgadas y falto de rigor y elegancia. De las 13 referencias bibliográficas, al menos cuatro no han sido leídas directamente por el autor, sino que han sido citadas a partir de otras referencias, lo que sirve de indicador respecto a la profundidad del análisis.

En definitiva, este trabajo, así como otro publicado en el mismo año³⁹ (2000), en el que se copian literalmente párrafos enteros del primero, y una entrevista que realizan a este autor en otra revista (en 2001)⁴⁰ dan la sensación de haber padecido agravios, y actuar irreflexivamente.

Por último, Costas Lombardía debería firmar sus artículos con el cargo actual que ocupa y no con el de vicepresidente de una comisión, que hace ya muchos años que no existe.

A. BARBERO Y F. ÁLVAREZ DE TOLEDO
Farmacéuticos Comunitarios. Miembros de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC).
Miembros de la Red Española de Atención Primaria (REAP). Madrid.

Correspondencia: Dr. A. Barbero.
Pº Extremadura, 170. 28011 Madrid.
Correo electrónico: a.barbero@wanadoo.es

BIBLIOGRAFÍA

- Strand LM, Cipolle R, Morley PC. Drug-related problems: their structure and function. *Drug Intell Clin Pharm* 1990;24:1093-7.
- Panel de consenso ad hoc. Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con medicamentos. *Pharm Care Esp* 1999;1:107-12.
- Phillips DP, Christenfeld N, Glynn LM. Increase in US medication-error deaths between 1983-1993. *The Lancet* 1998;351:643-4.
- Bates DW, Cullen D, Laird N, Petersen L, Small S, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *JAMA* 1995;274:29-34.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Herbert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
- Costas Lombardía E. Análisis crítico de la atención farmacéutica. *Medicina General* 2000;25:591-8.
- Bates D, Spell N, Cullen D, Burdick E, Leape L. Costs of adverse drug events in hospitalized patients. *JAMA* 1997;277:307-11.
- Berwick DM, Leape LL. Reducing errors in medicine. It's time to take this more seriously. *BMJ* 1999;319:136-7.
- Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients. *JAMA* 1998;279:1200-5.
- Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality. A cost of illness model. *Arch Intern Med* 1995;155:1949-56.
- Bootman JL, Harrison DL, Cox E. The health care cost of drug-related morbidity and mortality in nursing facilities. *Arch Intern Med* 1997;157:2089-96.
- Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost of illness model. *J Am Pharm Assoc* 2001;41:192-9.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 1999.
- Triquell L. Gestión Preventiva de errores de medicación. *Diariomédico.com* [consultado 18/07/2001].
- Schumock GT. Methods to assess the economic outcomes of clinical pharmacy services. *Pharmacotherapy* 2000;20:243S-52S.
- McMullin ST, Hennenfent JA, Ritchie DJ, Huey WY, Loneragan TP, Schaiff RA, et al. A prospective, randomized trial to assess the cost impact of pharmacist-initiated interventions. *Arch Intern Med* 1999;159:2306-9.
- Stevenson FA. Concordance: what is the relevance for pharmacists? *Int J Pharm Pract* 2001;9:67-70.
- Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990;47:533-43.
- Kassam R, Farris KB, Burbach L, Volume CI, Cox CE, Cave A. Pharmaceutical care research and education project: pharmacists' interventions. *J Am Pharm Assoc* 2001;41:401-10.
- Blakey SA, Hixson-Wallace JA. Clinical and economic effects of pharmacy services in a geriatric ambulatory clinic. *Pharmacotherapy* 2000;20:1198-203.
- Munroe WP, Kunz, Dalmady-Israel C, Potter L, Schonfeld W. Economic Evaluation of pharmacist involvement in disease management in a community pharmacy setting. *Clin Ther* 1997;19:113-23.
- Herborg, H, Soendergaard B, Froekjaer B, Fonnesbaek L, Jorgessen T, Hepler Ch. D, et al. Improving drug therapy for patients with asthma (Part 1): patient outcomes. *J Am Pharm Assoc* 2001;41:539-50.
- Schulz M, Verheyen F, Muhlig S, et al. Pharmaceutical care services for asthma patients: a controlled intervention study. *J Clin Pharmacol* 2001;41:668-76.
- Kelso TM, Abou-Shala N, et al. Comprehensive long-term management program for asthma: effect on outcomes in adult african-americans. *Am J Med Sci* 1996;311:272-80.
- Pauley TR, Magee MJ, Cury JD. Pharmacist-managed physician-directed asthma management program reduces emergency department visits. *Ann Pharmacother* 1995;29:5-9.
- Bernsten C, Bjorkman I, Caramona M, et al. Improving the well-being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care: a multicentric study in seven European countries. *Drugs Aging* 2001;18:63-77.
- Gattis WA, Hasselblad V, Whellan DJ, O'Connor CM. Resolution in heart failure events by the addition of a clinical pharmacist to the heart failure management team: results of the Pharmacist in Heart Failure Assessment Recommendation and Monitoring (PHARM) Study. *Arch Intern Med* 1999;159:1939-45.
- Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD, Clapp MD, Burdick E, Demonaco HJ, et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA* 1999;282:267-70.
- Rupp MT, Deyoung M, Schondelmeyer SW. Prescribing problems and pharmacists interventions in community practice. *Med Care* 1992;30:926-40.
- Barbero JA. Detección de PRM en la farmacia comunitaria: usuarios registrados versus usuarios no registrados. *Pharm Care Esp* 2001;3:204-15.
- Durán I, Martínez Romero F, Faus MJ. Problemas relacionados con medicamentos resueltos en una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 1999;1:11-9.
- Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* 1997;157:2413-46.
- Holden J, Holden K. Comparative effectiveness of general practitioner versus pharmacist dosing of patients requiring anticoagulation in the community. *J Clin Pharm Ther* 2000;25:49-54.
- Volume CI, Farris KB, Kassam R, Cox CE, Cave A. Pharmaceutical care research and education project: patient outcomes. *J Am Pharm Assoc* 2001;41:411-20.
- Malone DC, Carter BL, Billups SJ, Valuck RJ, Barnette DJ, Sintek CD, et al. Can clinical pharmacists affect SF-36 scores in veterans at high risk for medication-related problems? *Med Care* 2001;39:113-22.
- Hanlon JT, Artz MB. Drug-related problems and pharmaceutical care. What are they, do they matter, and what's next? *Med Care* 2001;39:109-12.
- Singhal PK, Raisch DW, Gupchup GV. The impact of pharmaceutical services in community and ambulatory care settings: evidence and recommendations for future research. *Ann Pharmacother* 1991;33:1336-55.
- Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs, and patient outcomes (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

39. Costas Lombardía E. Mitos en la prescripción farmacéutica. *Semer-gen* 2000;26:119-20.
40. AGR. La atención farmacéutica es un disparate de incalculables consecuencias. Entrevista a Enrique Costas Lombardía. *Madrid Médico* 2001;45:6-10.

Valoración de la atención farmacéutica: réplica a una respuesta a su análisis crítico

Mi artículo "Análisis crítico de la atención farmacéutica" apareció en la revista *Medicina General*, n.º 25, de junio de 2000; ahora, más de un año después, la respuesta de Antonio Barbero González y Flor Álvarez de Toledo Saavedra se publica en otra revista dirigida a grupos de médicos distintos de los que reciben *Medicina General* y que seguramente no han leído lo que yo escribí. Así, fuera de su lugar y de su momento, el debate se sitúa en un ámbito desinformado, de lectores que, sin conocer el punto de partida de la discusión, difícilmente podrán enjuiciar ni aun entender los argumentos que cada parte expone. Por eso me parece indispensable prologar mi réplica con un resumen del artículo (no me atrevo a pedir al director de *SEMERGEN* que lo publique íntegro como sería justo y adecuado) que pueda siquiera iniciar en el asunto a los lectores y servirles de elemental término de referencia. Después contestaré a Barbero y a Álvarez de Toledo.

Resumen de mi artículo

Concepto de atención farmacéutica

Ha sido creado hace 13 años por dos profesores americanos y todavía permanece en el estado gaseoso de teoría académica. Ningún país del mundo lo aplica. Pretende añadir funciones clínicas a la farmacia. Postula que el seguimiento por el farmacéutico de los pacientes tratados con medicamentos –o sea, todos– permitiría detectar, corregir y reducir los errores que el médico y el enfermo pueden cometer al prescribir o tomar fármacos. La práctica de la atención farmacéutica establecería, pues, una inédita relación farmacéutico-enfermo, en la que el farmacéutico, erigido en "técnico del medicamento", ordenaría análisis, pruebas y consultas clínicas que serían registrados en una "historia farmacoterapéutica" del paciente (seudónimo de historia clínica) archivada en la farmacia o en bases de datos. Al médico le seguiría correspondiendo el diagnóstico y la prescripción, pero el farmacéutico vigilaría en el enfermo, con la autonomía profesional de un supervisor, todo el curso del tratamiento farmacológico, desde la pertinencia del medicamento recetado por el médico hasta la puntualidad en las tomas por el paciente. Si fuera necesario relacionarse con el médico, lo haría "siempre a través del paciente de forma oral o escrita"¹.

A primera vista, el procedimiento ofrece cooperación en los cuidados y beneficios sanitarios y económicos derivados de la disminución de los errores en la farmacoterapia, pero enseguida se percibe su condición de artificio irresponsable formado con intereses gremialistas y despropósitos, como los siguientes:

Absurdo control externo

Los errores son consustanciales a la naturaleza humana y, claro, debe fomentarse la disposición a evitarlos y corregirlos. Pero encomendar para eso el control de la actividad de un profesional (en este caso, la prescripción del médico) a otro con formación, título y ocupación distintos del que la cumple y soporta la responsabilidad, es un absurdo alarmante. Produciría una trama de injerencias, celos y conflictos entre profesiones que rompería la ordenación del trabajo en la sociedad, con perjuicios más graves que los causados por el error. En la asistencia sanitaria, además, ese control externo del farmacéutico arrastraría, con idéntica sinrazón, otras posibles supervisiones similares; por ejemplo, la del licenciado en física en los enfermos sometidos a radioterapia o rayos láser, o del protésico dental en los portadores de dentadura postiza, o del biólogo en los niños que se vacunan, etc.

Coste financiero insostenible

La disminución de los errores reduciría, claro, el gasto sanitario que ahora causan. Pero esto no permite suponer y menos afirmar que el ejercicio de la atención farmacéutica proporcionaría a la sociedad beneficios económicos. Para eso sería preciso que el ahorro procurado fuese superior a los costes de aplicar el procedimiento, y tal ventaja no ha sido demostrada. Al contrario, una simple apreciación de los gastos de personal pronostica que los cálculos serán muy desfavorables: no hay trabajo gratuito, y antes o después, de una forma u otra, los farmacéuticos exigirían la remuneración de su pretendida labor clínica; más trabajadores (20.000 nada menos) encarecerían la sanidad pública en una proporción seguramente asfixiante.

Vicia la raíz de la asistencia

La atención farmacéutica interpone entre el médico y el paciente una pantalla de sospechas y aprensiones: si el médico admite las advertencias del farmacéutico al enfermo (la relación con el médico será "siempre a través del paciente", como ya indiqué; de modo que el paciente será también lanzadera o correveidile entre los dos cuidadores que operarían en un plano de igualdad), el enfermo puede desconfiar de la competencia técnica o del trato profesional de un médico que desconocía o no había previsto problemas con los fármacos y sólo a instancias ajenas corrige el tratamiento inicial; y si no las acepta, el paciente puede dudar de la conveniencia de unas prescripciones cuya corrección el farmacéutico propone. La desconfianza o la incertidumbre, una de las dos, sería inevitable y quebrantaría la relación médico/enfermo, raíz de la asistencia.

Irracional e ineficiente

La atención farmacéutica no es el único medio de rebajar los errores en la medicación. El médico está en situación de hacerlo de modo mucho más eficaz, barato, sencillo y, sobre todo, integrado en su quehacer profesional: sólo él puede prevenirlos al prescribir, y puede también descubrirlos y repararlos en los controles habituales del enfermo que forman parte de la rutina clínica. Inventar una consulta farmacéutica perturbadora de la asistencia y muy cara no es, desde luego, la respuesta razonable y eficiente.

Ataque a la libertad y la dignidad de las personas

La práctica de la atención farmacéutica en España supondría la elaboración, en el transcurso de muy pocos años, de decenas de millones de historias clínicas vestidas de historias farmacoterapéuticas (40 millones quizá: casi todos los ciudadanos tomarán alguna vez un medicamento) que estarían depositadas en las 20.000 farmacias o en bases de datos. Cifras enormes que, además de anunciar gastos exorbitantes de instalación y funcionamiento (a sumar a los ya muy altos de personal que antes comenté), avisan de la gravedad del peligro que, en tal diseminación de documentos médicos reservados, correría la confidencialidad y con ella la libertad y la dignidad de las personas.

Ilegalidad

La Ley General de Sanidad, ley orgánica, dispone en su artículo 61: "En cada Área de Salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínica-sanitaria única por cada uno deberá mantenerse, al menos dentro de los límites de cada institución asistencial". Aparte de que la farmacia no es una institución asistencial, sino un establecimiento sanitario que la Ley General de Sanidad no reconoce como posible depositario de historias clínicas (y es obvio que disfrazarlas de historias farmacoterapéuticas no basta para regatear la Ley), la dispersión en las farmacias o en sus bases de datos de tales documentos incumpliría de modo manifiesto el precepto legal de "máxima integración".

¿Intrusismo?

Sólo el médico puede establecer con el enfermo una relación curativa. La sociedad le ha facultado para ello tras exigirle 6 años de estudios y un adiestramiento clínico a la cabecera del enfermo durante toda la carrera, extendido para los especialistas 4 o 5 años más. La atención farmacéutica, sin embargo, se atreve a poner al enfermo tratado con medicamentos en manos de un profesional que ni por su formación de pregrado ni por su título facultativo está capacitado para observarlo y menos, examinarlo. ¿La toma de un medicamento puede autorizar que un lego en medicina supervise al enfermo?

Réplica a Barbero y Álvarez de Toledo

1. "...Por lo que es rechazable –dicen los autores de la respuesta– la opinión de Costas Lombardía en su artículo de

que estos problemas (debidos a errores en la medicación) son consecuencia lógica de la utilización de medicamentos."

Falso. ¿Dónde se dice tal cosa o parecida en mi artículo?

2. "La estimación es que unos 120.000 estadounidenses mueren cada año como resultado de problemas prevenibles a nivel hospitalario, escriben Barbero y Álvarez de Toledo; y en otro párrafo posterior: Con un modelo de probabilidad estimaron (Johnson y Bootman) en 1995, el coste de dichos problemas (en el ambulatorio)... podría situarse en un rango de 30.000 a 136.000 millones de dólares, con una media de 76.000 millones de dólares (...) otros autores estimaron (en el año 2000) 177.400 millones de dólares."

Con cifras estimadas, los autores de la respuesta pintan un cuadro sanitario y económico alarmante. En realidad, no es para tanto. Barbero y Álvarez de Toledo ignoran u omiten varios hechos que desacreditan sus números:

– La irremediable naturaleza incierta de los datos básicos. "El tratamiento médico se destina obviamente a los que están enfermos –dice el Dr. Robin Esmond Ferner², director del West Midlands Centre for Adverse Drug Reaction Reporting City Hospital, Birmingham– y a menudo es difícil o imposible discernir si un efecto adverso es consecuencia del desarrollo de la enfermedad por la que son tratados o del tratamiento (medicamentoso)..." La United States General Accounting Office, en un muy claro análisis, advierte que "la magnitud del riesgo para la salud es incierta a causa de las limitaciones de los datos de incidencia". Datos básicos que aquí son dudosos por naturaleza y hacen imposible el debido rigor de los cálculos.

– Fallos metodológicos. Además de la flaqueza intrínseca de los datos, y quizá por eso, gran parte de los estudios publicados sobre atención farmacéutica adolecen de graves e invalidantes defectos de método. Varios revisores encuentran³ análisis de costes mal hechos (en el 68% de los trabajos), mala interpretación de coste/efectividad como coste/ahorro (en el 55%), falta de grupo control (en el 41%), inadecuado tamaño de la muestra, insuficiente duración del estudio, etc.; hay, incluso, no pocos errores en la definición de atención farmacéutica.

– La indiferencia de los financiadores. En 2000, el gasto en medicamentos de prescripción en Estados Unidos ascendió aproximadamente a 116.900 millones de dólares⁴ y el coste estimado de la morbilidad y la mortalidad causadas por errores en la medicación en el mismo año fue (cifra citada por los autores de la respuesta) de 177.400 millones de dólares, cantidad 1,5 veces superior al gasto directo en medicamentos y que eleva el coste total de la farmacoterapia a 294.3000 (116.900 más 177.400) millones de dólares, equivalentes a, nada menos, el 22,4% del gasto sanitario nacional (1,311 billones de dólares en 2000). Salvo una fracción del coste por mortalidad, los 177.400 millones gravarían el mercado

sanitario y la asistencia pública norteamericana, que, sin embargo, se muestran despreocupados y pasivos. ¿Puede aceptarse que esa cantidad sea cierta y fiable, y no una especulación teórica quizá interesada, cuando aquellos que deben pagarla (aseguradoras privadas, Health Maintenance Organizations, Pharmaceuticals Benefit Management, Veterans Health Administration, Medicaid, enfermos privados), siempre apurados por el afán de ganancias o la necesidad de eficiencia, no la sienten en sus delicados bolsillos, es decir, ni parecen inquietos, ni emprenden acción alguna para contenerla? Y si, en hipótesis, trasladamos a España la proporción americana de 1,5 veces el coste por errores/gasto farmacéutico, el absurdo de las estimaciones citadas por Barbero y Álvarez de Toledo se refleja de modo aún más patente: en 2000, nuestro gasto en medicamentos en farmacia fue de 1,119 billones de pesetas, por tanto, el coste producido por los errores en la medicación sería de 1,68 billones (1,119 por 1,5) y el total de la farmacoterapia de 2,8 billones (1,119 más 1,68), el 64,7% del gasto sanitario público (4,326 billones de pesetas). Ni siquiera se hubieran podido pagar los sueldos del personal asistencial que suponen alrededor del 55% del gasto sanitario. En fin, las cifras que alegan los autores de la respuesta no tienen otro apoyo que el aire.

3. “El farmacéutico en la oficina de farmacia –afirman Barbero y Álvarez de Toledo– ya tiene actividad clínica, pues trabaja con pacientes, lo que no destaca Costas Lombardía.”

No alcanzo a distinguir esa “actividad clínica” que la oficina de farmacia “ya tiene”. ¿Tomar un envase de la estantería, ponerlo sobre el mostrador, recortar el precio del estuche, recoger la receta, cobrar? Basta con estar un rato en cualquier farmacia de España para advertir que casi todos, o todos, los actos del farmacéutico son actos mercantiles sin actividad científica alguna y menos, clínica; puros actos de venta de productos dosificados, envasados, estuchados y cuyo uso es explicado en un prospecto adjunto aprobado por el Gobierno y previamente al enfermo por el médico que los prescribe. Incluso en ocasiones el comercio es de cosméticos, potitos, pañales, etc., y no de medicamentos. ¿Quizá la oficina de farmacia “trabaja con los pacientes” cuando recomienda al cliente una determinada especialidad publicitaria (generalmente de la marca que más beneficia a la farmacia), únicos fármacos que puede despachar por sí misma, sin la prescripción del médico, y que en más de medio mundo se encuentran en los supermercados de barrio?

4. “...Parece evidente –escriben los autores de la respuesta– que hoy es (el farmacéutico) un profesional infrautilizado que busca la manera de ‘reprofesionalizarse’ coordinando su actividad con la del resto de profesionales sanitarios.”

Para la función que puede desempeñar en la sociedad moderna, el farmacéutico no es un profesional infrautilizado, sino “hiperformado”. ¿Son necesarios los conocimientos adquiridos por el farmacéutico en sus años de Fa-

cultad para despachar (dispensar es un inútil eufemismo) medicamentos que, como antes he dicho, están completamente elaborados y de cuyo empleo nunca es responsable el farmacéutico, sino el médico o, en las especialidades publicitarias, el propio individuo que las compra, aun siendo analfabeto? ¿Qué podría suceder en la sociedad si, en las farmacias, fueran sustituidos los farmacéuticos por personas cuidadosas y de regular cultura? Es un hecho que diariamente funcionan en España sin mayores inconvenientes cientos o miles de farmacias atendidas por familiares del titular o por mancebos faltos de ilustración farmacéutica y no pocos, de enseñanza media. El farmacéutico se siente infrautilizado porque su formación es excesiva y en gran parte innecesaria en la era industrial. Lo racional y eficiente para la sociedad actual no es dar al farmacéutico un aprendizaje universitario amplio y caro que despilfarra recursos educativos y sólo conduce a frustraciones y pretensiones insolentes, como ésta de entrometerse en la clínica, sino rebajar su instrucción al nivel de utilidad social, o sea al del servicio real que hoy presta en la Oficina de Farmacia. Ajustarse a la realidad es la única forma de “reprofesionalizarse” con sensatez y consistencia.

5. “El farmacéutico, según su formación y conocimientos (que parece ignorar Costas Lombardía), puede contribuir mucho –aseguran Barbero y Álvarez de Toledo– al seguimiento a corto plazo de los resultados de la farmacoterapia.”

Es difícil ignorar que en la “formación y conocimientos” del farmacéutico no entran la anatomía, ni la patología, ni la fisiología, ni ninguna otra ciencia o arte clínico, salvo aquello que tangencialmente puede rozar la elaboración de remedios farmacéuticos. Así pues, su “formación y conocimientos” no le capacitan, ni le facultan ante la sociedad para acercarse a un enfermo. Sin embargo, cualquier médico recibe o sabe dónde leer información y estadísticas suficientes para conocer cualquier especialidad farmacéutica tan bien o mejor que el farmacéutico y, además, al prescribir, puede conocer el medicamento *en* el enfermo, conocimiento decisivo vedado al farmacéutico. La contribución del farmacéutico al seguimiento de la farmacoterapia necesariamente ha de ser precaria y, desde luego, muy inferior a la que puede hacer naturalmente el médico.

6. “En la atención farmacéutica, el farmacéutico siempre tiene que pedir consentimiento al paciente. No existe, por tanto, un problema de confidencialidad o abuso, como sugiere Costas Lombardía”, sostienen los autores de la respuesta.

Chocante deducción que confunde conceptos distintos: consentimiento y confidencialidad. La autorización del paciente puede ser –no siempre lo es– condición necesaria para confeccionar la historia clínica, pero insuficiente para legitimar el depósito y el uso por la farmacia de notas tan personales, aunque se disfrazen de historias farmacoterapéuticas. Es preciso que haya una norma legal que abone tal práctica y, como recuerdo en el resumen de mi artículo (en el apartado “ilegalidad”), la Ley General de Sanidad,

ley orgánica a la que han de subordinarse las gremialistas leyes de ordenación farmacéutica, prohíbe la dispersión de las historias clínicas y no reconoce a la farmacia como ámbito de custodia de tales documentos.

La confidencialidad nada tiene que ver con el consentimiento. Depende de las circunstancias del depositario y del tratamiento informático, fin y recorrido de los datos; y en una sociedad en que las historias clínicas circularan por las farmacias siguiendo las incontables compras diarias de medicamentos, tales datos inevitablemente se trivializarían, abriendo inquietantes perspectivas de agresión a la confidencialidad y, con ello, a la libertad y la dignidad de las personas.

7. “No se puede pretender”, amonestan Barbero y Álvarez de Toledo, “que en los apenas 10 años transcurridos desde que surgió el concepto de atención farmacéutica, se haya desarrollado totalmente, máxime cuando ello implica un cambio radical en la orientación profesional de los farmacéuticos...”

No es que no “se haya desarrollado totalmente”, es que todavía no ha nacido a la práctica en ningún lugar del mundo. Permanece en una fase nebulosa teórico-experimental reducida a muy determinados países. Sólo burbujas. El hecho de que en nuestra sociedad postindustrial, tan acelerada y receptiva a las novedades, siga en el limbo una idea de cambio que desde hace 13 años (aparece en 1988) la profesión farmacéutica ambiciona realizar, prueba que esa idea es inservible y, ahora ya, también rancia.

8. “Poco a poco van publicándose estudios que demuestran el valor de las intervenciones de los farmacéuticos...”

Como dije en mi artículo, todos estos trabajos experimentales tienen escaso peso, aun aquellos, muy pocos, cuya metodología es correcta. En el actual estado de desatención a los errores y fallos farmacoterapéuticos, los resultados de cualquier experiencia de cualquier acción que se haga para combatirlos, ya sea la atención farmacéutica o colocar carteles con advertencias en los centros de salud, cualquier cosa, serán necesariamente favorables. Algo mejorará. De hecho, las experiencias de atención farmacéutica son falacias: ocultan la seguridad de los resultados propicios. Más que experiencias científicas son instrumentos de una estrategia de introducción del procedimiento.

9. “El ahorro conseguido en las intervenciones (de los farmacéuticos) compensa los costes de personal para conseguirlo.”

Afirman, sin cifras, Barbero y Álvarez de Toledo. Me remito al segundo punto de esta réplica, que explica las razones de la debilidad congénita de las estadísticas en este campo, y a la concluyente experiencia en la sanidad pública: jamás el ahorro prometido en el papel ha compensado los costes del personal necesario para conseguirlo. Más personas, más gasto total. En el caso de la atención farmacéutica son mucho más fiables esos antecedentes y el sentido común que los cálculos.

19. “...Costas Lombardía propone –escriben los autores de la respuesta– que se acepte como única solución... la mejora de los textos en las etiquetas de los envases...”

Falso. Barbero y Álvarez de Toledo me atribuyen la recomendación (que yo me limité a citar en una entrevista, no en el artículo, y con inconfundible indicación de su origen) hecha por una Safe Use of Medicines Task Force patrocinada por la industria farmacéutica norteamericana, de mejorar el etiquetado y el empaquetado de los fármacos para prevenir errores en la farmacoterapia.

11. “...Es un texto (el ‘Análisis crítico de la atención farmacéutica’) de opiniones personales sesgadas y falta de rigor y elegancia. De las 13 referencias bibliográficas, al menos cuatro no han sido leídas directamente por el autor... lo que sirve de indicador respecto a la profundidad del análisis”, hacen observar Barbero y Álvarez de Toledo.

Es, ciertamente, un “texto de opiniones personales”, es decir, pensadas por mí, y no por otros. Pero ni manipulo datos, ni retoco citas, ni tuerzo conceptos para que mis opiniones puedan calificarse de sesgadas (mírense a sí mismos los autores de la respuesta que, como mostré antes, me atribuyen lo que no dije). ¿Un texto “falta de elegancia”? No cabe discutirlo, porque la elegancia, como la belleza, está en el ojo del espectador. Tampoco comento, porque se enjuicia por sí mismo, el nuevo método inventado por los autores de medir la “profundidad del análisis” por la cantidad de referencias bibliográficas indirectas (que revelan honestidad) en vez de considerar su alcance como indagación intelectual, el valor de sus juicios y la fuerza de sus argumentos, entre otras cosas.

12. “...Dan la sensación de haber padecido (Costas Lombardía) agravios y actuar irreflexivamente”, conjeturan los autores de la respuesta.

Ni he recibido agravios de los farmacéuticos (en toda ocasión me han atendido con la amabilidad que aconseja el principio universal del comercio: el cliente siempre tiene razón), ni actúo irreflexivamente, actitud difícilmente compatible con el estudio detenido de un asunto y su exposición por escrito. Me mueve por el afán de servir al SNS, gravemente amenazado, a mi juicio, por el absurdo de la atención farmacéutica.

13. “...Costas Lombardía debería firmar sus artículos con el cargo actual y no con el de vicepresidente de una comisión que hace ya muchos años que no existe”, aconsejan Barbero y Álvarez de Toledo.

Podría decir (y demostrar) que la supresión del “ex” o del “fue” se ha debido a un error de la publicación. Pero dada la asombrosa importancia que los autores de la respuesta conceden a este punto, no quiero alegar nada y me apresuro a reconocer mi conducta impropia y a pedir disculpas por ella.

14. Después de la respuesta a mi artículo de Barbero y Álvarez de Toledo no creo, sinceramente, que deba corregir ninguna de mis críticas a la atención farmacéutica, que re-

sumo aquí: *a)* somete al médico al control externo y anti-natural de la oficina de farmacia; *b)* provoca desconfianza o incertidumbre en el enfermo; *c)* es un procedimiento irracional e ineficiente (el médico puede detectar los errores de modo más sencillo, más eficaz y más barato, integrado en su quehacer); *d)* arroja sobre el SNS un coste económico probablemente insoportable; *e)* comete, tal vez, el delito de intrusismo profesional; *f)* agrede la intimidad y, con ello, la libertad y la dignidad de los ciudadanos; *g)* contradice la Ley General de Sanidad, ley orgánica, y *h)* se funda en trabajos experimentales que son falacias. Un disparate.

E. COSTAS LOMBARDÍA

Ex vicepresidente de la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS (Comisión Abril).

Correspondencia: Dr. Enrique Costas Lombardía. C/San Blas, 5, 2.º Izq. 28014 Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Durán I, Martínez Romero F, Faus MJ. Problemas relacionados con medicamentos en una farmacia comunitaria. *Pharm Care* (esp.) 1999;1:11-9.
2. Ferner RE. The primrose path. Errors in prescribing and giving medicines. *Drug Inform J* 2001;35:633-8.
3. Plumridge RJ, Wojna-Horton RE. A Review of the pharmacoeconomics of the pharmaceutical care. *Pharmacoeconomics* 1998;14:175-189.
4. Heffler S, Levit K, Smith S, Couwar C, Lazenby H, et al. Healths spending growth up in 1999; Fuster Growth Expected in the Future. *Health Affairs* 2001;20:193-203.

Los roles profesionales tienen siempre límites difusos y la discrepancia ayuda a determinarlos

Precisión bibliográfica

Nuestra revista ha sido elegida por dos farmacéuticos de oficina de farmacia ("farmacéuticos comunitarios", en el nuevo lenguaje, traducido directamente del inglés) para participar en un interesantísimo debate acerca de las posibilidades reales y teóricas de la atención farmacéutica¹. Contestan a los artículos de un renombrado economista de la salud, muy conocido por sus trabajos acerca de los medicamentos, quien se ha pronunciado en numerosas publicaciones en contra de la atención farmacéutica^{2,4}, pero no en SEMERGEN –los farmacéuticos hacen referencia a un trabajo publicado en SEMERGEN, pero no incluye críticas a la atención farmacéutica, sino al "asesor de medicamentos", figura que ha devenido en farmacéutico de área/distrito/comarca/centro de salud, que se autodenomina "farmacéutico de atención primaria"³–. Tiene sentido, pues, que la réplica⁶ a la respuesta¹ incluya un amplio resumen del texto criticado, publicado originalmente en la revista *Medicina General*².

Prevención y corrección de los errores médicos, con énfasis en los errores respecto a medicamentos

Error es humano, y la actividad clínica médica conlleva error. Son los propios médicos los más interesados en evitar los errores y, al menos, disminuir su frecuencia y sus consecuencias^{7,8}. Para ello se necesitan: *a)* acciones concretas (cuando hay conocimiento suficiente; por ejemplo, para promover el uso de bloqueadores beta tras el infarto de miocardio); *b)* investigación (cuando falta conocimiento, o es insuficiente; por ejemplo, para atribuir tiempo suficiente a la consulta con cada paciente, según la patología y los condicionantes socioculturales), y *c)* liderazgo que arrastre al colectivo y genere y mantenga el interés por la cuestión. Hay numerosas propuestas concretas, entre las que destaca la de introducir un sistema anónimo y voluntario de notificación de errores, o cuasi-errores (situaciones en las que no se consumó el fallo, pero que podrían conllevarlo, en condiciones similares)⁹ y enseñar a prevenir los errores a los estudiantes¹⁰. El objetivo es, sobre todo, evitar los errores potenciales a que conducen los fallos sistemáticos del proceso asistencial, como señalan los farmacéuticos que responden al economista¹ y cómo se insiste en la literatura al respecto⁸.

Médicos y farmacéuticos, ¿colaboración, enfrentamiento o desconocimiento?

La atención al paciente, al ser humano que sufre por una patología orgánica, psíquica y/o social, debería obligar a colaborar a médicos y farmacéuticos, que comparten, al menos, la receta del medicamento con el que, a veces, se pretende paliar el sufrimiento y hasta curar¹¹. Pero la distinta organización y financiación del proceso asistencial médico y farmacéutico hace difícil las cosas. Por ejemplo, en el curso del estudio Correlación entre las Entradas y las Salidas de la Consulta Ambulatoria (CESCA), de 1982 a 1987, con ayuda parcial del Fondo de Investigaciones de la Seguridad Social (FISS), intentamos localizar a los farmacéuticos que dispensaban nuestras recetas, pero eran centenares¹², lo que es lógico dada la libertad de elección de farmacia. Posteriormente demostramos que eran sólo unas pocas las que concentraban el grueso de la dispensación, ya que actuaban de "farmacias de cabecera"^{12,13}. El contacto personal con aquellos farmacéuticos conllevó las tres alternativas del enunciado: colaboración con algunos, enfrentamiento con los menos y desconocimiento con los más. Veinte años después la situación general es muy parecida, aunque aquella iniciativa fructificó más tarde en la fundación de la Red Española de Atención Primaria (REAP), a la que pertenece un cierto número de farmacéuticos que intentan trabajar bien y participar en proyectos de investigación que ayuden a mejorar la atención al paciente y a definir su rol profesional (se incluyen los firmantes de la respuesta al economista).

Rol de los farmacéuticos de oficina de farmacia

Es difícil saber lo que espera la población de los profesionales sanitarios, y en concreto de los farmacéuticos de oficina de farmacia (o comunitarios), pero no es sólo dis-

pensación o información sobre medicamentos, si nos atenemos a los estudios empíricos sobre el uso de la farmacia^{14,15}. Por ejemplo, en Madrid la demanda de información en farmacias acerca de medicamentos representó sólo un 21% del total de la información solicitada por los pacientes¹⁴. Sabemos, pues, que la farmacia no sólo ofrece dispensación o información sobre medicamentos, aunque no son muchos los estudios acerca de la actividad en la oficina de farmacia, lo que es un punto débil cuando se plantea como alternativa la atención farmacéutica –en toda propuesta científica debería quedar claro cuál es el punto inicial, además del final y del proceso a recorrer–. La profesión farmacéutica quiere cambiar su rol^{16,17}, y aunque hay espacios para el cambio los estudios realizados sobre la atención farmacéutica ni son concluyentes ni tienen rigor científico suficiente para extrapolarlos¹⁸⁻²⁰. Deberíamos considerar, pues, la atención farmacéutica como una alternativa experimental a la práctica cotidiana en la oficina de farmacia, que puede mejorarse mucho con acciones que no exigen más investigación ni el propio rígido proceso de la atención farmacéutica. Por ejemplo, presencia continuada del farmacéutico para la dispensación o negación de la dispensación de antibióticos sin receta –los farmacéuticos miembros de la REAP, entre otros, han firmado el “Documento de Valencia”²¹, por el que se comprometen a dispensar antibióticos con recetas–, o preparación de “unidosos” para pacientes crónicos con enfermedades tipo sida y otros²², o proporcionar mejor atención a los pacientes coronarios²³.

Derecho a discrepar

Las hipótesis y teorías científicas se mantienen mientras no se demuestra que son falsas. Hoy la atención farmacéutica no pasa de ser una hipótesis acerca de una mejor forma de organización de la parte del trabajo del farmacéutico que tiene que ver con los medicamentos, sobre la que hay dudas razonables, en revisiones serias y fundadas, como la de la Biblioteca Cochrane²⁰. El que un economista de renombre –lamentablemente desconocido antes por la mayoría de los farmacéuticos– se interese por la cuestión y discrepe de la solución^{2-4,6} debería ser celebrado y agradecido, ya que obliga a pensar y a razonar. En ninguno de sus escritos ha hecho críticas personales, zafias o insultantes, lo que no impide que sean inteligentes y duras. Naturalmente, tiene derecho a firmar como quiera, sin faltar a la verdad; y debe esperar respuestas a favor y en contra de sus críticas, que también han de encuadrarse en coordenadas de rigor y ciencia. En SEMERGEN estamos orgullosos de promover el debate científico y, para decirlo todo, nos extraña que los médicos no se sumen por escrito a la crítica del economista, especialmente en lo que se refiere al primer apartado de “los problemas relacionados con los medicamentos”, el de la adecuación de la prescripción al problema de salud. Por ejemplo, sabemos que casi la mitad de los antibióticos que se prescriben son inadecuados²⁴, pero ¿está capacitado el farmacéutico para juzgar la idoneidad de, digamos, la prescripción de antibióticos en la

bronquitis aguda de los pacientes que entren en su farmacia?, ¿es el lugar adecuado para ello, incluyendo la exploración física si fuera necesario?, ¿lo aceptarían el paciente y la sociedad? La cuestión no tiene tanto que ver con el intrusismo, monotema del Consejo General de Colegios de Médicos, como con las dificultades intrínsecas del problema de la valoración de la adecuación del tratamiento (todo un reto, en cuya respuesta destacan los trabajos de la RAND en California y de Pablo Lázaro en España). Sin entrar en la gravísima cuestión ética que plantea la situación de demanda a iniciativa del profesional (el farmacéutico que ofrece la atención farmacéutica no demandada) contra la demanda a iniciativa del enfermo (el paciente que consulta al médico). Y sin profundizar en la contradicción permanente entre la postura minoritaria de los farmacéuticos que aprecian la atención farmacéutica y la mayoría profesional que puja por el mantenimiento del cobro por comisión –una opción de remuneración que dificulta, si no ahoga, la atención farmacéutica–.

Conclusión

La atención farmacéutica es una forma de organizar el trabajo del farmacéutico en lo que respecta a la mejor dispensación de medicamentos. Es una alternativa en proceso de maduración que merece ser criticada y estudiada. Los médicos estamos interesados en seguir su evolución y en promover el trabajo científico de profesionales muy cercanos, que en general vemos excesivamente comercializados (los anuncios fluorescentes de las oficinas de farmacia no tienen parangón con ningún otro comercio en vivacidad, dinamismo y atractivo, con la notable excepción, quizá, de las fachadas navideñas de El Corte Inglés, y de los “puticlubs” de carretera).

El debate científico, económico y ético respecto a la atención farmacéutica será bienvenido en la revista SEMERGEN.

M. PÉREZ FERNÁNDEZ

Defensora del Lector y del Autor, Revista SEMERGEN.

Correspondencia: M. Pérez Fernández.
Revista SEMERGEN. C/Juan Bravo, 46. 28006 Madrid.
Correo electrónico: semergen@doyma.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbero A, Álvarez de Toledo F. Respuesta a un análisis crítico sobre la atención farmacéutica. SEMERGEN 2002;28:51-4.
2. Costas Lombardía E. Análisis crítico de la atención farmacéutica. Med General 2000;25:591-6.
3. AGR. La atención farmacéutica es un disparate de incalculables consecuencias. Entrevista a Enrique Costas Lombardía. Madrid Médico 2001;45:6-10.
4. Costas Lombardía E. La amenaza de la atención farmacéutica. El País, viernes 9 de noviembre 2001.
5. Costas Lombardía E. Mitos en la prescripción farmacéutica. SEMERGEN 2000;26:119-20.
6. Costas Lombardía E. Valoración de la atención farmacéutica: réplica a una respuesta a su análisis crítico. SEMERGEN 2002;28:54-8.
7. Wilson T, Pringle M, Sheikh A. Promoting patient safety in primary care. BMJ 2001;323:583-4.
8. Balkrishnan R, Furburg CD. Developing an optimal approach to global drug safety. J Internal Med 2001;250:271-9.

9. Sheikh A, Hurwitz B. Setting up a database of medical error in general practice: conceptual and methodological considerations. *Br J Gen Pract* 2001;51:57-60.
10. Meyer G, Lewin DI, Eisember J. To err is preventable: medical errors and academic medicine. *Am J Med* 2001;110:597-603.
11. Gervas J. Médicos y farmacéuticos: un mismo objetivo, una forma de trabajo distinta. *Semergen* 2001;27:233-4.
12. Gervas J, Herrero D, Olalla JF, Pérez Fernández MM. ¿Cuántas farmacias dispensan las recetas en la consulta urbana de medicina general? *Aten Primaria* 1987;4:178-82.
13. Gervas J, Escolano C, Pérez Fernández M, García Sagredo P, Durán S. Los médicos y los farmacéuticos de cabecera. *El Farmacéutico* 1987;46:61-4.
14. Domínguez A, Regidor E, Gallardo C. Demanda de información sanitaria en las oficinas de farmacia. *Aten Farm* 2000;2:138-43.
15. Sánchez A, Creis J, Arreaza M. Análisis de las consultas al farmacéutico de los usuarios de la farmacias de Ciudad Real. *Pharm Care Esp* 2001;3:106-21.
16. Holland RW, Nimmo CM. Transitions. Part 1. Beyond pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm* 1999;56:1758-64.
17. Edmunds J, Calnan MW. The reprofessionalisation of community pharmacy? An exploration of attitudes to extended roles for community pharmacists amongst pharmacists and general practitioners in the United Kingdom. *Soc Sci Med* 2001;53:943-55.
18. Shingal PK, Raisch DW, Gupchup GV. The impact of pharmaceutical services in community and ambulatory care settings: evidence and recommendations for future research. *Ann Pharmacother* 1999;33:1336-55.
19. Tully MP, Seston E. The impact of pharmacists providing a prescription review and monitoring service in ambulatory care or community practice. *Ann Pharmacol* 2000;34:1320-31.
20. Beney J, Bero LA, Bond C. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs, and patient outcomes. (Cochrane Library). In: *The Cochrane Library*, 4, 2001. Oxford, Update Software.
21. Anónimo. Documento de Valencia. *Gac Sanit* 2000;14:318-9.
22. Barrio H. Historias de mi mostrador: dispensación de antirretrovirales a un "varón". *Semergen* 2001;27:469-70.
23. Álvarez de Toledo F, Arcos P, Eyaralar T, Abal F, Dago A, Cabiades L, et al. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:375-88.
24. Rataeche R, Vicente D, Mozo C, Etxebarria A, López L, Olasagasti C, et al. Idoneidad de la prescripción antibiótica en atención primaria en la Comunidad Autónoma Vasca. *Aten Primaria* 2001;27:642-8.