



SERIE

La renovación de la atención primaria de salud en las Américas
Nº6

Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud

Documento de posición
de la OPS/OMS



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Organización Regional de la
Organización Mundial de la Salud



1902 - 2012

SERIE

La renovación de la atención primaria de salud en las Américas
Nº6

Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud

Documento de
posición de la OPS/OMS



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



PROYECTO DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS SANITARIAS (MT)
ÁREA DE SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (HSS)

con el apoyo financiero de la
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC : OPS, 2013.

(La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.6)

1. Servicios Farmacéuticos. 2. Atención Primaria de Salud. 3. Servicios Farmacéuticos - legislación & jurisprudencia. 4. Servicios Farmacéuticos - ética. 5. Recursos Humanos en Salud. I. Título.

ISBN 978-92-75-31750-1

(Clasificación NLM : WA 730 DA1)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Servicio Editorial, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud, Proyecto de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Agradecimientos	v
Siglas y abreviaturas.....	vii
Glosario.....	ix
Resumen ejecutivo.....	1
Introducción.....	9
I. Antecedentes.....	13
II. El cambio en los servicios farmacéuticos.....	25
Desafíos para el cambio.....	25
Hacia dónde va el cambio.....	26
III. Propuesta de modelo para los servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud.....	29
Definición, misión, visión, valores y principios de los servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud.....	29
Funciones de los servicios farmacéuticos.....	30
Factores críticos de éxito para el fortalecimiento de los servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud.....	32
IV. La gestión de los servicios farmacéuticos.....	35
Características generales de un sistema de gestión.....	37
La (re)organización de los servicios farmacéuticos desde una nueva perspectiva.....	40
V. Recursos humanos como factor crítico de éxito para el cambio en los servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud.....	55
El desarrollo de competencias.....	55
La reorientación de la formación de los recursos humanos de los servicios farmacéuticos.....	58
VI. Regulación de los medicamentos, los servicios farmacéuticos y los profesionales.....	61
¿Qué es la regulación?.....	61
Alcance de la regulación en el área farmacéutica.....	62
VII. Los servicios farmacéuticos y la ética.....	65
Ética profesional.....	65
La relación de los servicios farmacéuticos y los usuarios/pacientes.....	66
La ética en los procesos de toma de decisión.....	67
Ética en la investigación.....	69
La propiedad intelectual y el acceso a medicamentos.....	70
VIII. Responsabilidades y articulación intersectorial.....	71
Los gobiernos.....	71
La industria y el comercio farmacéutico.....	71
Los profesionales de la salud.....	72
La población/los usuarios.....	72



IX. Propuestas de implementación	73
Estrategias	73
Herramientas.....	74
Implementación de las estrategias y herramientas propuestas	75
X. Consideraciones finales	77
Referencias bibliográficas.....	79
Anexo. Elementos logísticos del servicio farmacéutico	89

Figuras

Figura 1. Representación de un sistema de salud basado en la APS	16
Figura 2. Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la APS	17
Figura 3. Factores críticos de éxito para el desarrollo de los servicios farmacéuticos basados en la APS	32
Figura 4. Tipos de procesos	40
Figura 5. Ejemplos de procesos de los servicios farmacéuticos.....	41

Cuadros

Cuadro 1. Marcos del cambio en los servicios farmacéuticos hacia los principios de la APS renovada.....	26
Cuadro 2. Características de un modelo de gestión.....	38
Cuadro 3. Contribución de los servicios farmacéuticos a la solución de algunos problemas de salud pública.....	42
Cuadro 4. Funciones y competencias para el desarrollo de servicios farmacéuticos basados en la atención primaria a la salud	57



Agradecimientos

Esta publicación comenzó a planearse en 2008 y fue desarrollada bajo la coordinación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en el marco del Proyecto de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (MT) del Área de Sistemas y Servicios de Salud basados en la Atención Primaria de Salud (HSS).

Se agradece la colaboración del grupo de trabajo (GT), conformado por **Dalia Castillo**, Asesora de Medicamentos, Tecnologías en Salud y Sangre de la OPS/OMS en la República Dominicana; **Adriana Mitsue Ivama Brummell**, Asesora Sub-Regional de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias de la OPS/OMS, Oficina de Coordinación de Proyectos para el Caribe (CPC); **Vera Lucía Luiza**, investigadora del Núcleo de Assistência Farmacêutica; Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (NAF/ENSP/FIOCRUZ), Brasil, y **Nelly Marín**, Asesora Regional de Políticas Farmacéuticas de la OPS/OMS y coordinadora general del grupo de trabajo.

Por otra parte, se agradece también la participación de los siguientes integrantes del GT: **Astrid Alvarado**, del Consejo de Educación Permanente en Farmacia (CENDEISSS)/Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Costa Rica; **Paulo Arrais**, de la Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil; **Esperanza Briceño**, de Petróleos de Venezuela S.A. (PDVSA), Venezuela; **Lesly Bustamante**, de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia-Medellín (COHAN), Colombia; **José Luis Castro**, Asesor Regional de Uso Racional de Medicamentos de la OPS/OMS; **Luiz Henrique Costa**, Ministerio de Salud, Brasil; **Nora Girón**, Asesora del Fondo Estratégico de la OPS/OMS; **Carlos Moreno**, de la Universidad de Antioquia, Colombia; **Mauro Silveira de Castro**, de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil, y **Oscar Villegas**, de la CCSS, Costa Rica.

En la elaboración de este documento también colaboraron: **Marta Nelly Cascavita**, farmacéutica comunitaria en Colombia; **José Miguel do Nascimento**, Jefe del Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde, Brasil; **Rosana Isabel dos Santos**, docente de la Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil; **Gemma María Elizondo Herrera**, Sub-Jefa de Farmacia, Hospital Nacional de Geriatria Dr. Blanco Cervantes/CCSS, de Costa Rica; **Denise Funchal**, farmacéutica en Brasil; **Ilvar Muñoz**, docente de la Universidad Nacional de Colombia; **Carmen Phang Romero**, investigadora de FIOCRUZ, Brasil, y **Alexander Suazo**, Jefe de Atención Primaria del Ministerio de Salud Pública y Seguridad Social de la República Dominicana.

A **Dennis Navarro**, alumno de maestría en ENSP/FIOCRUZ, se agradece el apoyo que brindó en la organización del documento.

Esta publicación se originó en el taller “Servicios farmacéuticos basados en Atención Primaria de Salud (APS)”, realizado con el apoyo técnico de la OPS/OMS y financiero de la Unión Europea, del 31 de marzo al 2 de abril de 2009, en



Santo Domingo, República Dominicana. En dicha reunión participaron 19 profesionales de diferentes países, entre médicos, farmacéuticos y enfermeras, pertenecientes a los ministerios de salud, seguridad social, la academia, diversas ONG y la OPS/OMS y cuya colaboración y aportes fueron determinantes para lograr el objetivo propuesto.

Dos versiones del borrador fueron revisadas en reuniones celebradas en San José de Costa Rica del 18 al 20 de noviembre de 2009 y en Porto Alegre, Brasil, el 21 y 22 de mayo de 2010. De igual forma fueron revisadas en un taller nacional realizado en San José de Costa Rica el 16 y 17 de mayo de 2011 y las versiones en español e inglés se sometieron a consulta pública en la página de la OPS/OMS en Internet. Se agradece a los 38 participantes de la consulta por sus destacadas contribuciones que, indudablemente, enriquecieron este trabajo.

La edición y publicación de este documento ha sido posible gracias al Departamento de Asistencia Farmacéutica e Insumos Estratégicos del Ministerio de Salud de Brasil y a la colaboración financiera de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).



Siglas y abreviaturas

ACCP	American College of Clinical Pharmacy (Estados Unidos de América)
ADPIC	Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
APS	Atención primaria de salud
APOC	Atención primaria orientada hacia la comunidad
AtenFar	Atención farmacéutica
BPC	Buenas prácticas clínicas
BPAD	Buenas prácticas de almacenamiento y distribución
BPF	Buenas prácticas de farmacia
BPL	Buenas prácticas de laboratorio
BPM	Buenas prácticas de manufactura
CD	Consejo Directivo
CENDEISS	Consejo de Educación Permanente en Farmacia (Costa Rica)
CIOMS	Consejo de Organizaciones Internacionales para las Ciencias Médicas
CPC	Coordinación de Proyecto para el Caribe
CPEF	Conferencia Panamericana de la Educación Farmacéutica
CSU	Cobertura de Salud Universal
DCI	Denominación común internacional
DOFA	Debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas
ETS	Evaluación de tecnologías en salud
FCE	Factores críticos de éxito
FCH	Área Salud Familiar y Comunitaria
FFA	Foro Farmacéutico de las Américas
FIP	Federación Farmacéutica Internacional (<i>Federation International Pharmaceutical</i>)
GT	Grupo de trabajo
GT SF/APS	Grupo de trabajo de servicios farmacéuticos basados en la APS



HTAi	Sociedad Internacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
HSS	Área de Sistemas de Salud basados en la APS
ICDRA	Conferencia Internacional de Autoridades Regulatorias
IFC	Individuo, familia y comunidad
INAHTA	Red Internacional de Instituciones de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
ME	Medicamentos esenciales
MT	Medicamentos y Tecnologías Sanitarias
NHS	Sistema Nacional de Salud (Reino Unido)
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMC	Organización Mundial del Comercio
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSCE	Examen clínico estructurado por objetivos (<i>Objective Structured Clinical Exam</i>)
PRM	Problema relacionado con los medicamentos
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
Red PARF	Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica
RedETSA	Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas
RRHH	Recursos humanos
SF	Servicios farmacéuticos
SFFC	Medicamentos espurios/de etiquetado engañoso/ falsificados/de imitación (<i>Spurious/falsely-labelled/ falsified/counterfeit medicines</i>)
SILOS	Sistemas locales de salud
SUS	Sistema Único de Salud (Brasil)
URM	Uso racional de medicamentos
WHA	Asamblea Mundial de la Salud (<i>World Health Assembly</i>)

Glosario

Atención primaria de salud: es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación (1).

Autocuidado: en el recurso primario de la salud pública en el sistema de atención de salud. Está constituido por las actividades orientadas a cuidar de la salud y a la toma de decisiones relacionadas con la salud de los individuos, la familia, las amistades y los compañeros de trabajo, entre otros. Incluye la automedicación, los autotratamientos sin medicamentos, las redes de apoyo en la enfermedad, y los primeros auxilios en la vida cotidiana. Entre las prácticas incluidas también están la alimentación adecuada, el ejercicio físico, las medidas higiénicas y el manejo del estrés (2).

Automedicación responsable: la selección y el uso por parte del usuario de medicamentos autorizados por la autoridad sanitaria para uso sin prescripción, destinados al tratamiento de enfermedades o síntomas reconocibles por él mismo. En este sentido, forma parte de las actividades del autocuidado de la salud, al igual que el cuidado de la higiene, la nutrición, el estilo de vida, y la influencia de factores socioeconómicos y ambientales. En la automedicación responsable, el usuario trata sus enfermedades o síntomas con medicamentos que han sido aprobados, están disponibles para la venta sin prescripción y que son seguros y eficaces cuando se usan en las condiciones establecidas (3).

Dispensación: acto profesional farmacéutico de proporcionar uno o más medicamentos a un paciente, generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado. En este acto, el farmacéutico informa y orienta al paciente sobre el uso adecuado de dicho medicamento. Son elementos importantes de esta orientación, entre otros, el énfasis en el cumplimiento del régimen de dosificación, la influencia de los alimentos, la interacción con otros medicamentos, el reconocimiento de reacciones adversas potenciales y las condiciones de conservación del producto (4).

Evaluación de tecnologías en salud (ETS): es el proceso sistemático de valoración de las propiedades, los efectos y/o los impactos de la tecnología sanitaria; debe contemplar las dimensiones médicas, sociales, éticas y económicas, y tiene como principal objetivo aportar información para que sea aplicada al tomar las decisiones en el ámbito de la salud (definición adaptada del glosario de la Red Internacional de Instituciones de Evaluación de Tecnologías Sanitarias [INAHTA] y de la Sociedad Internacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias [HTAi]) (5).



Farmacovigilancia: la ciencia y las actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos o cualquier otro problema relacionado con ellos (6).

Medicamentos esenciales (ME): son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población; son seleccionados teniendo en cuenta su pertinencia para la salud pública, la evidencia de seguridad y eficacia y su eficacia comparativa en relación con el costo. Los medicamentos esenciales deben estar disponibles en los servicios de salud en todo momento, en cantidades adecuadas, en las formas farmacéuticas apropiadas, con calidad asegurada y a un precio que los individuos y la comunidad puedan pagar (7).

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS): “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”(8).

Uso racional de medicamentos (URM): “los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad”(9).



Resumen ejecutivo

Introducción y antecedentes

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) “reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, mismo en el que se fundamenta la Constitución de la OMS (1948) sobre el alcance por todos los pueblos del grado más alto posible de salud.

En la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, celebrada en 1978, se definieron el concepto y las bases de la atención primaria de salud (APS). Desde entonces, se han alcanzado muchos logros en materia de salud. Sin embargo, en la misma Región de las Américas persisten muchos desafíos que superar.

Desde 2007, la OMS ha venido trabajando en la reorientación de la APS. La resolución WHA_62R_12, refuerza este compromiso de continuar trabajando en el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la APS y da un mandato específico a la OMS para apoyar a los países en este desafío.

En ese mismo año, la OPS/OMS presentó el documento de posición sobre “La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas” y en seguida publicó una serie de resoluciones y documentos sobre áreas clave para el desarrollo de la APS renovada, tales como los equipos de APS, la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), entre otros.

La estrategia de la APS renovada también se vincula con otras estrategias de desarrollo por medio de acciones intersectoriales, como la promoción de ciudades y espacios saludables; la educación relacionada con el ambiente y la economía; la promoción de la salud; la prevención de accidentes de tránsito; las comunidades saludables y el saneamiento básico, entre otras, así como con la Agenda de Salud para las Américas, formulada y aprobada por los ministros de salud de las Américas.

Recientemente, la OPS/OMS ha venido trabajando para reposicionar la estrategia de APS renovada como instrumento para el alcance de la Cobertura de Salud Universal (CSU) donde el acceso a los productos médicos y tecnologías seguros y eficaces forma parte de uno de los tres dogmas fundamentales para la CSU.

Desde la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los medicamentos han sido considerados como insumos prioritarios para alcanzar el derecho al nivel máximo de salud. En 1977 se lanzó el concepto de “medicamentos esenciales” (ME) y poco después, a partir de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, los ME fueron considerados como uno de los ocho elementos necesarios para lograr la meta de salud para todos. Desde entonces, los ME se han constituido en uno de los pilares de la formulación e implementación de políticas farmacéuticas nacionales, con un enfoque de salud pública y de derecho.



A pesar de los muchos esfuerzos en el mundo para garantizar el acceso a los medicamentos esenciales (ME) de calidad asegurada, así como a la amplia difusión e incorporación de políticas farmacéuticas nacionales, un amplio sector de la población en todo el mundo todavía carece de acceso a los mismos. Se considera necesario cambiar el enfoque de las políticas y estrategias en medicamentos, las cuales hasta el presente se han centrado en el producto *medicamento*, y partir para una nueva visión donde lo importante son los individuos, sus familias y la comunidad (IFC), con sus necesidades de salud.

En los Estados Unidos en la década de 1960 se desarrolló el concepto de farmacia clínica en el ámbito hospitalario. Este concepto se enfocó más en la práctica profesional e hizo énfasis en el medicamento y en la terapia individual. Más tarde, Helper y Strand (1990) propusieron una nueva filosofía de la práctica farmacéutica definida como **atención farmacéutica** (AtenFar).

La OMS, en alianza con la Federación Internacional de los Farmacéuticos (en sus siglas en inglés: FIP), desarrolló la serie titulada “El papel del farmacéutico en los servicios de salud”, con reuniones celebradas en Nueva Delhi, India (1988) sobre la actuación del farmacéutico en el área de salud; en Tokio, Japón (1993) sobre la función del farmacéutico y las buenas prácticas de farmacia; más tarde en Vancouver, Canadá (1997), se discutió la necesidad de cambios en la educación farmacéutica con la definición del Farmacéutico siete estrellas y por último en La Haya, Holanda (1998) sobre el papel del farmacéutico en el auto-cuidado y la automedicación.

En las Américas, sobre todo en la década de 1990, hubo varias experiencias en el desarrollo de estrategias de fortalecimiento de los servicios farmacéuticos como parte de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y también en la revisión de las políticas farmacéuticas, por ejemplo en Brasil, Colombia y Costa Rica. Los documentos mencionados, así como las experiencias en la región de las Américas, representan un marco importante para redefinir el papel no solo del profesional, sino de los servicios farmacéuticos hacia la garantía de la atención integral, integrada y continua, respondiendo a las necesidades y problemas, tanto individuales como colectivos, de la salud de la población. Los valores, principios y elementos de la APS representan una excelente oportunidad para reorientar los servicios farmacéuticos de calidad como parte integral de los sistemas y servicios de salud.

El cambio en los servicios farmacéuticos

A continuación se hace una reflexión sobre la razón que hace necesario el cambio en el enfoque de los servicios farmacéuticos y cuál es la dirección de los mismo. El contexto del cambio está enmarcado en la globalización, “post-modernidad” y la “sociedad del riesgo”. Se experimentan muchos cambios estructurales y el reto de un difícil equilibrio ante tantas contradicciones. Persisten todavía viejos riesgos del hambre, la pobreza, la exclusión social; al mismo tiempo, la transición demográfica trae consigo el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades no transmisibles, junto con el desafío que representa garantizar el acceso a la atención de salud y a los recursos terapéuticos necesarios, incluidos



los medicamentos. Es necesario que los cambios permitan afrontar la problemática descrita, así como los antiguos y nuevos desafíos.

Estos cambios deben orientarse a: la eliminación de las dificultades de acceso; la mejoría de resultados terapéuticos y de salud; la incorporación de los servicios farmacéuticos como componentes de las políticas farmacéuticas nacionales; la gestión con atención integral e integrada, comprometida con el logro de resultados en salud; y la prestación de los servicios farmacéuticos basados en el individuo, la familia y la comunidad.

Propuesta de modelo para los servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud

Este capítulo incluye el marco estratégico: visión, misión, principios y valores, roles, funciones de los servicios farmacéuticos y factores críticos de éxito.

El marco conceptual que se presenta en este capítulo sirve como base para organizar y comprender los elementos de los SF basados en APS. Se trata, por tanto, del ideal hacia el que se tiende, que deberá adaptarse a las condiciones propias de cada país.

Definición – Servicios farmacéuticos

Conjunto de acciones en el sistema de salud que buscan garantizar la atención integral, integrada y continúa a las necesidades y problemas de la salud de la población tanto individual como colectiva, teniendo el medicamento como uno de los elementos esenciales, y contribuyendo a su acceso equitativo y su uso racional. Estas acciones, desarrolladas por el farmacéutico —o bajo su coordinación— incorporado a un equipo de salud y con la participación comunitaria, tienen como objetivo la obtención de resultados concretos en salud con vistas a la mejora de la calidad de vida de la población.

Misión

Contribuir al cuidado de la salud individual y colectiva de la población, a través de la participación activa del personal farmacéutico en el equipo de salud y la comunidad, con servicios farmacéuticos integrales, integrados y continuos, comprometidos con el acceso equitativo a medicamentos y otros insumos sanitarios esenciales de calidad, y su uso racional, incluyendo las terapias alternativas y complementarias en un sistema de salud basado en la APS, para alcanzar su mayor nivel de salud posible.



Visión

Servicios farmacéuticos, con relevancia social, integrados al sistema de salud y basados en la APS, que respondan a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad, con roles y funciones bien definidos que promuevan estilos de vida saludables, y el acceso y el uso racional de los medicamentos, contribuyendo así al derecho al disfrute del más alto nivel de salud posible.

Valores y principios

Se adoptan como valores y principios propios de los SF, aquellos que fueron aprobados para la atención primaria de salud renovada:

Valores:

- el derecho al mayor nivel de salud posible;
- la equidad, y
- la solidaridad.

Principios:

- dar respuesta a las necesidades de salud de la población;
- los servicios orientados hacia la calidad;
- la responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos;
- la participación;
- la sostenibilidad, y
- la intersectorialidad.

Funciones de los servicios farmacéuticos

Estas funciones se han organizado en cinco grupos:

- las relacionadas con las políticas públicas;
- las vinculadas a la organización y gestión de los SF;
- las que se encuentran directamente vinculadas al conjunto IFC, intra y extramuros;
- las relacionadas con la investigación y gestión del conocimiento, y
- las que tienen que ver con el desempeño profesional.

Se presentan los siguientes factores críticos de éxito para el fortalecimiento de los servicios farmacéuticos basados en la APS: los servicios farmacéuticos y las políticas farmacéuticas; la gestión, planificación y entrega del servicio; el desarrollo de recursos humanos para los servicios farmacéuticos basados en la APS; la regulación de productos y servicios farmacéuticos. Éstos se desarrollan más adelante, en capítulos separados. Finalmente se describen las responsabilidades, así como las estrategias para la implementación y las herramientas necesarias.



La gestión de los servicios farmacéuticos

A pesar de que los medicamentos constituyen uno de los recursos terapéuticos más utilizados en la sociedad moderna, el acceso a los mismos y su utilización, así como los resultados que proporcionan, deben ser mejorados. En general, el contacto inicial con un usuario de medicamentos ocurre en la farmacia. Sin embargo, los niveles de acceso varían considerablemente en la Región. Hoy en día, las farmacias en la Región generalmente orientan sus actividades hacia el producto, esto es, el medicamento. Las farmacias del sector público se ocupan de la distribución/dispensación de los medicamentos y las privadas de su comercialización. Esta realidad necesita cambiarse en el marco del nuevo modelo de SF basados en la APS.

Este capítulo enuncia brevemente las distintas características de un sistema de gestión y presenta el Modelo de Gestión por Procesos. En este abordaje, se identifican los procesos que generalmente se identifican con la razón de ser de la organización y se clasifican en macroprocesos gerenciales o estratégicos; macroprocesos operativos o clave, y macroprocesos de apoyo.

Se discute la (re)organización de los servicios farmacéuticos desde una nueva perspectiva utilizando la gestión por procesos. Se propone que los SF identifiquen los procesos de la atención a la salud en que están involucrados, así como sus procesos internos para priorizarlos y se clasifican las funciones de los SF de acuerdo a los tipos de procesos ya mencionados.

En primer lugar la **entrega de los servicios farmacéuticos** se define como **proceso clave** porque es el que implica la relación directa con el usuario/paciente. De este proceso hacen parte las actividades de promoción de la salud, la dispensación, el acompañamiento farmacoterapéutico, la farmacovigilancia y el apoyo a la automedicación responsable, entre otros. Se presentan también diferentes situaciones de las personas, en las cuales se hace necesario darles una atención especial.

A continuación se definen los **procesos estratégicos** que corresponden a aquellos que dan las directrices de la organización (políticas y planificación), así como aquellos que no están relacionados directamente con el paciente pero contribuyen a su atención. Las actividades de estos procesos son: planificación, implementación, gestión y evaluación de los servicios farmacéuticos; desarrollo e implementación de un sistema de gestión de calidad para los servicios farmacéuticos; participación en la selección de medicamentos y en la evaluación de las tecnologías en salud; proporcionar información sobre los medicamentos; participación en el diseño, monitoreo y evaluación de los ensayos clínicos; promoción de la educación permanente de los recursos humanos y; respuesta a situaciones de prevención y mitigación de desastres y emergencias sanitarias.

Finalmente se enumeran las actividades que corresponden a los procesos de apoyo: gestión del suministro de medicamentos y otras tecnologías sanitarias, formulación y elaboración de preparaciones magistrales extemporáneas de medicamentos; re-empaque de medicamento y otros insumos esenciales; implementación de las medidas necesarias para el adecuado desecho de los residuos de



medicamentos y la gestión en aspectos de recursos humanos, financieros y de información.

Recursos humanos como factor crítico de éxito para el cambio de los servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de la salud

Este capítulo discute el desarrollo de competencias para la implementación de los cambios necesarios en el marco del documento de la OPS/OMS sobre las estrategias para el desarrollo de los equipos de APS, donde se establece que los equipos son unidades básicas para el trabajo y clasifica las competencias en genéricas, humanísticas y específicas. Se presentan las competencias específicas necesarias para la implementación de los SF basados en APS y las Buenas Prácticas de Farmacia, las cuales fueron desarrolladas por un grupo de trabajo. Éstas, sumadas a otros referentes, tales como la serie del papel del farmacéutico en los sistemas de salud, las recomendaciones de las Conferencias Panamericanas de Educación Farmacéutica, entre otros; constituyen un marco importante para la reorientación de la formación del farmacéutico hacia el modelo propuesto.

Asimismo, se han desarrollado estrategias para sensibilizar a los gerentes y tomadores de decisión con el fin de que implementen el modelo de SF/APS. Se han realizados varios seminarios y talleres en alianza con entidades profesionales de la Región y la OPS/OMS ha puesto en marcha un curso virtual en el Campus Virtual de Salud Pública dirigido a gestores de SF/APS. En 2010 se realizó el piloto con 43 participantes de 14 países, en 2012 tuvo su segunda edición con 96 participantes de 18 países de la Región de las Américas y en 2013 este curso se ofrecerá en inglés a los países del Caribe y en portugués a Brasil. Si bien se hace énfasis en la formación del profesional farmacéutico, es preciso considerar también la capacitación del personal de apoyo como son los auxiliares del servicio.

Regulación de los medicamentos, los servicios farmacéuticos y los profesionales

En el contexto de las “sociedades del riesgo” se destaca el papel del Estado, en su función de gobernanza y rectoría, para garantizar la seguridad sanitaria. Esta función es muy influenciada por la percepción del riesgo por parte del público, posee varios desafíos y se rige por dos grandes principios, la separación de funciones y el principio de la precaución. Esta función debe estar enmarcada en las políticas sanitaria y farmacéutica nacionales. Es fundamental que se puedan llevar a cabo las funciones esenciales de regulación:

- marco legal/regulatorio;
- estándares de buenas prácticas;
- mecanismos de vigilancia, y



- fiscalización y otros mecanismos para el cumplimiento del marco regulatorio.

En este capítulo se discute el alcance de la regulación en el área farmacéutica cambiando el enfoque de regulación de productos por la regulación de los SF como parte de los “servicios de salud”.

Los servicios farmacéuticos y la ética

En la actualidad, en los servicios de salud se pueden destacar tres problemas que afectan al sector salud —y, en especial, al sector farmacéutico— de forma estructural: la medicalización de la sociedad; el uso inapropiado de las tecnologías, y los procesos de acumulación de capital en este sector, con distintos intereses. Además, el medicamento tiene una particularidad, donde el usuario es quien dispone de menos información y necesita de la asesoría de profesionales, tanto para la selección adecuada de los medicamentos como para evaluar y monitorear la calidad y seguridad de los mismos. Por su parte, los productores son quienes disponen de más información, pero existen diferencias de intereses lo cual puede dar lugar a un desequilibrio entre el ánimo de lucrar y el interés por la salud. En este sentido, un gran desafío consiste en garantizar que la salud se sobreponga a los intereses económicos. Teniendo como marco la posición de la OPS/OMS en esta materia, se discute la ética bajo varias perspectivas: la ética profesional; la relación de los servicios farmacéuticos y los usuarios/pacientes; la ética en los procesos de toma de decisión; la ética en la investigación y la propiedad intelectual y el acceso a medicamentos, buscando garantizar que los intereses económicos no se sobrepongan a los intereses sanitarios y el derecho a la vida.

Responsabilidades y articulación intersectorial

La reorientación de los SF involucra a varios actores con diferentes responsabilidades y grados de inserción en la elaboración, planificación, ejecución y evaluación, tanto en el ámbito nacional, como en el del propio servicio. Conforme a la definición, misión, visión y valores de los SF, se identifican cuatro actores principales: 1) los gobiernos; 2) la industria y el comercio farmacéutico; 3) los profesionales de la salud, y 4) la población o los usuarios, generalmente representados por organizaciones de la sociedad civil organizada o por ONG. En este modelo de SF, la propia definición establece que las acciones se deben desarrollar con participación de la comunidad. Además, el usuario es co-responsable en la obtención de los resultados en salud.

Propuestas de implementación

Se presentan aquí las estrategias propuestas en la reunión de 2009, en República Dominicana, que dio origen a esta iniciativa. Varias de estas estrategias han sido puestas en práctica por el grupo gestor; sin embargo, muchas siguen siendo válidas sobre todo para la implementación de esta propuesta en el plano sub-regional, nacional o local. Éstas incluyen abogacía, movilización de recursos



y estrategias de implementación. Se propone la realización de planes sub-regionales y nacionales, aparte de propuestas a ser desarrolladas por la OPS/OMS.

Las herramientas buscan contribuir a la puesta en práctica de las recomendaciones y del modelo propuesto e incluyen el desarrollo de un marco regulatorio para los SF; el desarrollo de un paquete de guías de buenas prácticas, protocolos, material informativo y de divulgación, para la implementación de la provisión de los SF y un programa de fortalecimiento de los recursos humanos.

Consideraciones finales

El desarrollo de este documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con respecto a los SF basados en la APS constituyó un proceso bastante largo de construcción colectiva, donde participaron profesionales de diferentes países y con distintas formaciones cuya colaboración y aportes fueron determinantes para lograr el objetivo propuesto.

Sin embargo, se considera que éste no es un trabajo terminado, sino un trabajo en ejecución, a partir del cual la concretización del modelo propuesto en la práctica de los servicios, dependerá de los distintos actores involucrados. En este sentido, el registro y la evaluación de las experiencias de implementación del modelo, así como la socialización de los resultados y de las lecciones aprendidas, son elementos fundamentales tanto para el éxito de la iniciativa como para el mejoramiento continuo del modelo hacia el alcance del máximo nivel posible de salud.



Introducción

“Nunca el mundo fue tan avanzado tecnológicamente, tan comunicado y al mismo tiempo nunca fue tan desigual en lo social y en lo económico, albergando tanta opresión”.

Amartya Sen¹

En 2007, al asumir la Dra. Margaret Chan la Dirección General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adquirió el compromiso de trabajar en la atención primaria de salud (APS), al reconocer que los Estados Miembros, a través de sus instancias normativas, perciben la necesidad de contar con sistemas de salud más equitativos, integradores y justos, con una perspectiva más integral sobre la eficacia del conjunto del sistema de salud (10). La 62.^a Asamblea Mundial de la Salud, mediante la resolución WHA_62R_12, refuerza este compromiso con una decisión de los Estados Miembros de continuar trabajando en el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la APS y un mandato específico a la OMS para apoyar a los países en este desafío (11).

En ese mismo año, la OPS/OMS presentó el documento de posición sobre “La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas” (12), resultado de un amplio proceso de construcción y consulta con los países de la Región. Este documento ofrece una perspectiva y una visión renovada para el desarrollo de los sistemas de salud: aquella de los sistemas de salud basados en la APS. Además de declarar vigentes los valores del *derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad, y los principios de justicia social, sostenibilidad, intersectorialidad*, entre otros, el documento propone adecuar la estrategia al contexto y a los compromisos actuales, principalmente aquellos derivados de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y abordar los determinantes sociales de la salud para alcanzar el nivel de salud más elevado.

El ajuste de la estructura organizacional de la OPS/OMS en el año 2010, con la creación de la Gerencia de Sistemas de Salud basados en APS (HSS), muestra el sólido compromiso de la Organización con este nuevo enfoque. El proyecto de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (MT) forma parte de esta Gerencia como uno de los componentes centrales de los sistemas de salud.

A pesar de los esfuerzos realizados en el mundo para garantizar el acceso a los medicamentos esenciales (ME) de calidad asegurada, un amplio sector de la población en todo el mundo todavía carece de acceso a los mismos. Paradójicamente, nunca antes se habían destinado tantos recursos internacionales para medicamentos; no obstante, el uso de estos recursos sigue teniendo la misma lógica, esto es, enfocándose a la provisión de medicamentos, con la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, y ocasionando inequidades

1. A. Sen. Development as Freedom. Alfred.A. Knopf Inc., New York, May 2000.



en el acceso a los medicamentos, además de desperdicio y un uso irracional e inadecuado de los medicamentos por parte de los prescriptores y de la población, con sus consecuencias sanitarias, económicas y sociales.

Por esta razón, se considera necesario cambiar el enfoque de las políticas y estrategias en medicamentos, las cuales hasta el presente se han centrado en el producto *medicamento*, y partir de una nueva visión donde lo importante son los individuos, sus familias y la comunidad (IFC), con sus necesidades de salud. De esta forma, se busca garantizar la atención integral, integrada y continua, respondiendo a las necesidades y problemas, tanto individuales como colectivos, de la salud de la población.

Los valores, principios y elementos de la APS representan una excelente oportunidad para reorientar los servicios farmacéuticos de calidad como parte integral de los sistemas y servicios de salud.

Este documento presenta una propuesta de *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud*, centrada en los IFC, donde el acceso y uso racional de los medicamentos es uno de los elementos esenciales, aunque no el único.

En 2008, la OPS/OMS creó un Grupo de Trabajo en APS (GT) que propuso el desarrollo de la APS como un tema horizontal, con la incorporación de todas las áreas técnicas de la Organización. A partir de la reunión del GT en agosto de 2008, el proyecto de medicamentos esenciales y productos biológicos (actualmente proyecto de medicamentos y tecnologías sanitarias) preparó los términos de referencia para este documento de posición sobre servicios farmacéuticos basados en APS, cuya concepción y desarrollo se encomendó a un GT en Servicios Farmacéuticos basados en la APS (GT SF/APS) integrado por especialistas en el área farmacéutica y en APS provenientes de diferentes sectores como el académico, los ministerios de salud, los colegios de farmacéuticos, los organismos no gubernamentales (ONG) que trabajan en medicamentos y algunos asesores de la OPS/OMS.

En la reunión llevada a cabo en República Dominicana, en abril de 2009, el GT elaboró por consenso una propuesta sobre la misión, la visión, la definición y los roles y funciones de los servicios farmacéuticos. Esos elementos constituyeron la base del desarrollo posterior del documento, que fue discutido en eventos desarrollados en Costa Rica en noviembre de 2009 y en Brasil en mayo de 2010.

El documento se inicia con los antecedentes tanto de la APS como de los servicios farmacéuticos. A continuación se reflexiona sobre la razón que hace necesario el cambio en el enfoque de los servicios farmacéuticos y cuál es la dirección de ese cambio. El capítulo siguiente incluye el marco estratégico: visión, misión, principios y valores, roles, funciones de los servicios farmacéuticos y factores críticos de éxito. Más adelante, en capítulos separados se desarrollan en forma más detallada estos factores críticos de éxito. Finalmente se describen las responsabilidades, así como las estrategias para la implementación y las herramientas necesarias.

Cuatro marcos conceptuales constituyen la base del documento: a) los postulados de la APS; b) los aspectos operativos de los servicios farmacéuticos ba-



sados en APS como parte de las redes integradas de servicios de salud (RISS); c) la teoría de la gestión por procesos y, d) la atención farmacéutica y las buenas prácticas de farmacia (BPF).

Para el desarrollo de la propuesta, se buscaron las mejores prácticas existentes en las actividades relacionadas con los servicios farmacéuticos. Sin embargo, cabe tomar en cuenta que éste es un proceso de reflexión y construcción colectiva, y que no existe un modelo completo y validado; por lo tanto, necesita realimentarse de la experiencia, que debe ser documentada y diseminada.

El propósito de este documento de posición es orientar a los países de la Región para el desarrollo de servicios farmacéuticos basados en APS.

El documento puede ser utilizado por los ministerios y secretarías departamentales o estatales de salud; por el sector académico, los organismos no gubernamentales (ONG), las asociaciones profesionales principalmente de farmacéuticos y las organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la APS con la visión renovada, propuesta por la OPS/OMS.



I. Antecedentes

Atención primaria de salud

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)² “reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, mismo que se fundamenta en el objetivo de la OMS indicado en el primer artículo de su Constitución (1948): “será alcanzar por todos los pueblos el grado más alto posible de salud” y su declaración de que “el disfrute del grado más alto posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (13).

En la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, celebrada en 1978, se definieron el concepto y las bases de APS (1). Desde entonces, se han alcanzado muchos logros en materia de salud. Las cifras incluidas en el informe de Salud en las Américas 2012, muestran que entre 2000 y 2010 la esperanza de vida pasó de 72,2 a 76,2 años; entre 2005 y 2010 la tasa de mortalidad general en la Región siguió disminuyendo, al pasar de 6,9 a 6,4/1000 habitantes; la mortalidad infantil se redujo en 66%, al descender de 42 a 14,8/1000 nacidos vivos entre 1990 y 2009. Por otra parte, entre 1990 y 2010 la razón de la mortalidad materna se redujo en 43% en América Latina y en 30% en el Caribe y las coberturas de vacunación promedio alcanzaron a 93% de los niños menores de un año de edad (14).

Sin embargo, en la misma Región persisten muchos desafíos que superar. Por ejemplo, de acuerdo con el informe Salud en las Américas, de 2012, la disminución promedio en la mortalidad infantil oculta hasta 50 puntos de diferencia entre distintas naciones: 4,8/1000 nacidos vivos en Cuba y 57 en Haití. En general, la mayoría de los pobres en los países de la Región no pueden conseguir servicios de atención a la salud: 30% debido a razones de financiamiento y 21% porque se ven disuadidos debido a las barreras geográficas. Con respecto a la vacunación, a pesar de que las coberturas nacionales para vacunas infantiles superan 90%, más de 40% de los más de 15.000 municipios de América Latina no lograron coberturas que alcancen o superen 95% (14). Por su parte, 30 millones de personas (7% de la población total de la Región) todavía carecen de acceso a mejores fuentes de agua potable.

En la década de 1980, los países con una economía sólida organizaron sus sistemas de salud siguiendo el modelo de protección social, en tanto que en los países en desarrollo el sistema de salud se caracterizó por un amplio reformismo social, en respuesta al evidente deterioro de las condiciones de vida de grandes grupos poblacionales. Lo anterior abrió todavía más las brechas seculares entre las naciones industrializadas y aquellas en desarrollo (11).

2. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), del 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>. [Acceso: 2013 04 07].



Por otra parte, en esa misma década el sector salud en la Región asumió un decidido liderazgo para integrar a más fuerzas sociales, tal como lo hizo el XXVII Consejo Directivo de la OPS/OMS con la resolución que concedió “prioridad a la población de extrema pobreza de las áreas urbanas y rurales”, como una expresión de la meta de la salud para todos. De esta forma, la OPS/OMS dio una perspectiva más antropocéntrica a sus concepciones y, de paso, ahondó la contradicción con la tendencia asistencialista, misma que seguía sin alcanzar suficientes logros (15).

Debido a la presión para lograr mayor eficiencia y menos gastos en salud, desde la década de 1970 los distintos países han ido reformando sus sistemas de salud. Si bien los principios de universalidad, equidad y resolutivez están presentes en muchos documentos, siguen siendo un desafío, en particular el alcance de la equidad (16). En el caso de la APS, en muchos lugares las tentativas para implementar las propuestas de Alma Ata, resultaron en mensajes entendidos de manera excesivamente simplificada, con servicios focalizados y no resolutivos, donde se mantuvo la visión de las enfermedades y no de los individuos en su contexto social.

En 2003, la celebración de los 25 años de la Conferencia Mundial sobre APS llevó, por una parte, a reflexionar sobre los resultados de la estrategia de la APS y, por la otra, a proponer una renovación de los postulados de la misma con base en el contexto mundial en los inicios del siglo XXI. La recién nombrada Directora General de la OMS retomó esta propuesta en 2007 y se comprometió a reorientar el trabajo de la Organización hacia la APS. El informe Mundial de la Salud de 2008 (17), y la resolución WHA62.12 sobre atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud (11) son producto de este esfuerzo.

En la Región de las Américas se plantearon, la década de 1990, los sistemas locales de salud (SILOS) como la “táctica operacional adecuada para la aplicación de los principios básicos de la estrategia de atención primaria y de sus componentes esenciales”. Como parte de éstos, se promovió el desarrollo de los servicios farmacéuticos y la utilización de los medicamentos esenciales. Sin bien la propuesta de los SILOS se estableció como eje articulador de la reorientación y reorganización del sector salud en la descentralización y en el primer nivel de atención, no bastó para superar la situación de crisis del momento y lograr los objetivos esperados (18).

La Región de las Américas también fue pionera en la revisión de la APS; los principales marcos políticos para el desarrollo del trabajo de la APS renovada fueron:

- Resolución CD44.R6/2003 de la OPS/OMS: Atención Primaria de Salud en las Américas: lecciones aprendidas en 25 años y retos futuros (19).
- Resolución CD46.13/2005 de la OPS: Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de Atención Primaria de Salud (20).
- Declaración: “Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria” (21).

- Panel “Abordando los Determinantes de la Salud y el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud” (22).

De igual manera, la Agenda de Salud para las Américas (23), formulada y aprobada por los ministros de salud de las Américas, establece un compromiso conjunto de todos los países de la Región a fin de dar respuesta, a lo largo de la próxima década, a las necesidades de salud de la población, rescatando principios y valores en materia de derechos humanos, así como universalidad, accesibilidad e inclusión, equidad en salud y participación social. Esta Agenda plantea diez áreas de acción necesarias para superar la situación prevaleciente, entre las que se incluyen el aprovechamiento de los conocimientos, la ciencia y la tecnología, el acceso a los servicios de salud de calidad incluyendo los medicamentos, el fortalecimiento de la gestión y el desarrollo profesional del personal de salud, entre otras.

También es importante como antecedente el documento de posición (12), ya mencionado en la introducción, el cual contó con la participación de ministerios de salud, institutos de seguridad social y universidades y se publicó en marzo de 2007, con amplia distribución en inglés, español, portugués y francés.

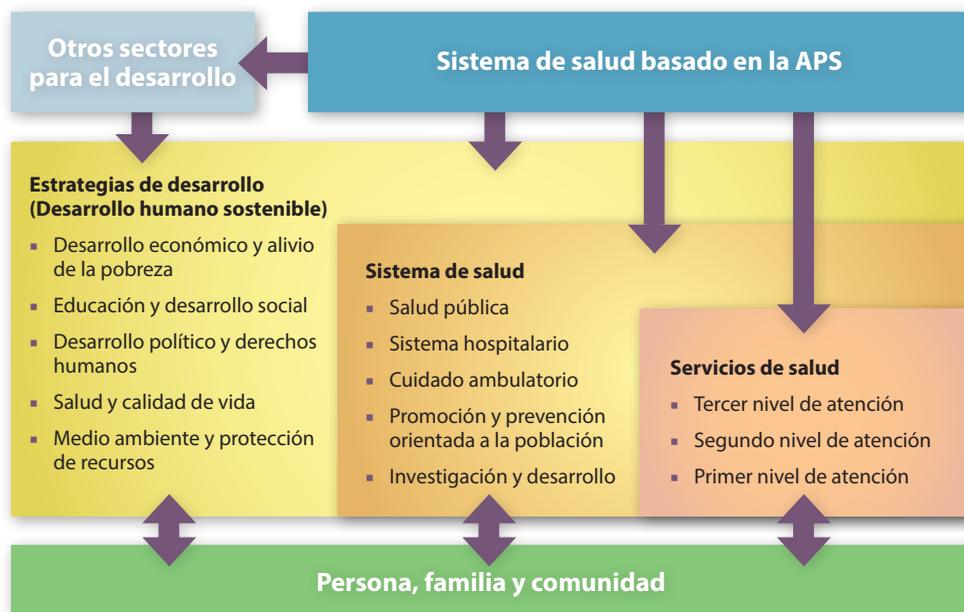
Para la OPS/OMS, los sistemas de salud basados en la APS deben organizarse y operarse de forma tal que el derecho al nivel de salud más alto posible constituya su principal meta, al mismo tiempo que ensanchan la equidad y solidaridad.

La estrategia de la APS renovada también se vincula con otras estrategias de desarrollo por medio de acciones intersectoriales, como la promoción de ciudades y espacios saludables; la educación relacionada con el ambiente y la economía; la promoción de la salud; la prevención de accidentes de tránsito; las comunidades saludables y el saneamiento básico, entre otras.

Bajo este nuevo concepto, la APS deja de entenderse selectivamente como el primer nivel de atención, y pasa a ser considerada estratégicamente como un conjunto de principios y valores que orientan el desarrollo de los sistemas de salud (23). En la figura 1 se muestra una representación de un sistema de salud basado en la APS con la articulación de los niveles de atención en esta nueva estrategia.

En tanto que metas sociales, los valores constituyen la base; por su parte, los principios fundamentan la legislación en materia de salud, la evaluación y la generación y distribución de recursos y, finalmente, los elementos aportan la base estructural y funcional para los programas (operacional).

FIGURA 1. REPRESENTACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD BASADO EN LA APS



Fuente: OPS/OMS (24).

En la figura 2 se representa gráficamente la integración entre estos distintos componentes.

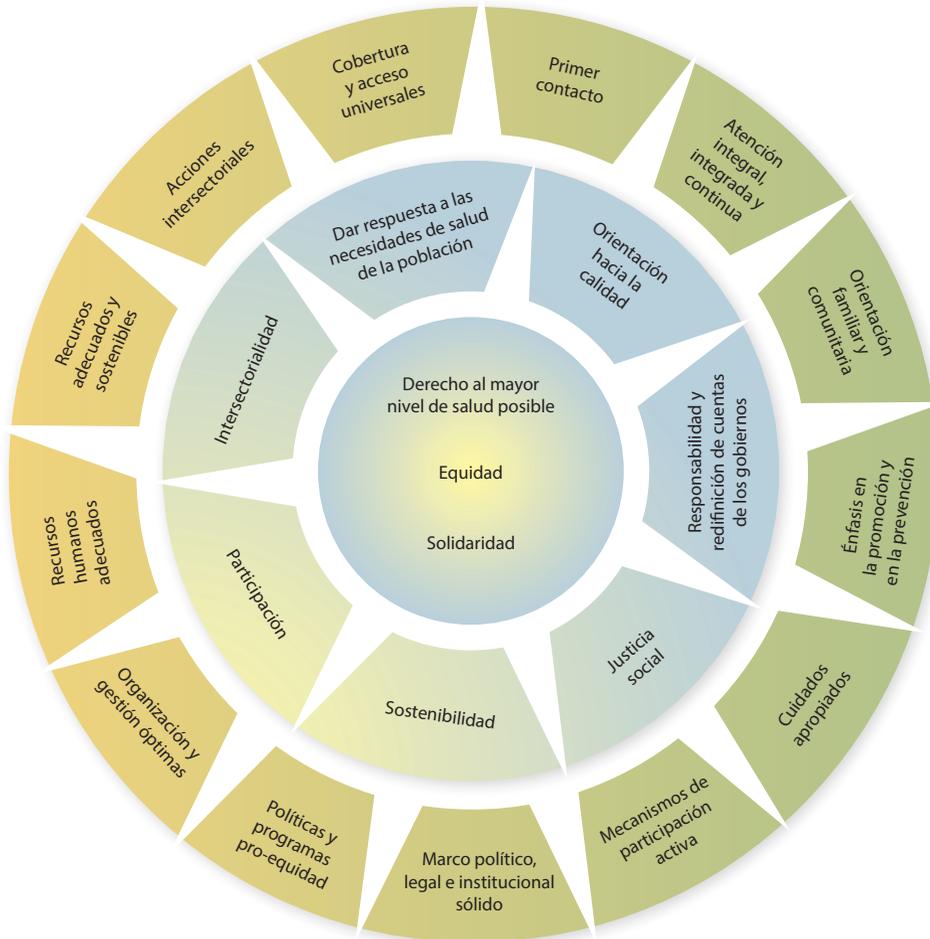
Al documento de posición le siguieron dos propuestas cuyo objetivo ha sido proporcionar las herramientas necesarias para implementar la operación de la APS: a) el documento "Redes Integradas de Servicios de Salud" (RISS), como estrategia operativa para la implementación de la APS y que contiene conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas (8); b) las estrategias para el desarrollo de los equipos de APS, cuyo fin es definir los equipos de trabajo y reconocer la importancia de los grupos interdisciplinarios (25).

A continuación se abundará en algunos de los elementos propuestos por la OPS/OMS para la APS renovada, dada su importancia para la puesta en marcha de la misma: el primer contacto y la atención integral, integrada y continua.

En el primer contacto se procura canalizar, en cada nuevo episodio, las necesidades del usuario hacia los servicios pertinentes para garantizar su abordaje.

La atención integral se vincula con el hecho de que el sistema de salud se organiza para proveer una cartera con los servicios necesario, donde están integradas la promoción de la salud, la prevención, la curación y la rehabilitación, para responder adecuadamente a las necesidades de la población. A fin de lograr lo anterior, es necesaria la atención integrada de los recursos disponibles en todo el sistema de salud, garantizando continuidad en la atención a las personas para satisfacer sus necesidades a lo largo del tiempo y en cualquier lugar, estableciendo un vínculo continuo con el equipo de salud.

FIGURA 2. VALORES, PRINCIPIOS Y ELEMENTOS ESENCIALES EN UN SISTEMA DE SALUD BASADO EN LA APS



Fuente: OPS/OMS (12).

Estos elementos reflejan la atención centrada en la persona y no en la enfermedad, para cubrir el conjunto de necesidades de salud destacando la importancia de la participación de diferentes disciplinas en equipo, puesto que es necesario contar con múltiples conocimientos, habilidades y prácticas para ofrecer la debida atención al conjunto de necesidades de salud.

Más recientemente la OPS/OMS ha estado trabajando en reposicionar la estrategia de la APS renovada como una herramienta para alcanzar la Cobertura Universal de Salud (CUS). En su discurso de posesión, la Dra. Carissa Etienne mencionó como el tercer requisito de la CUS, “en tercer lugar, la atención sanitaria universal significa tener acceso universal a profesionales de la salud bien adiestrados y motivados, a tecnologías y productos médicos seguros y eficaces, y a redes de prestación de servicios bien organizadas. Significa crear y mantener

sistemas de salud sólidos basados en la atención primaria de salud. Nuestra labor en este sentido debe estar guiada por la innovación, la información basada en datos científicos y la investigación adecuada” (26).

Servicios farmacéuticos: del medicamento a las personas

Desde la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los medicamentos han sido considerados como insumos prioritarios para alcanzar el derecho al nivel máximo de salud. En 1977 se lanzó el concepto de “medicamentos esenciales” (ME) y poco después, a partir de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, los ME fueron considerados como uno de los ocho elementos necesarios para lograr la meta de salud para todos. Desde entonces, los ME se han constituido en uno de los pilares de la formulación e implementación de políticas farmacéuticas nacionales, con un enfoque de salud pública y de derecho. La OMS ha desarrollado una lista modelo de ME y un formulario modelo que se actualizan periódicamente y que constituyen herramientas importantes para apoyar a los distintos países a lograr sus metas en materia de salud. El concepto ME deberá aplicarse de manera flexible, de tal manera que se adapte a distintas situaciones; cada país es responsable de la determinación de los medicamentos considerados esenciales, y dicha determinación debe revisarse periódicamente.

Son numerosos los esfuerzos que se han hecho, y cuantiosos los recursos que se han invertido por parte de los distintos países y de los diferentes organismos internacionales y las agencias de financiamiento, para garantizar el acceso a los ME en los servicios de salud. A este respecto cabe destacar la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. En la conferencia de expertos celebrada en 1985 en Nairobi, se definió el concepto de “uso racional de medicamentos”, mismo que representa un marco de referencia y que señala con toda claridad que no basta con proveer los medicamentos, sino que es necesario usarlos apropiadamente, para lo cual es preciso reorganizar los servicios.

No obstante todo lo anterior, el acceso a los medicamentos continúa siendo uno de los grandes desafíos. Si bien la OMS ha notificado que entre 1977 y 1997 hubo un aumento significativo del número de personas con acceso a los ME (27), una porción importante de la población mundial sigue careciendo de dicho acceso, de acuerdo con los pocos estudios disponibles al respecto (28, 29).

Por otro lado, el acceso a los ME no es equitativo y se logra, en gran parte, mediante un elevado gasto de bolsillo de los hogares. En relación con la equidad en el acceso a los ME, los estudios disponibles de Guatemala, Honduras y Nicaragua muestran que la probabilidad de que una persona quede excluida de dicho acceso aumenta cuando los individuos no tienen derecho a los servicios de atención a la salud. Dicha probabilidad va de 6,1 veces en Nicaragua, a 3,7 veces en Guatemala, pasando por cifras intermedias en Honduras (5,3 veces). En los mismos estudios se identificaron los determinantes sociales relacionados con el acceso a los medicamentos y a los servicios de salud, quedando manifiesta una gran inequidad, con factores como el analfabetismo, el desempleo, la falta de un

seguro de salud y la difícil situación socioeconómica, que determinan la exclusión o la autoexclusión a ambos servicios (28).

En otros de los problemas detectados en distintos países están la falta de coordinación entre las diversas agencias y donantes; la fragmentación y segmentación de los sistemas de suministro que comprometen su sustentabilidad, y la orientación de estos últimos a actividades relacionadas con el producto y su distribución y no tanto con su uso racional.

Con el objeto de encontrar estrategias que permitan cambiar esta visión, la OMS busca acercar las políticas farmacéuticas a las políticas de salud: concretamente, se ha definido el acceso a los medicamentos y las tecnologías como uno de los seis bloques necesarios para fortalecer los sistemas de salud (30).

Los ODM representan un importante marco para la coordinación del trabajo intersectorial. Seis de los ocho ODM, siete de las 16 metas y 18 de los 48 indicadores se relacionan directamente con la salud, si bien, de una manera más extensa, todas se relacionan con la salud en su concepto ampliado. Específicamente, la meta 8E está orientada a: “En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo.”

La estrategia de la OMS en materia de medicamentos para el periodo 2008-2013, incorpora la orientación hacia la APS y destaca como prioridad el uso de la evidencia científica y operacional para apoyar la renovación de la APS e incrementar los programas nacionales de APS a través de la identificación y promoción de las mejores prácticas. La selección de ME con base en evidencia se mantiene como piedra angular para el suministro, financiamiento y reembolso, así como para el aseguramiento de la calidad y el uso racional de medicamentos esenciales para la APS (31).

La resolución WHA60.29 (32) adopta la definición de “tecnología sanitaria”, que abarca todos los productos utilizados en la prestación de servicios de salud, los procedimientos y los sistemas, incluyendo los medicamentos. En septiembre de 2012, la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó la Resolución CSP28.R9, relativa a la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) en los Sistemas de Salud (5, 33) que, entre otros aspectos, insta a los Estados Miembros a que promuevan la creación de procesos decisorios para la incorporación de tecnologías sanitarias basadas en la ETS, donde pueden quedar incluidos la seguridad, la eficacia, el costo y demás criterios pertinentes. Asimismo los invita a utilizar los estudios de ETS en el desarrollo de políticas, regulación y compras; estimula la colaboración y formación de redes entre los distintos interesados en ETS en la Región con el desarrollo de la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas (RedETSA), y promueve el desarrollo de capacidades.

De manera cada vez más frecuente, los servicios farmacéuticos (SF) están siendo involucrados en los procesos de selección y suministro de otras tecnologías sanitarias, además de los medicamentos, de tal manera que éste constituye un campo que deberá explorarse en el futuro.

El marco conceptual de los servicios farmacéuticos en el plano global

En lo que se refiere específicamente a los SF, en los Estados Unidos se desarrolló, durante la década de 1960 y en el ámbito hospitalario, el concepto de farmacia clínica, más bien relacionado con la práctica profesional y haciendo énfasis en el medicamento y en la terapia individual. El *American College of Clinical Pharmacy* (en sus siglas en inglés: ACCP) la definió como “una disciplina de las ciencias de la salud en la cual los farmacéuticos proveen atención a los pacientes que optimiza la terapia medicamentosa y promueve la salud, el bienestar y la prevención de enfermedades” (34).

Una reflexión crítica acerca de la farmacia clínica llevó a algunos farmacéuticos a concluir que no hubo logros con respecto a la propuesta de dar el énfasis al paciente, dado que la mayor parte de la práctica farmacéutica estaba dirigida al equipo de salud y al medicamento y no a la interacción del farmacéutico con el paciente. En este contexto, Hepler y Strand (35) propusieron una nueva filosofía de la práctica farmacéutica definida como **atención farmacéutica** (AtenFar), o sea, la “provisión responsable de farmacoterapia, con el propósito de conseguir resultados concretos que mejoren la calidad de vida de los pacientes”. Esto implica un proceso donde el farmacéutico coopera con el paciente y con otros profesionales de la salud y, frente al paciente, asume la responsabilidad, por la calidad de la farmacoterapia.

Por su parte, a partir de una serie de reuniones la OMS desarrolló la serie titulada “El papel del farmacéutico en los servicios de salud”. En la primera reunión, celebrada en Nueva Delhi, India, en 1988, se discutieron temas importantes, como el campo de actuación del farmacéutico en el área de salud (36). La segunda de esas reuniones se llevó a cabo en Tokio, Japón, en 1993 (37), y ahí se abordó el tema de la función del farmacéutico, enfatizando la importancia de “contribuir a satisfacer la necesidad social de disponer de una atención en salud efectiva, segura y económica”, para minimizar “los efectos negativos para el paciente y la comunidad”. Asimismo en dicha reunión se destacó la importancia del “método de trabajo en equipo, vital si se quiere obtener un rendimiento óptimo de recursos limitados —tanto humanos como financieros— para atender las necesidades asistenciales en cualquier país”(37). Por último, se ratificó el concepto de “atención farmacéutica” propuesto en 1990 por Hepler y Strand (35), y se emitió la Declaración de Tokio.

Las recomendaciones de estas dos reuniones fueron el insumo para la aprobación de la resolución WHA47.12, emitida en 1994, sobre el papel que debe desempeñar el farmacéutico. En dicha resolución se exhorta a los farmacéuticos a colaborar para garantizar la calidad, el acceso y el uso racional de los medicamentos, y a que apoyen el desarrollo de la atención farmacéutica; además, se pide a los Estados Miembros y a las asociaciones de farmacéuticos que definan el papel del farmacéutico en la atención de la salud, que aprovechen mejor sus capacidades en los sistemas de salud y, por último, se solicita al Director General de la OMS que apoye a los países para desarrollar SF y regulación de medicamentos (38).

La tercera reunión de la OMS sobre el papel del farmacéutico se realizó en Vancouver, Canadá, en 1997, y fue sumamente importante porque ahí se discutieron y definieron los conocimientos y habilidades que debe poseer un farmacéutico, concretándose todo ello en “las siete estrellas del farmacéutico”, que se detallan más adelante, así como la necesidad de modificar la preparación básica del farmacéutico (39).

La cuarta reunión de la OMS sobre el papel del farmacéutico fue realizada en La Haya, Holanda (1998), donde se discutió el papel del farmacéutico en el autocuidado y la auto-medicación, en el marco de la promoción de salud (3).

Como herramienta para la puesta en práctica del papel del farmacéutico en el sistema de salud y su misión a partir del desarrollo de la formación y la práctica farmacéutica, surgió el documento: *Developing pharmacy practice: A focus on patient care* (40), elaborado por la Federación Farmacéutica Internacional (en sus siglas en inglés: FIP) en colaboración con la OMS. Este documento agrega una estrella al farmacéutico: la de investigador.

En 2011 se revisaron las directrices conjuntas de la OMS y la FIP en materia de buenas prácticas en farmacia (BPF), definiéndolas como: “Las buenas prácticas en farmacia son aquellas que responden a las necesidades de las personas que utilizan los servicios farmacéuticos para ofrecer una atención óptima y basada en la evidencia. Para apoyar estas prácticas, es fundamental que se establezca un marco nacional de estándares y directrices de calidad”. Por lo tanto, para apoyar esta práctica es esencial que en el ámbito nacional se establezca un marco de estándares de calidad y sus directrices correspondientes (41).

El desarrollo de los servicios farmacéuticos en la Región de las Américas

En la Región de las Américas, los SF forman parte de las discusiones generadas en el marco de los SILOS, a partir de una reunión de expertos convocada por la OPS/OMS en Quito, Ecuador, en 1989. Las conclusiones de dicha reunión se constituyeron en una importante referencia, que hoy en día sigue vigente, para la elaboración de políticas farmacéuticas y la definición de estrategias de organización de los SF, con el objeto de garantizar el acceso a los ME de calidad y con seguridad (42). Así entonces, en la reunión se aprobó la siguiente definición:

“Los servicios farmacéuticos son parte integrante de los servicios y programas de salud, y representan un proceso que abarca:

- el suministro de medicamentos en todas y cada una de las etapas constitutivas,
- la conservación y el control de la calidad;
- la seguridad y la eficacia terapéutica de los medicamentos;
- el seguimiento y la evaluación de la utilización;
- la obtención y difusión de información de medicamentos, y

- la educación permanente de los demás miembros del equipo de salud, el paciente y la comunidad para garantizar el uso racional de los medicamentos” (42).

Sin embargo, esta definición se considera todavía muy centrada en los aspectos curativos, de tal manera que es evidente la necesidad de una revisión a la luz de la estrategia de la APS renovada.

En Centroamérica, Ara y Marchand (43) describieron cómo, en el caso específico de la relación APS y el uso de los ME, la “articulación entre formación del personal técnico y la actualización del personal de servicios, radica en que parte del trabajo concreto está inmerso en la experiencia de los usuarios, en sus demandas en términos de necesidades de conocimientos y habilidades para una mejor atención (y auto-cuidado) a la población que asume responsabilidades terapéuticas a nivel local”.

Por otra parte, en Colombia surgió un movimiento en favor del desarrollo conceptual, metodológico y de aplicaciones prácticas en SF, buscando instaurar esos conceptos y métodos en el conjunto de acciones de salud y en el marco de una nueva ética de responsabilidad social, enfrentando versiones que hasta entonces, estaban dominadas por concepciones reducidas del quehacer en salud e ideologías de mercado, incapaces de elaborar propuestas de cobertura amplia en sectores poblacionales (44).

En Costa Rica (45), el Área Andina (46) y, más adelante, en otras partes de la Región de las Américas, se implementó el suministro de medicamentos como práctica científica, abordada en su complejidad e integridad como sistema. Lo anterior constituía una exigencia para acceder al pleno conocimiento de su dinámica y, a partir de ahí, aplicar conceptos y métodos para su despliegue en un escenario social concreto: los sistemas de salud y, dentro de éstos, los SF, con el anhelo de acceder a los ME.

En el marco de la política nacional de medicamentos de 1998 en Brasil (47) se incorporó, como una directriz esencial, el fortalecimiento de la asistencia farmacéutica,³ que inicialmente fue considerada dentro de un ámbito de acción similar al de la definición de los SF de la OPS/OMS. En 2004 este concepto fue revisado e incorporado en la Política Nacional de Asistencia Farmacéutica (48). La implementación de estas políticas en un sistema de salud descentralizado tuvo, como uno de sus pilares, la profesionalización de los SF en el Sistema Único de Salud (SUS), con el desarrollo de un mecanismo de financiamiento tripartita — gobierno federal, estatal y municipal—, incluyendo recursos para la adquisición de ME y un componente de calificación de los SF, el desarrollo de diversas

3. La asistencia farmacéutica debe entenderse como una política pública que orienta la formulación de políticas sectoriales, entre las cuales se destacan las correspondientes a los medicamentos, a la ciencia y la tecnología, al desarrollo industrial y a la formación de recursos humanos, entre otras, garantizando la intersectorialidad inherente al SUS y cuya implantación involucre tanto al sector público como al privado. La asistencia farmacéutica abarca un conjunto de acciones dirigidas hacia la promoción, protección y recuperación de la salud, siendo el medicamento el insumo esencial y teniendo en la mira su acceso y uso racional. “Este conjunto abarca la investigación, el desarrollo y la producción de medicamentos e insumos, tanto en su selección como en la programación, adquisición, distribución, dispensación, garantía de calidad de los productos y servicios, así como el seguimiento y evaluación de su utilización, en la perspectiva de la obtención de resultados concretos y la mejoría de la calidad de vida de la población”.

iniciativas de capacitación de los profesionales de los servicios (cursos de corta duración, especialización, residencias y maestría profesional, entre otros), la creación de sistemas de información (Horus) y su integración en la estrategia de salud de la familia, entre otras estrategias.

De este recorrido histórico y de los conceptos propuestos, cabe destacar las diferentes orientaciones y la amplitud en el ámbito de actuación, primero teniendo como finalidad el medicamento, después el medicamento como insumo de salud y, finalmente, el medicamento para la mejoría de la calidad de vida.

Durante el taller realizado en Santo Domingo, República Dominicana, en 2009, sobre SF basados en APS (49), el análisis de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas (DOFA) mostró los avances obtenidos en distintas áreas relacionadas con las políticas farmacéuticas, tales como el fortalecimiento de la regulación en distintos países; el desarrollo de estrategias para mejorar el acceso; el fortalecimiento de los sistemas de abastecimiento de medicamento y las estrategias de promoción del uso racional. No obstante, también apuntó debilidades y desafíos que es necesario enfrentar, como:

- la insuficiente garantía de cobertura universal de atención de salud, incluida la cobertura de medicamentos;
- el escaso conocimiento del concepto de SF y de la APS renovada por parte de los profesionales de la salud;
- el hecho de que la orientación de las políticas sanitarias están mayoritariamente dirigidas al producto;
- la insuficiencia de recursos humanos en SF, además de la asignación inequitativa, en especial de profesionales capacitados para el cambio de paradigma;
- la formación práctica del farmacéutico orientado más al producto que al servicio de salud, lo que dificulta el trabajo en equipo y la integración con la comunidad;
- la débil rectoría para enfrentar la fragmentación/verticalización del sistema de salud, que afecta de manera importante a los SF;
- infraestructura y equipos escasos;
- el hecho de que en muchos países la legislación considera las farmacias como comercio y no como servicios de salud;
- los actores, principalmente donantes, con visión medicamentada, con recursos orientados muchas veces hacia los productos;
- la publicidad comercial con sus distorsiones que sustituye la orientación farmacéutica, lo que conlleva a problemas en cuanto al uso racional de los medicamentos;
- no existen recursos financieros para la implementación de un modelo de SF basados en la APS, y
- la cultura predominante de los pacientes que sólo creen a los médicos y los centros hospitalarios.

La reunión de Santo Domingo constituye un hito en este proceso, ya que permitió una profunda reflexión sobre la situación descrita anteriormente y sobre los resultados mostrados en los pocos estudios disponibles, así como en la forma como se ha trabajado en las últimas décadas. Asimismo se analizaron, en forma constructiva, las oportunidades existentes para desarrollar SF de calidad como parte de los sistemas y servicios de salud, compartiendo los fundamentos y principios de la APS renovada, así como los instrumentos propuestos para el desarrollo de los servicios de salud.

II. El cambio en los servicios farmacéuticos

Desafíos para el cambio

“Las crecientes expectativas de la sociedad respecto a la salud y la atención sanitaria, se traducen en exigencias de servicios más centrados en el [conjunto] individuo, familia, comunidad (IFC), un mayor nivel de atención sanitaria en el ámbito comunitario y una participación más efectiva en las decisiones” (11). Por lo tanto, los cambios en los SF no pueden ser inferiores a tales expectativas.

Vivimos en un contexto de globalización y “post-modernidad”, con cambios estructurales y el reto de un difícil equilibrio ante tantas contradicciones. En este contexto, Beck (50) lanza el concepto de “sociedad del riesgo”. De acuerdo con este autor, nos enfrentamos a los contrastes de la modernidad y de la sociedad industrial; la producción de riquezas y de riesgos; la inequidad, los desastres, las enfermedades y muchas otras amenazas globales, además de muy variadas dinámicas políticas y sociales.

En los tiempos actuales los riesgos son distintos, y trascienden la percepción sensorial (50); así, están presentes las fórmulas físico-químicas de los elementos tóxicos de los alimentos, las amenazas nucleares y las pandemias, entre otros. Al mismo tiempo, la transición demográfica trae consigo el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades no transmisibles (51), junto con el desafío que representa garantizar el acceso a la atención de salud y a los recursos terapéuticos necesarios, incluidos los medicamentos.

Al mismo tiempo que enfrentamos los riesgos recurrentes de la superproducción, del desarrollo industrial y del progreso, sufrimos el impacto de los riesgos antiguos, como el hambre, la pobreza, la inequidad y la falta de acceso a la atención de salud, todos ellos relacionados con los procesos de racionalización, de los conflictos de garantías sociales. Los nuevos riesgos trascienden su lugar de surgimiento, y son peligros de las fuerzas productivas muy desarrolladas, de la globalización, que las antiguas instituciones tienen dificultad de absorber y afrontar.

Por lo tanto, es necesario adaptar los sistemas de salud y los SF a las tendencias sociales que generan transiciones demográficas, a las crisis y los colapsos económicos y a las sociedades multiculturales, donde se identifican fuerzas de cambio como la diversidad cultural y étnica, las sociedades heterogéneas y los riesgos como la desigualdad, la exclusión social y muchos otros.

Tales fuerzas exigen reconocimiento y formas distintas de comunicación y acción (52, 53), y nuevas tecnologías que convierten el acto de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades en un arte. Se observa un desfase entre la investigación y el desarrollo de medicamentos y los problemas



prioritarios de salud de la población, tales como los antibióticos, las vacunas o los medicamentos para las enfermedades olvidadas (54).

Hacia dónde va el cambio

Es necesario que los cambios permitan afrontar la problemática descrita, así como los antiguos y nuevos desafíos.

En el cuadro 1 se muestra en forma esquemática la problemática y la situación deseada.

CUADRO 1. MARCOS DEL CAMBIO EN LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS HACIA LOS PRINCIPIOS DE LA APS RENOVADA

Situación actual	Situación deseada
Atención individual, incompleta y fragmentada	Atención integral e integrada al individuo, la familia y la comunidad, humanizada y comprometida con el alcance de resultados en salud
Atención centrada en la enfermedad	Atención centrada en la salud, incluyendo la promoción y la prevención
Servicio farmacéutico centrado en el medicamento	Servicio farmacéutico centrado en el individuo, la familia y la comunidad
Atención episódica	Atención continua
Trabajo individual	Trabajo en equipo
Acceso inequitativo a los servicios farmacéuticos	Equidad y cobertura universal
Dificultades en el acceso geográfico a los servicios farmacéuticos	Mejor distribución de las redes de salud
Sistemas de suministros ineficientes, segmentados y fragmentados	Sistema único de suministros
El mismo servicio para todos	El servicio adecuado a las necesidades
Servicios fragmentados y segmentados	Servicios en Redes Integradas de Servicios de Salud
Falta de protocolos	Definición de normas, guías y procesos
Recursos humanos insuficientes en cantidad y calidad	Recursos humanos adecuados y sostenibles
Formación profesional orientada al producto	Formación profesional orientada al servicio
Políticas orientadas al producto	Políticas orientadas al servicio
Alto gasto de bolsillo en medicamentos	Financiamiento sostenible
Trabajo exclusivo con el sector salud	Trabajo intersectorial

Los cambios deben orientarse a:

La eliminación de las dificultades de acceso

La OPS/OMS (25) recomienda la identificación de las limitaciones para la accesibilidad, la interacción y el logro de consensos para su eliminación. Se propone que los SF se reorienten de forma tal que se contribuya a la eliminación de las barreras relacionadas con los determinantes sociales del acceso a la salud (55) y las tecnologías sanitarias, afrontando dificultades de orden socioeconómico, geográfico, sociocultural y, por supuesto, organizacional. Los SF deben ser un derecho para todos los estratos poblacionales tanto en los centros urbanos como en los rurales, evitando que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.

La mejoría de resultados terapéuticos y de salud

La **atención farmacéutica** es una filosofía de práctica que implica una interacción directa del farmacéutico con el paciente o la comunidad (37), en la que se controlan las consecuencias del uso de medicamentos basados en las evidencias del conocimiento actual y en el compromiso con la obtención de resultados concretos. La misión de la práctica farmacéutica y los requisitos necesarios para su puesta en marcha fueron revisados por la OMS en conjunto con la FIP en la actualización de las directrices para las buenas prácticas en farmacia (41):

“La misión de la profesión farmacéutica es contribuir a la mejora de la salud y ayudar a los pacientes con problemas de salud para que hagan el mejor uso de los medicamentos. Esta misión tiene seis componentes:

- estar siempre disponibles para los pacientes con o sin cita previa;
- identificar, gestionar o detectar problemas de salud;
- promover la salud;
- asegurar la eficacia de los medicamentos;
- prevenir el daño causado por medicamentos, y
- realizar un uso responsable de los recursos limitados de la atención sanitaria”.

La incorporación de los servicios farmacéuticos como componentes de las políticas farmacéuticas nacionales

Es fundamental la actualización y adaptación de las políticas farmacéuticas nacionales, incluidos también los elementos de monitoreo, evaluación y de garantía de su cumplimiento.

El acceso equitativo a los SF debe constituirse en el punto de partida de la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en el área farmacéutica, como parte integrante de las políticas de salud y de las macro políticas sociales, orientados por la APS. Es igualmente importante involucrar a los diversos actores, de forma intersectorial, incorporando los distintos niveles de atención



de salud y las RISS. Como parte del marco político-institucional, es importante desarrollar directrices claras que definan el modelo, la organización y cómo deben funcionar los SF, así como su integración a los demás servicios de la RISS.

Algunos aspectos de las políticas farmacéuticas son clave para el éxito de los SF, como por ejemplo: el fortalecimiento de la autoridad reguladora; la regulación de los precios; la implementación de estrategias de medicamentos genéricos; la implementación de la estrategia de salud pública, innovación y propiedad intelectual y las compras conjuntas de medicamentos.

La gestión con atención integral e integrada, comprometida con el logro de resultados en salud

Los cambios en la gestión de los SF deben buscar que éstos proporcionen una atención integral e integrada a quienes la requieran para la promoción, recuperación y preservación de su salud. Por lo tanto, la gestión y la planificación de los SF, como parte de las RISS, deben tener en cuenta la percepción de la realidad de cada uno de los actores sociales, buscar interpretar el presente y, con base en este último, diseñar escenarios futuros de cambio.

La prestación de los servicios farmacéuticos basados en el individuo, la familia y la comunidad

Los SF de calidad deben partir de un diagnóstico adecuado, con la elección de los medicamentos, las dosis más adecuadas a la persona y la prescripción basadas en la evidencia, y con la prestación de servicios farmacéuticos de calidad, incluidos la dispensación, en la cual se brinda información y apoyo para el logro de los objetivos terapéuticos por el paciente, incluyendo no sólo el uso racional de los medicamentos sino también la promoción de estilos de vida saludables y el autocuidado.

Para lograr lo anterior, será necesario tener en cuenta el contexto socio-cultural, los determinantes sociales y ambientales, el proceso salud enfermedad y la calidad tanto de los procesos como de los productos farmacéuticos.

III. Propuesta de modelo para los servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud

El marco conceptual que se presenta en este capítulo sirve como base para organizar y comprender los elementos de los SF basados en APS. Se trata, por tanto, del ideal hacia el que se tiende, que deberá adaptarse a las condiciones propias de cada país.

Definición, misión, visión, valores y principios de los servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud

Definición – Servicios farmacéuticos

Conjunto de acciones en el sistema de salud que buscan garantizar la atención integral, integrada y continúa a las necesidades y problemas de la salud de la población tanto individual como colectiva, teniendo el medicamento como uno de los elementos esenciales, y contribuyendo a su acceso equitativo y su uso racional. Estas acciones, desarrolladas por el farmacéutico —o bajo su coordinación— incorporado a un equipo de salud y con la participación comunitaria, tienen como objetivo la obtención de resultados concretos en salud con vistas a la mejora de la calidad de vida de la población.

Misión

Contribuir al cuidado de la salud individual y colectiva de la población, a través de la participación activa del personal farmacéutico en el equipo de salud y la comunidad, con servicios farmacéuticos integrales, integrados y continuos, comprometidos con el acceso equitativo a medicamentos y otros insumos sanitarios esenciales de calidad, y su uso racional, incluyendo las terapias alternativas y complementarias en un sistema de salud basado en la APS, para alcanzar su mayor nivel de salud posible.



Visión

Servicios farmacéuticos, con relevancia social, integrados al sistema de salud y basados en la APS, que respondan a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad, con roles y funciones bien definidos que promuevan estilos de vida saludables, y el acceso y el uso racional de los medicamentos, contribuyendo así al derecho al disfrute del más alto nivel de salud posible.

Valores y principios

Se adoptan como valores y principios propios de los SF, aquellos que fueron aprobados para la atención primaria de salud renovada:⁴

Valores:

- el derecho al mayor nivel de salud posible;
- la equidad, y
- la solidaridad.

Principios:

- dar respuesta a las necesidades de salud de la población;
- los servicios orientados hacia la calidad;
- la responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos;
- la participación;
- la sostenibilidad, y
- la intersectorialidad.

Funciones de los servicios farmacéuticos

Estas funciones se han organizado en cinco grupos:

- las relacionadas con las políticas públicas;
- las vinculadas a la organización y gestión de los SF;
- las que se encuentran directamente vinculadas al conjunto IFC, intra- y extramuros;
- las relacionadas con la investigación y gestión del conocimiento, y
- las que tienen que ver con el desempeño profesional.

Se han definido las competencias necesarias para cada función, que se abordarán más adelante en este documento, en el capítulo Recursos humanos como factor de éxito para el cambio de los SF basados en APS.

4. Para ampliar el significado de cada principio consúltese el documento: OPS. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS/OMS; 2007.



Como ya se ha mencionado, para el desarrollo de las funciones se ha tenido en cuenta una serie de criterios y marcos conceptuales que marcan la diferencia con el SF tradicional. En ese sentido, es preciso considerar todos aquellos servicios que son necesarios para la optimización de una farmacoterapia con co-responsabilidad. Se propone, además, incorporar aspectos tales como la medicina tradicional y las prácticas integrativas y complementarias, como la fitoterapia y la homeopatía. Lo anterior requiere establecer un acuerdo con el paciente, además de la cooperación entre farmacéuticos hospitalarios, comunitarios, del servicio público, médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud.

Por otra parte, es fundamental conocer el territorio donde está ubicado el SF, no sólo en términos de la región geográfica, el sistema y los servicios de salud, sino también en cuanto a la población que atiende, sus características y otros determinantes sociales y ambientales. Es posible que algunos grupos de personas no necesariamente residan en la comunidad, a pesar de formar parte de ella; por ejemplo, un grupo de trabajadores de una fábrica, o los estudiantes de una escuela.

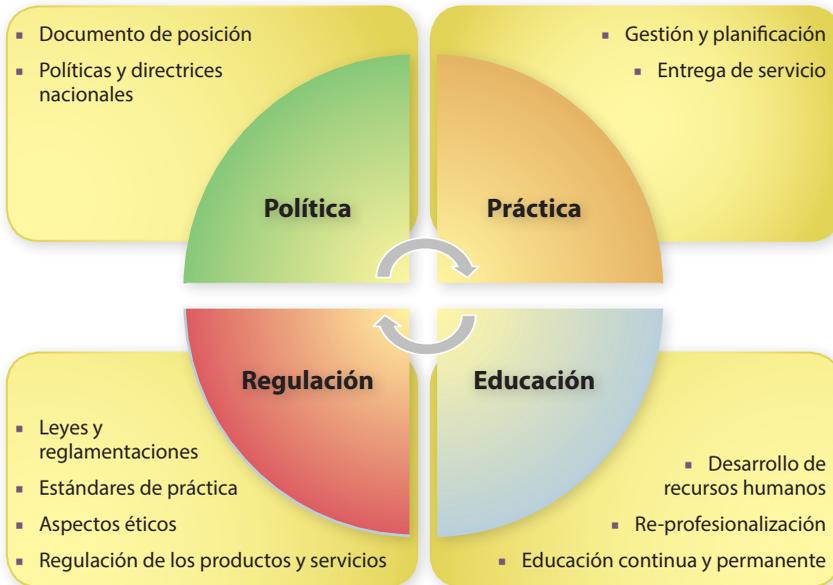
El gestor del sistema de salud y los líderes comunitarios son aliados importantes para conocer la(s) comunidad(es). Se puede utilizar el ciclo APOC (atención primaria orientada a la comunidad), donde se define la comunidad que debe atenderse, según su caracterización y la prioridad que se otorgue a un problema; los siguientes pasos son la realización de un diagnóstico detallado del problema, la elaboración de un plan de intervención y, por último, la implementación, la evaluación y la realización de un nuevo examen con la finalidad de verificar si el problema está resuelto (56). El ciclo APOC es una de las herramientas disponibles para atender, de forma más personalizada, las necesidades de una comunidad o de los grupos especiales que la conforman.

Además, es necesario considerar que este servicio forma parte de la RISS. En este sentido, es fundamental garantizar la integración y continuidad del cuidado tanto entre los niveles de atención de salud como entre los diferentes servicios. Un ejemplo de ello es la transferencia de pacientes de un contexto a otro; tanto desde el punto de vista de la información, como de los medicamentos involucrados, será necesario considerar la continuidad o no de la medicación previa durante un ingreso hospitalario, así como la reintegración de un paciente de alta hospitalaria a su contexto familiar y comunitario. En el Reino Unido, se ha demostrado que el hecho de involucrar al paciente con la utilización de sus medicamentos usuales durante el ingreso hospitalario, así como de proporcionar especial atención a los pacientes y sus medicamentos después del alta hospitalaria, pueden mejorar considerablemente la calidad de la atención y ahorrar recursos (57).

Factores críticos de éxito para el fortalecimiento de los servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud

Para la implementación de los servicios farmacéuticos basados en APS, se han identificado los siguientes factores críticos de éxito (FCE). Estos elementos pueden agruparse en cuatro áreas clave, que se resumen en la figura 3 y se desarrollan enseguida.

FIGURA 3. FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO PARA EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS BASADOS EN LA APS



Los servicios farmacéuticos y las políticas farmacéuticas

El documento de posición contiene el marco teórico y metodológico y proporciona herramientas fundamentales que, en conjunto con otros recursos, permiten comprender hacia dónde y cómo se pretende implementar el cambio.

Este documento proporciona elementos para la gestión del cambio. Es imprescindible contar con el apoyo político-institucional, así como del gremio de sociedades profesionales, e involucrar a los equipos y a la población, de tal manera que se sugiere establecer alianzas con esos actores clave. Se trata de un cambio que trasciende el ámbito de los servicios farmacéuticos y de los propios servicios y sistemas de salud, de tal manera que será necesario promover la intersectorialidad. Entre las distintas actividades que surgen, destacan la abogacía del nuevo modelo y la validación de la propuesta en cuanto a su factibilidad y viabilidad.

Gestión, planificación y entrega del servicio

Para lograr esta reorientación, se propone la organización y gestión de los servicios mediante procesos. Los servicios deben contar con los recursos necesarios, tales como el financiamiento, la infraestructura y el equipamiento necesarios para la implementación de los cambios propuestos.

La entrega del servicio se considera como el proceso clave y el componente más importante para la reorientación del modelo, basado en el conjunto IFC. Estos aspectos se abordan con mayor detalle en el capítulo dedicado a la organización y gestión de los servicios farmacéuticos.

El desarrollo de recursos humanos para los servicios farmacéuticos basados en la APS

Con respecto a los recursos humanos, es importante considerar que su cifra deberá bastar para cubrir las necesidades y que, además, sus integrantes deberán poseer las competencias adecuadas. Entre estas últimas, destaca la capacidad para observar las normas éticas y para tratar a las personas con dignidad y respeto (58). Asimismo, será fundamental su compromiso con los cambios propuestos. El cambio deberá generarse hacia el interior de los SF, esto es, hacia sus equipos, al replantear la forma de organización, gestión y provisión del servicio. Por otra parte, el cambio también se dará hacia el exterior de los SF, al modificarse la relación del farmacéutico con el equipo interdisciplinario de salud, transformando su papel profesional y la relación de los SF y sus “nuevas” funciones con los demás servicios en la institución, además de su integración con las RISS. La transformación que se requiere por parte del profesional farmacéutico es muy profunda y deberá darse gradualmente, en la medida en que se logren los cambios en la enseñanza y se promueva con mayor intensidad la educación permanente.

Es importante que los servicios que se encuentren bajo la supervisión del farmacéutico, cuenten con un equipo integrado a los equipos de otros servicios de forma interdisciplinaria que puede contribuir a mejorar la efectividad de los mismos. Por otra parte, también será necesario considerar el papel que desempeña el personal de apoyo, con distintas designaciones: técnico, asistente, ayudante, etcétera. En el capítulo sobre recursos humanos como factor crítico de éxito, se abunda sobre estos aspectos.

Regulación de productos y servicios farmacéuticos

La existencia de un marco y de autoridades regulatorias con funciones y poderes definidos, es fundamental. Será necesario contar con un componente de regulación de los servicios farmacéuticos —misión, funciones, actividades y condiciones necesarias—, y no enfocado únicamente a los medicamentos y a los establecimientos que los fabrican, consignan, distribuyen y dispensan.

Por otra parte, también será necesario revisar los estándares de la práctica profesional de acuerdo con este nuevo modelo y tomando en cuenta las Directrices conjuntas de la OMS y la FIP de buenas prácticas de farmacia (41). Cabe destacar



también la importancia de no dejar de lado los aspectos de ética y bioética. Para mayor información al respecto, se pueden consultar los capítulos sobre regulación de profesionales, servicios y medicamentos, y de servicios farmacéuticos y ética.

IV. La gestión de los servicios farmacéuticos

Existen varios estudios donde se ha demostrado que los medicamentos constituyen uno de los recursos terapéuticos más utilizados en la sociedad moderna (59). Sin embargo el acceso a los mismos y su utilización, así como los resultados que proporcionan, deben ser mejorados. De acuerdo con la OMS, una tercera parte de la población mundial carece de acceso regular a los medicamentos. Por otra parte, de los medicamentos a los que sí tiene acceso la población, la mitad no son prescritos o dispensados correctamente. Cerca de 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no tienen adhesión a los tratamientos farmacológicos; de 4% a 5% de los ingresos hospitalarios ocurren por efectos adversos prevenibles, y cerca de 30% de las consultas de emergencia se deben a problemas relacionados con medicamentos, muchos de ellos prevenibles (60, 61).

En general, el contacto inicial con un usuario de medicamentos ocurre en la farmacia; este establecimiento es de fácil acceso a la población. Según datos del Reino Unido, 99% de las personas, inclusive aquellas que residen en zonas alejadas en el campo o en la montaña, logran trasladarse a una farmacia comunitaria hasta en 20 minutos, y 96% pueden llegar a estos establecimientos a pie o utilizando el transporte público; un 75% de las visitas a farmacia se debe a la presencia de problemas de salud y las mujeres con más de 35 años y con problemas crónicos de salud son quienes más los frecuentan. Por otra parte, 84% de los adultos acuden a la farmacia por lo menos una vez al año; de ellos, 74% lo hacen por razones de salud y los adultos mayores llegan hasta una media de 14 visitas anuales. Uno de cada diez va a solicitar asesoría. La mayoría de las personas (75%) acude a la misma farmacia la mayor parte del tiempo (62).

En cuanto a la Región de las Américas, estudios realizados en el Caribe mostraron que 97% de las personas en Barbados (63), 60% en Jamaica (64) y 93,3% en Santa Lucía (65) destinaron menos de treinta minutos para acceder a una unidad de salud. Por su parte en los estudios realizados en Centroamérica, la situación no fue tan satisfactoria: 63,5% de las personas en Guatemala, 58,8% de las personas en Honduras y 53,3% en Nicaragua (66) requirieron más de treinta minutos para desplazarse hasta la farmacia de la unidad de salud pública. A lo anterior se aúna el hecho de que el costo del transporte muchas veces resultó más elevado que el costo de los medicamentos.

En 2009 se llevó a cabo un estudio en el Reino Unido (57) donde se encontró que el costo anual bruto para el Sistema Nacional de Salud (por sus siglas en inglés: NHS) del desperdicio en medicamentos de prescripción en atención primaria y comunitaria, era del orden de los 300 millones de libras esterlinas. Se concluyó que la situación ameritaba atención tanto desde el punto de vista gerencial como profesional, aunque no todo desperdicio es evitable o resultado de negligencia profesional.



El desafío del NHS consiste en ahorrar 20 mil millones de libras esterlinas entre 2014 y 2015, a través de medidas que incrementen la eficiencia. Para lograr este objetivo, se conformó un grupo directivo para mejorar el uso de los medicamentos. Este grupo, a partir de estos hallazgos, de otros datos y de la revisión de las mejores prácticas en diversos servicios, presentó una serie de recomendaciones y un plan de acción que incluye:

- las medidas específicas de apoyo a pacientes en atención primaria;
- el uso eficaz de los medicamentos en los hospitales;
- el uso de medicamentos en los hogares para jubilados y en los servicios de atención a pacientes terminales;
- la participación de las personas en las decisiones que conciernen su medicación, y
- la optimización de la comunicación entre los profesionales de la salud, los trabajadores sociales y los pacientes.

Varias de las acciones propuestas se basan en el incremento de la efectividad de la utilización de los recursos, haciendo énfasis en la colaboración interdisciplinaria y entre los profesionales de la salud y los usuarios, potencializando la oferta de servicios profesionales de las farmacias comunitarias, como una parte del acuerdo establecido entre estas últimas y el NHS.

En Australia, las farmacias comunitarias establecen contratos de servicios con el sistema nacional de salud que, en su más reciente versión, incluye la revisión del uso de medicamentos —conocido como MedsChecks—, como parte de los servicios ofrecidos. La asociación de los farmacéuticos, considera estos servicios como un valor añadido de los profesionales de las farmacias comunitarias al papel de los demás profesionales de la salud (67, 68).

Es fácil observar que la farmacia comunitaria casi siempre está en el “corazón” de las comunidades y que funciona con horarios de atención muy amplios. En otros casos, este tipo de establecimiento está próximo a los sitios de trabajo de las personas lo cual soluciona, en muchos casos, el problema de quienes trabajan y no tienen tiempo de acudir a una farmacia cerca de su domicilio (69).

Hoy en día, las farmacias en la Región generalmente orientan sus actividades hacia el producto, esto es, el medicamento. Las farmacias del sector público se ocupan de la distribución/dispensación de los medicamentos y las privadas de su comercialización. Las experiencias exitosas que se han dado en otras regiones del mundo, llevan a plantearse las siguientes preguntas: las farmacias en los países de América Latina y el Caribe ¿no están subutilizadas como sitios de prestación de servicios de salud? ¿No se trata eso de la subutilización de un recurso para la comunidad? ¿Como podría modificarse esa situación?

Características generales de un sistema de gestión

Todo proceso de cambio y de utilización de recursos con un fin específico, requiere de planificación y gestión. Aquí se discuten brevemente algunas características generales de la gestión, proponiendo aquella basada en procesos, por considerar que ese tipo de gestión contribuye con beneficios importantes al trabajo en el área de la salud, en particular tomando en cuenta el cambio propuesto.

La gestión es estratégica en todas las acciones de salud; por lo tanto, todos los profesionales de la salud deben aprenderla y practicarla, ya que se requiere un manejo óptimo de los recursos asignados, el cumplimiento de los objetivos propuestos y la toma de decisiones de acuerdo con el nivel de autonomía que se tenga, para la adecuada resolución de los problemas que se presenten.

Una organización no es igual a la suma de las partes; es importante que tenga visión, misión, objetivos y políticas institucionales, conocidos y acordados. En el caso de las organizaciones de salud, los planes específicos de trabajo de cada servicio deben armonizarse con los correspondientes a otros servicios, a partir de los objetivos estratégicos de la organización, la cual, a su vez, estará alineada con el plan de desarrollo de su localidad, provincia, municipio o país.

La organización de los sistemas de salud basados en la APS a partir de las RISS, permite optimizar y organizar los recursos y el proceso de atención a los pacientes, evitando duplicidades innecesarias y dispendiosas. Por otra parte, al adoptar la definición de SF planteada en este documento,⁵ se asumen los atributos que caracterizan a los sistemas de salud basados en la APS. Este abordaje se diferencia ampliamente de la práctica farmacéutica tradicional; por tanto, requiere de ajustes importantes en la manera de ejecutar y de gestionar los servicios.

Un ejemplo de la inserción de los SF en las RISS puede verse en el caso de la farmacoterapia, que enfrenta desafíos para garantizar la continuidad del tratamiento de un paciente que primero se hospitaliza y después vuelve al cuidado ambulatorio con una serie de medicamentos no disponibles en las unidades de primer nivel. Únicamente el funcionamiento de los servicios en redes integradas permitirá abordar el problema de manera adecuada. Lo anterior implica que la red es responsable de garantizar resultados en un determinado territorio, donde los recursos de salud se deben planificar en conjunto, así como la respuesta a problemas fuera del alcance de dicho territorio. De igual manera, muchos problemas requieren un abordaje intrasectorial, intersectorial e interdisciplinario.

Mendes Junior y Bomfim (70) proponen algunas características para describir un sistema de gestión que, con algunas adaptaciones, corresponde bastante bien a las características de un sistema de gestión de los servicios farmacéuticos, como puede verse en el cuadro 2.

5. Para mayor información a este respecto, consúltese la sección correspondiente a la definición, misión, visión, los valores y los principios, en el capítulo III.



CUADRO 2. CARACTERÍSTICAS DE UN MODELO DE GESTIÓN

Gobernanza	Conjunto de disposiciones y prácticas inherentes a los modelos que son capaces tanto de “empoderar” el sistema, como de permitir que los sistemas sean responsables frente a las demandas de la sociedad y de los organismos superiores.
Profesionalización	La gestión debe contar con disposiciones técnicas suficientes y adecuadas a los objetivos de la organización, operando tanto los medios/recursos, como la gestión de resultados. Tales disposiciones deben ser aplicadas por profesionales adecuadamente formados y competentes, de modo que generen los mejores resultados.
Financiamiento	Se refiere a toda dimensión económica-financiera de la gestión. Incluye el volumen y la distribución equitativa de los recursos; las fuentes y orígenes de los recursos, y las modalidades de pago aplicables a los servicios. Debe permitir la sostenibilidad del sistema o servicio, teniendo como premisa la maximización de recursos (eficiencia), respetando la dimensión de calidad de la atención. En el caso de los SF, es fundamental el financiamiento del acceso a los medicamentos y otros insumos.
Gestión de personas	La naturaleza de la organización de salud requiere que la gestión del trabajo dependa considerablemente de los profesionales, ya que éstos tienen la mayor responsabilidad en cuanto a la eficiencia y la calidad de los procesos y los resultados alcanzados. Los mecanismos de gestión de las personas son, por tanto, verdaderamente cruciales para que el trabajo organizacional resulte exitoso. Algunos elementos son deseables en la gestión de recursos humanos: autonomía para los dirigentes de la organización; valorización permanente del desempeño, cuidado con las personas (incluyendo la salud del trabajador); salarios dignos, horarios flexibles, inclusión de incentivos generales —ambiente, social, etc.—; gestión de competencias; desarrollo profesional; procedimientos para la gestión de conflictos; procesos participativos; selección y reclutamiento flexibles con procedimientos estructurados tanto en la selección como en la inducción, capacitación y re-inducción.
Gestión de suministros	Para el caso de los servicios farmacéuticos, éste es un tema central. Comprende una serie de etapas que tienen por objetivo garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos para la salud con atributos de calidad, y con criterio de racionalidad. Incluye: la planeación de las necesidades; la implementación de buenas prácticas de adquisición; las buenas prácticas de almacenamiento para que se conserven adecuadamente los productos; la gerencia de inventario con racionalidad de recursos y la distribución oportuna.
Tecnología de la información	Soporte tecnológico mediante el cual los sistemas de información son operados de modo a registrar, procesar y generar informaciones confiables, integradas, en tiempo oportuno, adecuadas a las necesidades y de fácil alcance y comprensión por parte de los distintos usuarios. Este soporte debe servir de apoyo en los procesos de toma de decisiones estratégicas, tácticas u operacionales en las áreas clínica y administrativo-financiera.

Continuación del cuadro 2.

Organización de la atención	Esta es la que mejor relaciona el modelo de la gestión con la misión de la organización. Trata, por lo tanto, de los mecanismos, instrumentos y las prácticas de atención que hacen posible el cumplimiento de los objetivos asistenciales, de conformidad con los estándares de eficiencia y calidad.
Calidad del desempeño del sistema de salud	Se logra mediante el cumplimiento de las siguientes atributos: <ul style="list-style-type: none">• Efectividad: grado con el que la asistencia, los servicios y las acciones alcanzan los resultados esperados.• Acceso: capacidad de las personas para obtener los servicios y productos necesarios en el sitio y momento oportunos.• Eficiencia: relación entre el producto de la intervención de salud y los recursos utilizados.• Respeto al derecho de las personas: capacidad del sistema de salud para garantizar que los servicios respeten tanto al individuo como a la comunidad, y que estén orientados a las personas.• Aceptabilidad: grado en que sean congruentes los servicios de salud que se ofrecen con los valores y expectativas de los usuarios y de la población.• Continuidad: capacidad del sistema de salud para prestar servicios de forma continua y coordinada entre los diferentes niveles de atención.• Adecuación: grado en que los cuidados prestados a las personas estén basados en el conocimiento técnico científico existente.• Seguridad: capacidad del sistema de salud para identificar, evitar o minimizar los riesgos potenciales de las intervenciones en salud o ambientales.

Fuente: adaptado de PRO-ADESS; *apud* en Mendes Junior y Bomfim, 2009 (70).

La gestión por procesos

Un proceso es un conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas, que requieren ciertos insumos y tareas particulares, con un valor añadido, para la obtención de resultados específicos (71). Las salidas de un proceso (*outputs*) constituyen insumos (*inputs*) para otros procesos, de manera que este abordaje permite considerar la organización como un todo, haciendo énfasis en las interrelaciones.

Los macro-procesos son el conjunto de procesos que generalmente se identifican con la razón de ser de la organización. Se clasifican en **macroprocesos gerenciales o estratégicos**, cuya finalidad es orientar o proporcionar las directrices de la organización, definiendo las estrategias de la institución (incluyen las funciones de dirección como la planificación, la gestión, la evaluación, etcétera). Por otra parte, también están los **macroprocesos operativos o clave**, dirigidos a la prestación de servicios de salud al cliente final; estos procesos dan cuenta de la misión de la organización. Por último, están los **macroprocesos de apoyo**, que soportan la elaboración y entrega del servicio o producto. Todos estos procesos están intervinculados y conforman un mapa de procesos.



En la figura 4 se muestra un mapa de procesos.



Fuente: adaptado de Aberloa y Sellés (72).

Sanz, Calvo y colaboradores (73) consideran que los principales factores para la identificación y selección de los procesos son:

- los efectos en la calidad del producto/servicio;
- su influencia en los FCE;
- su influencia en la misión y en la estrategia;
- el cumplimiento de requisitos legales o reglamentarios;
- su influencia en la satisfacción del cliente;
- los riesgos económicos y de insatisfacción, y
- la utilización intensiva de recursos.

Para que un determinado conjunto de actividades constituya un proceso específico, se deben considerar los siguientes criterios (71):

- tiene misión o propósito claro;
- hay entradas (*inputs*) y salidas (*outputs*) y se pueden identificar los clientes, los proveedores y el producto final;
- es susceptible de fragmentarse en operaciones o tareas;
- puede estandarizarse aplicando la metodología de gestión por procesos (tiempo, recursos, costos), y
- la responsabilidad del proceso se puede asignar a una persona.

La (re)organización de los servicios farmacéuticos desde una nueva perspectiva

La gestión por procesos se puede aplicar a la gestión de los SF. Así, los SF deberán identificar los procesos de la atención a la salud en que están involucrados, así como sus procesos internos para priorizarlos. En la figura 5 se presenta un ejemplo de procesos en los SF. Cabe destacar que en este documento se

ha desarrollado considerando la entrega del servicio como un proceso clave; sin embargo, los procesos de apoyo y estratégicos pueden ser clasificados de forma diferente según las condiciones de cada país.

FIGURA 5. EJEMPLOS DE PROCESOS DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS



En este apartado se describen, en primer lugar, las actividades relativas al proceso clave de los SF y, posteriormente, aquellas que corresponden a los procesos estratégicos y de apoyo, mismas que son fundamentales para el cumplimiento de los objetivos del primero.

La entrega del servicio como proceso clave

La **entrega de los SF** se considera como el proceso clave porque es el que brinda la prestación directa a su público, quien es el objetivo final y, por lo tanto, contribuye a la obtención de resultados en salud. Algunas de las actividades, como la dispensación de medicamentos o el seguimiento farmacoterapéutico, están dirigidas al individuo. Otras, como las de promoción de la salud, se orientan al individuo, o a grupos de individuos, como la familia y la comunidad. Por tanto, el objetivo de los servicios farmacéuticos es lograr los mejores resultados posibles en salud y calidad de vida. Estas actividades pueden ser realizadas en un establecimiento farmacéutico o en otros lugares como el hogar (visitas domiciliarias) o los sitios comunitarios. A continuación se describen estas actividades.

Desarrollar y apoyar programas y actividades de prevención de enfermedades y de promoción y protección de la salud al usuario y a la comunidad. Promoción y participación en programas transversales para la promoción de la salud y los estilos de vida saludables, y actividades orientadas a obtener resultados en grupos específicos de usuarios. Algunos ejemplos son el apoyo a campañas de vacunación, la educación sobre el uso de medicamentos en las escuelas, etcétera. Estas son formas de trabajo que deben explorarse más a fondo y que pueden estar relacionadas en distintos niveles de atención, o bien pueden ser realizadas

de forma intersectorial. Para llevarlas a cabo es importante no perder de vista que el objetivo es la salud de la familia y de la comunidad, fortaleciendo las redes sociales y el empoderamiento de la comunidad.

Debe evaluarse la magnitud del problema y definir las intervenciones en la población objetivo. Así por ejemplo, se pueden desarrollar estrategias de mercadeo social, de acuerdo con las necesidades y los grupos poblacionales específicos. Es importante que el farmacéutico tenga en perspectiva que lo que sucede con una persona puede tener implicaciones en las relaciones familiares. Los cambios necesarios en la promoción y protección de la salud de un individuo —dieta, ejercicio, disminución del consumo de alcohol, dejar de fumar, entre otros, y tomar sus medicamentos— pueden influir como también ser influenciados por su relación tanto con la familia como con el trabajo, los amigos y las relaciones sociales en general. En ocasiones, al no lograr transformar sus relaciones, la persona no alcanza los resultados terapéuticos y humanísticos esperados.

En el cuadro 3 se presentan algunas acciones específicas de salud pública donde pueden contribuir los SF.

CUADRO 3. CONTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS A LA SOLUCIÓN DE ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

Objetivo	
¿Qué es lo que se busca lograr?	Ejemplos de acciones donde pueden contribuir los servicios farmacéuticos, si es posible, trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud
Reducción del tabaquismo	
Reducir las tasas de tabaquismo entre los adultos.	<ul style="list-style-type: none"> •Consejos breves según la oportunidad; •campañas para no fumar, y •apoyo al tratamiento del tabaquismo, incluyendo la terapia de sustitución de nicotina.
Enfermedades cardíacas, accidente cerebrovascular, cáncer	
Reducir las tasas de mortalidad de personas menores de 75 años, así como las inequidades que llevan a la morbimortalidad.	<ul style="list-style-type: none"> •Información y consejos sobre el estilo de vida saludable; •campañas —participar de campañas públicas o desarrollarlas en su territorio—, y •prevención secundaria o vigilancia de factores de riesgo y asesoría, entre otros.
El embarazo precoz	
Reducir las tasas de embarazo precoz como parte de la estrategia de salud sexual.	<ul style="list-style-type: none"> •Contracepción hormonal de emergencia; •suministro de condones, y •referir a otros sitios donde se brinde atención, o brindar asesoría y el apoyo necesario.

Continuación del cuadro 3.

Objetivo	
Obesidad	
Contribuir a la disminución de la obesidad creando conciencia acerca de los riesgos que ocasionan problemas de salud, en niños, adolescentes y adultos.	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar información adecuada y asesoría sobre dietas y actividad física; • programas de reducción de peso; • concientización acerca de los problemas de salud, y • referir a especialistas.
Alcohol y otras drogas	
Reducir los daños causados por el alcohol y otras drogas.	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar y concientizar; • intervenciones breves; • supervisión del uso de metadona y de otras medicinas; • cambio de jeringas y agujas, acompañado de información y asesoría, y • referencia a especialistas.
Inmunización	
Brindar servicios de inmunización.	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar vacunas; • participar en campañas de vacunación, y • ofrecer la infraestructura necesaria para los programas públicos de inmunización de acuerdo con las necesidades de los servicios públicos de salud.
Enfermedades sexualmente transmisibles	
Prevenir las enfermedades sexualmente transmisibles.	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar orientación sobre las enfermedades de transmisión sexual a los jóvenes y/a los grupos de riesgo; • realizar pruebas de detección de <i>Chlamydia</i>, y • suministrar condones.
Enfermedades crónicas	
Aumentar los resultados en salud para las personas con problemas de salud crónicos, ofreciendo un plan personalizado de cuidado a los individuos vulnerables según su riesgo y mejorando la atención en las comunidades.	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer el soporte necesario tanto a los pacientes como al personal de salud para el uso efectivo de medicamentos, seleccionando el mejor método de intervención para cada paciente o, inclusive, para cada comunidad; • promover un estilo de vida saludable; • apoyar el autocuidado; • hacer un manejo adecuado de enfermedades específicas, y • promover la adherencia —tanto de los individuos como de las comunidades— a los tratamientos, ya sean farmacológicos o bien de otro tipo.

Continuación del cuadro 3.

Objetivo	
Basura química	
Contribuir a la eliminación adecuada de los medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con un procedimiento para devolver a la industria los medicamentos caducos o deteriorados para que ésta proceda a su inactivación, o bien apoyar las medidas que se dicten para la eliminación de los desechos farmacéuticos.
Inequidades en salud	
Reducir las inequidades en salud, teniendo como indicador la reducción de la mortalidad infantil y el aumento de la expectativa de vida del recién nacido.	<ul style="list-style-type: none"> • Referir a los individuos que lo necesitan, a los servicios encargados de mejorar la vivienda, aumentar los ingresos de la población pobre, y que brinden apoyo a las familias con niños o bien a aquellas personas que no saben leer ni escribir, y • brindar atención orientada a la reducción del tabaquismo, la adecuación de la dieta, y la disminución de riesgo cardiovascular en los grupos económicamente desfavorecidos.
Uso racional de los medicamentos	
Promover el uso seguro y racional de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar la asesoría necesaria y oportuna tanto a los individuos como a las comunidades. Llevar a cabo las intervenciones necesarias cuando se identifiquen problemas relacionados con el uso de medicamentos; • notificar los casos donde se presenten reacciones adversas a algún medicamento, y • coadyuvar a la reducción de errores en la medicación.
Promoción de la salud	
Promover la salud en la comunidad, por medio de la liberación del potencial de la farmacia.	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoría y establecimiento de programas relativos a la actividad física, la dieta, y los riesgos implícitos del consumo de tabaco, las drogas y la obesidad, entre otros; • referir a las personas con problemas de salud debido a alguno de los determinantes sociales, como la pobreza por ejemplo, a los responsables de llevar a cabo programas orientados a la atención de este tipo de población, y • promover educación y desarrollo de habilidades en salud para la población desfavorecida.

Fuente: adaptado del cuadro "Some public health priorities for pharmacy", que aparece publicado en *Department of Health/National Health System/United Kingdom (62)*.

La dispensación de medicamentos. Se trata de un proceso interactivo que se da con el paciente, conformado por distintas facetas como son el acceso, la calidad y el uso racional de los medicamentos. La dispensación debe llevarse a



cabo de manera ágil y precisa, con fundamento en el uso racional del medicamento y con acciones de prevención y promoción para lograr los mejores resultados terapéuticos posibles. Dado que se trata de una actividad que se lleva a cabo entre personas, es fundamental tomar en cuenta los principios de humanismo. Así entonces, la dispensación de medicamentos debe centrarse básicamente en el paciente, y no limitarse al mero proceso de la entrega de los medicamentos. Será necesario propiciar la comunicación e intercambio de información de forma bidireccional (74). En algunos países la prescripción llega a tener una vigencia de meses, sin que el paciente tenga que consultar nuevamente al prescriptor en cuyo caso el farmacéutico provee los medicamentos especificados en la prescripción. Ésta es una oportunidad para que el farmacéutico indague si se han presentado problemas como consecuencia del tratamiento médico y para que evalúe la pertinencia de derivar al paciente a un médico o a otro profesional de la salud, de continuar el tratamiento, o bien de monitorear otros resultados de la farmacoterapia (57).

Brindar orientación al usuario. Se menciona aquí una de las técnicas más utilizadas: la desarrollada por el *Indian Health Service*⁶ (75). Consiste en identificar lo que el paciente conoce de su tratamiento, por una parte, y en informarle acerca de lo que desconoce sobre el mismo, a fin de lograr los objetivos terapéuticos (76).

Revisar el uso de medicamentos. En los sistemas de salud, o bien en las empresas que ofrecen seguros médicos de diversos países se emplea una tecnología para cumplir con esta función. En general, al usuario de una determinada farmacia o seguro salud se le ofrecen, una vez al año, los servicios de revisión de uso de medicamentos. Existen diversos métodos orientados a objetivos distintos, pero en general existe la política de llevar a cabo una revisión de la farmacoterapia para identificar posibles problemas y llevar a cabo las consiguientes modificaciones (77-79).

El seguimiento farmacoterapéutico. Se trata de un servicio de asistencia al paciente, donde el farmacéutico se co-responsabiliza de las necesidades del usuario relacionadas con el medicamento, detectando, previniendo o resolviendo problemas relacionados con los medicamentos (PRM), de forma sistemática, continua y documentada y estableciendo un plan de intervención. Estas acciones deben incluir elementos relacionados con la prevención y la promoción (62, 69, 80) y tienen como objetivo alcanzar resultados concretos desde el punto de vista de la farmacoterapia, además de mejorar la calidad de vida del usuario. El farmacéutico debe identificar la necesidad de derivar al paciente, o bien de trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud. Si fuera necesario, la dispensación de medicamentos puede llevarse a cabo dentro del proceso de seguimiento farmacoterapéutico, como un sub-proceso.

6. El *Indian Health Service* es una división del departamento de salud y servicios humanos (HSS) de Estados Unidos, Se ocupa de dar servicio médico y de salud pública a miembros de tribus reconocidas federalmente y a nativos de Alaska. Es el principal proveedor de servicios de salud y de abogacía en salud para la población indígena.

El seguimiento farmacoterapéutico debe realizarse en un espacio privado, y en condiciones de comodidad para el paciente. Es fundamental que el farmacéutico sea capacitado para llevar a cabo este seguimiento, ya que se trata de un proceso que cambia por completo el enfoque tradicional, haciendo énfasis en el paciente y, cuando sea necesario, en el trabajo en equipo (35, 81).

La visita domiciliaria. Este servicio se puede ofrecer a aquellas personas cuya condición de salud les impida acudir a la farmacia. En esta modalidad de atención, el farmacéutico generalmente ejerce un abordaje multiprofesional. Aquí se presenta una oportunidad de verificar las necesidades en términos generales y de brindar servicios que van desde la educación, la orientación y el seguimiento farmacoterapéutico, hasta la contribución al empoderamiento del paciente y al fortalecimiento de su autonomía de paciente, de ser posible. Asimismo es necesario estar atento para identificar si hay necesidad de ayudar a la familia y a los cuidadores con respecto a la situación de salud del paciente (82).

Brindar asesoría para ejercer la automedicación responsable. Otra de las actividades individuales del servicio farmacéutico se origina cuando una persona solicita al farmacéutico ayuda para decidir acerca del uso de un medicamento para un problema de salud de menor intensidad, esto es, para síntomas menores.

Una automedicación responsable forma parte del autocuidado (3), y requiere de lo siguiente: a) verificar que los medicamentos que se van a administrar sean seguros, de buena calidad y eficaces, y b) administrar medicamentos que estén indicados únicamente para el tratamiento de las afecciones que la persona pueda identificar y de algunas afecciones crónicas o recurrentes, después de un diagnóstico médico inicial. En todos los casos, estos medicamentos deben diseñarse y elaborarse específicamente para tal propósito y requerirán de una adecuada formulación, dosificación y forma de administración.

Lo óptimo es que los farmacéuticos y los gestores de los servicios farmacéuticos desarrollen protocolos para apoyar la automedicación responsable en sus comunidades, y que los organismos reguladores de medicamentos definan y mantengan actualizadas las listas de los medicamentos que se pueden utilizar sin prescripción. En los protocolos es necesario establecer en qué situaciones hay que referir a la persona a otros profesionales de la salud y cuándo consultar a otros profesionales para que el usuario de los servicios farmacéuticos tenga una mejor oportunidad de automedicación responsable (83).

Participar en programas de farmacovigilancia y de garantía de la seguridad del paciente.⁷ Es importante detectar y notificar las reacciones adversas a algún medicamento a través de los programas de farmacovigilancia, que pueden contribuir a garantizar la seguridad del paciente, así como generar acciones regulatorias para incrementar la seguridad de los medicamentos disponibles. Por lo tanto, para la dispensación de medicamentos o para el seguimiento farmacoterapéutico, la interacción entre el programa de calidad de la atención y la seguridad del paciente es estratégica. Por otra parte, también es importante llevar a cabo la prevención y resolución de los **errores de medicación**. Éstos están dados por

7. Para más información, consúltese <http://www.who.int/patientsafety/research/en/>.

cualquier hecho prevenible que pueda causar o llevar al uso inapropiado de medicamentos o daño al paciente cuando los medicamentos están bajo control del profesional de la salud, del paciente o del consumidor.

Atención a grupos especiales

Existen grupos de personas que necesitan que los servicios anteriormente mencionados se brinden con un enfoque especial. Se trata de los individuos que se encuentran en los extremos de la vida y que poseen condiciones de salud diferenciadas, por ejemplo, su farmacocinética o su riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como se verá más adelante (62, 69). Para aquellas personas que requieren cuidados especiales, es fundamental, además de la atención brindada con los medicamentos, darles asesoría, estimular su participación en los programas de salud pública relacionados y, referirlos, cuando sea el caso, al profesional de salud correspondiente. Es importante trabajar en conjunto con el paciente y la persona o personas que se encargan de su cuidado, para lograr “empoderarlos” a través del conocimiento de su condición de salud y su participación en las decisiones que conciernen a su salud, haciéndose responsables de su terapia y de los resultados que se espera alcanzar.

El adulto mayor

Hoy en día, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente gracias a los avances de la ciencia y de la tecnología, así como a los progresos que se han dado en materia de urbanización, saneamiento y alimentación. Así entonces, la población vive hasta edades avanzadas, debiendo enfrentar los consiguientes problemas de salud.

Lo anterior pone de manifiesto el hecho de que se hace necesaria una evaluación más precisa y minuciosa de la farmacoterapia, utilizando las metodologías adecuadas, pues si bien existen medicamentos cuyo empleo está recomendado en situaciones clínicas específicas, también hay otros que no se deben utilizar o bien cuya relación riesgo-beneficio debe evaluarse a fondo (84-86), así como la condición de salud del paciente, como por ejemplo el riesgo cardiovascular y de enfermedades crónicas, si la persona tiene problemas de visión, audición o cognición (87-89), además de sus condiciones de vida y su contexto familiar. Estos pacientes presuponen un mayor cuidado por parte del equipo de los SF, así como la determinación de cuál será la mejor forma de intervención.

Los niños

Cerca de 25% de los medicamentos preconizados para uso en niños fueron clasificados como *use off label*, esto es, las indicaciones que aparecen en el rótulo no son las que se preconizan y que fueron autorizadas por la autoridad sanitaria para su comercialización. Además, en lo que concierne a la gran mayoría del resto de los medicamentos, no se han encontrado estudios acerca de la posología en todas las etapas de maduración farmacológica del organismo (90). Otra oportu-

idad de apoyo a la farmacoterapia infantil se presenta cuando no existen en el mercado fórmulas farmacéuticas apropiadas para la población infantil, en cuyo caso los SF pueden preparar una solución extemporánea para surtir la receta.

En el análisis de la prescripción y en el seguimiento farmacoterapéutico, es necesario prestar particular atención a estos medicamentos. La tarea principal del farmacéutico es reconocer que un niño no es un adulto pequeño, que un lactante no es un niño, que un recién-nacido no es un lactante pequeño y que los prematuros no son recién nacidos pequeños. Se trata de una población no uniforme que evoluciona en forma constante y para la cual no se dispone de información suficiente sobre la utilización de los fármacos que avale su empleo correcto y seguro.

Hoy en día existe una preocupación con respecto a la obesidad infantil, debida principalmente a los malos hábitos alimentarios. El farmacéutico debe colaborar a evitar este problema; si bien el mejor remedio en estos casos es la prevención o bien la aplicación de algún programa especial de tratamiento, en caso de que hubiera necesidad de emplear medicamentos el farmacéutico deberá derivar al paciente al especialista, siguiendo los protocolos desarrollados en los servicios de salud.

En el pasado se consideraba que la mejor manera de atender a los niños era dando las instrucciones acerca de su salud a las personas que eran responsables de su cuidado; sin embargo, hoy día se tiene conciencia de que si el niño tiene condiciones de edad y de comprensión debe estar involucrado en su tratamiento junto con su cuidador.

El embarazo y la lactancia

El embarazo es una situación especial en la vida de la mujer y de la familia, donde pueden presentarse condiciones de salud especiales como la anemia, la hipertensión y/o la diabetes gestacional, y donde puede resultar necesaria la participación del farmacéutico. Es importante estar al tanto de los medicamentos que pueden administrarse durante el embarazo y la lactancia, de la posibilidad de que se presenten reacciones adversas y de la manera en que deben abordarse, así como también acerca de cuál es la alimentación adecuada en estos períodos. Después del parto es relevante brindar asesoría acerca de los métodos anticonceptivos y, por otra parte, sobre los cuidados generales al recién nacido. Una orientación adecuada permitirá la prevención de problemas para la madre y su hijo (62, 69). Es fundamental aconsejar a la mujer embarazada asistir a la atención prenatal y participar en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Los analfabetas

Una gran parte de la población no tuvo acceso a la educación formal, de tal manera que no saben leer ni escribir. Los SF deben brindarles una atención particular que les ayude a hacer un uso racional de los medicamentos. Así entonces, es necesario decidir cuál será la mejor forma de suministrarles la orientación y/o los materiales de apoyo para el uso de los medicamentos. Es importante dirigirse

a las personas utilizando un lenguaje claro y sencillo, tomando en cuenta sus orígenes culturales. Cuando la ocasión lo permita se deberán emplear analogías, haciendo referencia a los aspectos de la vida cotidiana de esta población. Por ende, es sustancial conocer previamente su mundo y las experiencias que han tenido. Por otra parte, también serán necesarios materiales de apoyo para orientar el uso de medicamentos; lo óptimo sería que, en la medida de lo posible, se elaboraran estos materiales con la participación de la población a quien van dirigidos (62, 69, 91).

Por otro lado, hay otro tipo de “analfabetas” que sin serlo en forma taxativa lo son respecto de temas de salud, es decir que poseen y manejan los conocimientos propios de su ocupación pero se les dificulta entender la información sobre cuestiones de salud y de tratamientos farmacológicos.

Quienes consultan a más de un profesional de la salud

En ocasiones, debido a su particular estado de salud, un paciente tiene la necesidad de consultar a varios profesionales en este ramo, lo cual puede colocarlo en una situación de riesgo. La conciliación de medicamentos es un proceso mediante el cual se busca prevenir los problemas que pueden ocurrir en la transición asistencial de un paciente. Consiste básicamente en comparar la historia farmacoterapéutica previa, con las modificaciones realizadas en las prescripciones durante el ingreso, el traslado de servicio o el alta hospitalaria, a fin de detectar las divergencias existentes y corregirlas. Mediante esas acciones se pueden evitar varias situaciones de riesgo para el paciente (92).

Los procesos estratégicos de los servicios farmacéuticos

A continuación se describen brevemente las actividades relacionadas con estos procesos y su relación con los procesos clave. Estas actividades no necesariamente se realizan en el servicio farmacéutico y puede contar o no con su participación directa.

Desarrollar e implementar un sistema de gestión de calidad para los servicios farmacéuticos: este sistema debe incluir el establecimiento de buenas prácticas y procedimientos operativos de todas las actividades inherentes al servicio, cumpliendo con la legislación y con las normas establecidas en el país, de acuerdo con principios éticos/bioéticos y de rendición de cuentas. Para obtener mayor información a este respecto, consúltese el Capítulo VI. Regulación (regulación de profesionales, servicios, medicamentos), de este mismo documento.

Participar en la selección de medicamentos y en la evaluación de las tecnologías en salud: una de las principales funciones de los SF está relacionada con la Coordinación o el Secretariado de los Comités de Farmacia y Terapéutica. La selección de los medicamentos y de otras tecnologías sanitarias debe fundamentarse en la mejor evidencia disponible, partiendo del concepto de ME y utilizando herramientas de evaluación de las tecnologías en salud. Las listas de

ME deben estar actualizadas e integradas, además de ser congruentes con los protocolos clínicos o con las guías de tratamiento estandarizadas.

Proporcionar información sobre los medicamentos de acuerdo con las evidencias científicas, de forma correcta, independiente y libre de conflictos de interés. Es importante que los equipos de salud dispongan de información sobre los medicamentos. Los SF deben ser generadores de conocimiento a partir de la información, adaptándola a los receptores, ya sean pacientes, sus familias, otros profesionales de la salud o miembros del equipo de salud, sin perder de vista las particularidades de los conocimientos previos, la cultura y la identidad, y haciendo partícipes y no objetos a los destinatarios del mensaje, utilizando, además, un lenguaje y un formato que sean significativos para ellos.

Participar en el diseño, monitoreo y evaluación de los ensayos clínicos, promoviendo y respetando principios bioéticos: los SF deben estar involucrados en la realización de ensayos clínicos de medicamentos. En ciertos países, ésta constituye una de las actividades profesionales del farmacéutico, establecida en la legislación. En muchas instituciones donde se realizan los ensayos clínicos, los SF son los responsables de la preparación de los medicamentos destinados a los pacientes. Además, los SF están obligados a recopilar datos sobre su utilización, aparte de actuar como monitores de los mismos y en el control de aspectos relacionados con la calidad y seguridad de los medicamentos, junto con los demás miembros del equipo de salud. Aparte de los aspectos operativos, los SF pueden participar en el diseño del estudio, así como en el análisis e interpretación de los datos.

Promover la educación permanente de los recursos humanos que laboran en los servicios farmacéuticos, así como del equipo de salud: los SF deben promover la capacitación de sus integrantes a fin de que cuenten con las competencias necesarias para realizar su labor con excelencia. Al mismo tiempo, de esta manera contribuirán a la formación y educación continua y permanente de los demás profesionales de la salud en todos los aspectos relacionados con las funciones y actividades de los SF. En relación con este componente, es lógico que los SF funcionen como objeto y sujeto en lo que concierne a una dinámica de educación continua y permanente, basada en la evidencia y teniendo en cuenta los aspectos culturales, sociales, etcétera. Para obtener mayor información a este respecto, consúltese el V. Recursos humanos como factor de éxito para el cambio de los SF basados en APS, de este mismo documento.

Planificar, implementar, gestionar y evaluar los servicios farmacéuticos de forma integrada a la RISS, y promover su integración efectiva al sistema de salud, con la definición de una estructura organizativa y funcional, vinculada a las RISS, con la definición de metas por cumplir y el establecimiento de los recursos necesarios, tanto económicos como tecnológicos y humanos, y con el monitoreo permanente de indicadores críticos para hacer los ajustes necesarios ante los permanentes cambios que se dan en los sistemas de salud.

Responder a situaciones de prevención y mitigación de desastres y emergencias sanitarias: los SF deben asumir su papel participando, colaborando y, en algunas regiones geográficas donde la presencia de los profesionales

de la salud es escasa, liderando la conformación de equipos de identificación, prevención y atención de desastres con la participación activa de la comunidad. A través de una gestión efectiva de las donaciones de medicamentos, los SF previenen otros daños relacionados con el uso de productos de calidad dudosa debido, en la mayoría de los casos, a las condiciones de almacenamiento y distribución de los mismos.

Los procesos de apoyo

Si bien estos procesos no siempre responden directamente a la misión de los SF, sí contribuyen en gran medida a que la provisión del servicio se realice en forme oportuna y con calidad. A continuación se mencionan sucintamente las actividades relacionadas con estos procesos:

Administrar el suministro de medicamentos e insumos: se propone manejar el suministro con una lógica de organización distinta, integrándolo a las RISS, con una visión renovada, y con un enfoque de integralidad e integración. La logística del suministro de medicamentos es uno de los procesos de apoyo más importantes, que debe garantizar la disponibilidad de medicamentos y otras tecnologías seguras, eficaces y de calidad.

El sistema de logística de medicamentos es uno de los componentes más desarrollados y cuenta con bastantes instrumentos para su implementación.⁸

Formular y elaborar preparaciones magistrales extemporáneas de medicamentos: en general, estas funciones tienen como objetivo atender las indicaciones de una prescripción individual, como una forma de resolver los problemas de oferta de algunos medicamentos no disponibles en la presentación requerida, distinta de la industrializada o para enfermedades de baja prevalencia. Como ejemplo están las formulaciones para pediatría, los productos dermatológicos, los de nutrición parenteral, la reconstitución de citostáticos y demás inyectables, entre otros.

Realizar el re-empaque de medicamento e insumos esenciales: el objetivo es adecuar la cantidad que debe entregarse al usuario, así como orientarlo en la prescripción. Es necesario garantizar que se lleven a cabo todas las medidas establecidas para preservar la calidad de los medicamentos, incluyendo la información al usuario y la prevención de los errores de utilización.

Implementar las medidas necesarias para el adecuado desecho de los residuos de medicamentos e insumos esenciales: si bien este problema se

8. El abordaje a fondo de este tema trasciende los objetivos de este documento. No obstante, a los interesados en el mismo se recomienda consultar las siguientes referencias:

OPS/OMS, COHAN, MSH. Guía práctica para la planificación de la gestión del suministro de insumos estratégicos. Washington, D.C.: OPS; 2006.

Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals / Management Sciences for Health in collaboration with the World Health Organization; editors: Jonathan D. Quick... [et al.].

Contreras C, Moreno C. Gerencia y administración de sistemas de suministro de medicamentos esenciales. 4.a ed. Antioquia, Colombia: Cooperativa de Hospitales de Antioquia, 2002.

reduce a su mínima expresión cuando existe una gestión adecuada, puede llegar a surgir la necesidad de desechar medicamentos vencidos o deteriorados, o bien los residuos del proceso de producción. Si el procedimiento se realiza de manera inadecuada, existe un riesgo potencial de daño tanto al ambiente como a las personas, de manera que los SF deben disponer de un plan adecuado para el desecho de residuos, apoyando, informando y educando a los demás profesionales de la salud, así como a los usuarios en cuanto este procedimiento. Se trata aquí de una oportunidad para movilizar acciones intrasectoriales para establecer mecanismos factibles de desecho, considerando la legislación y las condiciones locales.

Promover y participar en investigaciones en salud: es probable que las iniciativas en investigación más accesibles y de crédito más tangible para los servicios, estén vinculadas con los estudios de utilización de medicamentos, de la disponibilidad, del acceso y del impacto de intervenciones para resolver problemas, entre otros. Estos estudios son una importante fuente de evidencia para la toma de decisiones tanto en el ámbito institucional, como en el contexto del país, que pueden contribuir a mejorar el servicio y el cuidado del paciente, medir el impacto de los SF, y reorientar las políticas sectoriales. El papel del farmacéutico en estas acciones está definido en el manual de las Buenas Prácticas de Farmacia, elaborado por la FIP y la OMS (40).

Finalmente existe un grupo de actividades de carácter administrativo que corresponden a procesos de apoyo, cuya responsabilidad en cuanto al diseño y control corresponde a otras áreas. Dichas actividades son la **gestión de recursos humanos**, la **gestión financiera** y la **gestión de la información**. Corresponde a los SF ejecutar la parte que les compete, cumpliendo con las políticas, normas y criterios que definan los responsables de los respectivos procesos.

Otros procesos donde participan los servicios farmacéuticos

Existen otros procesos que no son responsabilidad directa de los SF, aunque éstos deben participar en su desarrollo, ya que son factores críticos de éxito. Las principales actividades referentes a estos procesos son:

Participar en la elaboración, implementación y evaluación de políticas y programas en el área de influencia de los servicios farmacéuticos: los SF deben participar y promover la formulación, implementación y monitoreo/evaluación de políticas, programas, reglamentaciones, normas y protocolos para el área de SF y afines, contribuyendo con los conocimientos y experiencia necesarios a fin de que en estas políticas se dé prioridad a las necesidades de la población, las prioridades de la región y las debilidades del sistema de salud en lo referente a medicamentos y a los SF. Por su parte, los SF deben definir su política y sus reglamentos de acuerdo con el marco político y legal del país y de la institución donde estén insertos, incluidos los aspectos de protección a la salud y garantía de la seguridad sanitaria de la población y del ambiente. Los SF deben participar en comités donde se pueda contribuir a la garantía del acceso, calidad y uso racional de los medicamentos en colaboración con otras áreas o unidades; en algunas los

SF coordinarán y promoverán su funcionamiento, mientras que en otras su papel es como participante.

Participar en la elaboración y actualización de la legislación relacionada a los SF: si bien la responsabilidad en cuanto a la legislación y regulación de los productos, servicios y profesionales recae en la autoridad reguladora competente, los SF deben apoyar esta labor y velar por su cumplimiento en aquello que les compete.

El papel de las farmacias comunitarias privadas

Los SF ambulatorios suelen brindarse en las farmacias comunitarias privadas, las comunitarias del servicio público de salud o bien a partir de la combinación de ambas.

Las farmacias comunitarias en los países de la Región, salvo excepciones, necesitan realizar un gran esfuerzo para reorientar sus prácticas y alcanzar estándares aceptables en términos éticos, regulatorios y sanitarios, a fin de ser verdaderamente reconocidas como establecimientos de salud. Es fundamental que el profesional a cargo de la farmacia reconozca que su papel trasciende la mera venta de medicamentos, el control de existencias, la dispensación, el consejo brindado a los pacientes, o bien, en la mayoría de las ocasiones, la simple entrega de los medicamentos. Para efectuar el cambio, es necesario reorientar tanto su papel como el de la farmacia en el sentido de convertirla en un sitio donde se prestan servicios de atención farmacéutica, empleando buenas prácticas, al individuo, la familia y la comunidad. Lo anterior implica revisar el modelo de "negocio" y del quehacer de la farmacia, para lo cual la negociación, el convencimiento y el apoyo del propietario o gerente son puntos clave, entre otros condicionantes.

Si logran brindar servicios adecuados, las farmacias comunitarias se convierten en una fuente de primer contacto, y si están coordinadas con las RISS, pueden constituirse en una importante puerta de entrada al sistema de salud y, al mismo tiempo, contribuir para garantizar la atención integral e integrada. La posibilidad de establecer una relación de colaboración con los sistemas sanitarios, representa una oportunidad de captar e intervenir oportunamente en un número significativo de personas, particularmente en el ámbito de la prevención y la promoción de la salud, así como también en situaciones de autocuidado y continuidad de la atención a la salud, recibiendo honorarios por los servicios prestados al sistema de salud, como ocurre en España, Portugal, el Reino Unido, Irlanda, Canadá, Australia, y otros países.

En muchas ocasiones estas farmacias comunitarias privadas son el establecimiento de salud más cercano y con amplia disponibilidad horaria para la población. Con una frecuencia significativa, estos servicios pueden ser el primer —y a veces el único— contacto del usuario con el sistema de salud.

A menudo la población acude a la farmacia en busca de asesoría en temas relacionados con su salud o con la de algún miembro de su familia. Esto significa una oportunidad para conocer, interactuar e intervenir en las condiciones de

salud de la familia y su entorno, sensibilizando a la sociedad en la percepción de los riesgos a la salud, promoviendo estilos de vida saludables, y previniendo problemas en grupos prioritarios. Existe el potencial para desarrollar actividades de atención rehabilitadora y paliativa, de apoyo al autocuidado, de seguimiento de episodios de enfermedad o problemas de salud, vigilando indicadores de alerta temprana y apoyando la continuidad del tratamiento y la atención a lo largo del tiempo sin interrupción, contribuyendo de esta forma a la provisión de una atención integral, integrada y continua.

Por otro lado, a estas farmacias también acuden personas buscando productos que pueden resultar en uso innecesario, inadecuado o abusivo, en estos casos, el papel profesional del farmacéutico al proporcionar a estos usuarios la orientación adecuada, es también fundamental. En este sentido, el hecho de anteponer el interés sanitario por encima del comercial, es fundamental. En este proceso, el “perder una venta” y “ganar un cliente” constituye algo muy significativo.

Así, tanto los gestores de los SF, como los de salud en general y el gremio farmacéutico tienen ante sí el reto de integrar las farmacias comunitarias privadas a los sistemas de salud y contrarrestar la relación entre los intereses económicos y los concernientes a la salud.

Además, cabe considerar que una farmacia con servicios bien estructurados puede y debe contribuir a la formación de recursos humanos, tanto técnicos como de nivel superior, sirviendo, por ejemplo, como un campo de prácticas tuteladas para aprendizaje en servicio.

V. Recursos humanos como factor crítico de éxito para el cambio en los servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud

El desarrollo de competencias

De acuerdo con la OPS/OMS (25), los cambios necesarios en la formación y la educación permanente deben orientarse a las competencias de los profesionales de salud acordes con los elementos esenciales de los sistemas de salud basados en la APS.⁹ A partir de un extenso análisis bibliográfico, se han definido como:

“...las competencias son características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole” (58).

Las competencias de los equipos de APS se clasifican en genéricas, específicas y humanísticas. Por otra parte, en el documento de la OPS/OMS sobre *las estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*, se establece que los equipos son unidades básicas para el trabajo.

“El trabajo en equipo como un proceso dinámico, abierto y participativo en la construcción técnica, política y social del cambio de trabajo en salud para la aplicación del nuevo modelo de atención. El trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitan la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciendo una renovación e integración de capacidades” (25).

Peduzzi (93) aporta varios criterios para reconocer el trabajo en equipo, entre los que se destacan: comunicación intrínseca del trabajo, el proyecto asistencial común, la flexibilidad en la división interna del trabajo, y la autonomía técnica de carácter independiente.

Las **competencias genéricas** son “fundamentales para el adecuado cumplimiento o desarrollo de las tareas del equipo, son comunes y compartidas a todos los miembros del equipo y son las que permiten que los profesionales se adapten a nuevas condiciones de trabajo, se mantengan actualizados y superen los problemas que deben enfrentar en sus respectivos puestos de trabajo”. Forman parte de las competencias genéricas: la comunicación, el manejo de la informa-

9. Para mayor información, consúltese la sección correspondiente a la atención primaria de salud, en el capítulo I. Antecedentes.



ción, la gestión de los recursos y la salud pública. El perfil del farmacéutico siete estrellas (39), acrecentado de una octava estrella por el Manual de Desarrollo de la Práctica Farmacéutica (40), es bastante coincidente con la propuesta de competencias genéricas para la APS:

- cuidador (*care-giver*);
- tomador de decisiones (*decision-maker*);
- comunicador;
- líder;
- gerente (*manager*);
- aprendiz permanente;
- educador, e
- investigador.

Cabe subrayar que el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad ocupan un lugar destacado en la puesta en práctica de estas competencias. Además, este profesional debe entender y responder al sentido y las consecuencias de la globalización, el desarrollo científico-tecnológico, la transición epidemiológica y, de manera destacada, al desarrollo acertado en los nuevos escenarios donde tendrá que aprender, aprender a ser y aprender a hacer.

Para lograr lo anterior, es fundamental que el contacto con la práctica ocurra desde el inicio de la formación, a partir de distintos enfoques y en niveles de complejidad crecientes, principalmente en los aspectos relacionados con:

- los distintos contextos de salud pública;
- los distintos contextos de práctica profesional dirigidos hacia la APS;
- los demás miembros del equipo de salud;
- los individuos, la familia y la comunidad, y
- los distintos contextos de investigación clínica y operacional y su aplicación a la práctica farmacéutica.

Aparte de las competencias genéricas ya mencionadas, es necesario considerar las competencias específicas tanto para los equipos de APS como para los SF, definidas como aquellas que “son propias de las funciones que debe realizar una unidad organizativa como los equipos de APS, ligadas a los procesos y aportaciones individuales y colectivas dependientes de los conocimientos y habilidades. Son inherentes a cada profesión y predominan los aspectos técnicos”.

Se considera que éstas serían las competencias específicas que los farmacéuticos y el equipo requieren, aparte de las competencias genéricas y humanísticas para el desarrollo de los SF/APS. En este marco, en 2012 un grupo de trabajo coordinado por la OPS/OMS, con la participación de representantes del Foro Farmacéutico de las Américas (FFA), la Federación Farmacéutica Internacional (en sus siglas en inglés: FIP) y la Conferencia Panamericana de Educación Farmacéutica (CPEF), elaboró una propuesta de “Competencias del farmacéutico para desarrollar los servicios farmacéuticos basados en atención primaria de salud y las buenas prácticas en farmacia” (94).

Se ha desarrollado una matriz relacionando las competencias necesarias para la puesta en práctica de los elementos y funciones de la APS.¹⁰ Además, son necesarias competencias específicas para el desarrollo de los papeles y funciones de los SF. En el cuadro 4 se detallan estas competencias, organizadas de acuerdo con las funciones de los SF.¹¹

CUADRO 4. FUNCIONES Y COMPETENCIAS PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Funciones/dominios	Competencias
1. Funciones vinculadas a las políticas públicas.	a. Desarrollar políticas públicas.
	b. Implementar políticas y programas.
	c. Definir y actualizar reglamentaciones y directrices de práctica.
	d. Contribuir a la protección de la salud y seguridad de la población y del ambiente.
2. Funciones vinculadas a la organización y gestión de servicios farmacéuticos.	a. Planificar, gestionar y evaluar los servicios farmacéuticos de forma integrada a la Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y al sistema de salud.
	b. Seleccionar los medicamentos y otros insumos.
	c. Adquirir los medicamentos y otros insumos.
	d. Suministrar los medicamentos e insumos esenciales.
	e. Desarrollar e implementar un sistema de gestión de la calidad de los productos y servicios.
	f. Realizar el fraccionamiento de medicamentos.
	g. Garantizar la disponibilidad y el uso racional de los medicamentos y de otros insumos esenciales en situaciones de mitigación y prevención de desastres y emergencias sanitarias.
	h. Realizar preparaciones magistrales y oficiales.
	i. Realizar el retiro y la eliminación de medicamentos.
3. Funciones directamente vinculadas al paciente, la familia y comunidad, intra- y extramuros	a. Promover la salud y evaluar la situación de salud
	b. Entregar medicamentos e insumos
	c. Documentar la información del paciente, la familia o la comunidad
	d. Brindar asesoría al paciente, la familia o la comunidad, con respecto a síntomas menores y con referencia a otros servicios
	e. Gestionar la terapia y el seguimiento farmacoterapéutico
	f. Promover el uso racional de los medicamentos
	g. Participar en y llevar a cabo la farmacovigilancia

10. La versión completa del documento sobre estrategias para el desarrollo de los equipos de APS se puede consultar en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf.

11. La propuesta de Competencias para los farmacéuticos para el desarrollo de los servicios farmacéuticos basados en APS y BPF es producto del trabajo de un grupo inter-institucional formado por representantes de la OPS/OMS, el Foro Farmacéutico de las Américas, FIP y la CPEF.

Continuación del cuadro 4.

Funciones/dominios	Competencias
4. Funciones vinculadas a la investigación y la gestión del conocimiento	a. Promover o participar en investigaciones en salud b. Gestionar y brindar información sobre medicamentos
5. Funciones vinculadas al desempeño profesional	a. Cumplir con la legislación vigente (incluyendo los aspectos éticos/bioéticos) b. Promover la educación permanente de los recursos humanos (de los servicios farmacéuticos y del equipo de salud) c. Promover el desarrollo profesional continuo

Fuente: OPS/OMS, FIP, FFA, CPEF (94).

Las **competencias humanísticas** se refieren al conjunto de valores éticos que se forman en el profesional, para el uso y aplicación de los conocimientos adquiridos. Están vinculadas con el ejercicio profesional y su responsabilidad social ante la comunidad (ética profesional),¹² además de las actitudes.

La reorientación de la formación de los recursos humanos de los servicios farmacéuticos

De la misma forma como necesitan reorientarse los servicios, el farmacéutico precisa pasar de ser un elaborador y distribuidor de medicamentos, a ser un profesional que brinda atención sanitaria. Los informes de la Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de Medicamentos realizada en Nairobi (1985), la serie de consultas sobre el papel del Farmacéutico en el Sistema de Salud realizadas en Nueva Delhi en 1988 (36), en Tokio en 1993 (37), Vancouver en 1997 (39) y la Haya, 1998 (3); la resolución WHA47.12 (95), entre otros documentos, destacan la misión de la práctica farmacéutica y la propuesta de las BPF y consolidan los referentes para la reorientación del quehacer del farmacéutico, en consonancia con la propuesta de reorientación de los SF basados en la APS.

En la Región de las Américas, en el ámbito de las Conferencias Panamericanas de Educación Farmacéutica, destacan la propuesta de Plan Básico de Educación Farmacéutica (96) y la “Propuesta de acreditación para carreras de farmacia en las Américas” (97). El hecho de que el tema en cuestión sea incorporado en las próximas revisiones de esta propuesta de acreditación y en las Conferencias, constituye una excelente oportunidad.

La reorientación de la formación propuesta implica que el estudiante sea expuesto al contexto de la salud pública y de los SF lo más temprano posible, con una complejidad creciente y en contacto constante con otros miembros del equipo de salud.

12. Para mayor información a este respecto, consúltese el capítulo VII. Los servicios farmacéuticos y la ética.

Es fundamental que las experiencias de aprendizaje vengan de la interacción con los demás actores de los servicios y del sistema de salud y la comunidad, bajo los principios de una formación sobre problemas de salud más relevantes desde el punto de vista social, y con una acción centrada en los IFC. Los SF deben actuar como campo de práctica, tanto para la formación como para la educación permanente del personal farmacéutico.

Por otra parte, dependiendo del contexto del país o de la institución, se puede explorar la posibilidad de realizar residencias profesionales, de forma que el profesional recién graduado tenga la oportunidad de especializarse, haciendo su formación en servicio. Existen ejemplos de residencias farmacéuticas en Brasil y en España; además, también existen residencias interdisciplinarias en salud familiar en Brasil.

Como parte de esta estrategia para apoyar la implementación del modelo de SF/APS, la OPS/OMS ha ofrecido un curso virtual en el Campus Virtual de Salud Pública dirigido a gestores de SF/APS que, en 2010 realizó un curso piloto con 43 participantes de 14 países, en 2012 tuvo su segunda edición con 96 participantes de 18 países de la Región de las Américas y en 2013 este curso se ofrecerá en inglés a los países del Caribe y en portugués a Brasil.

Si bien se hace énfasis en la formación del profesional farmacéutico, es preciso considerar también la capacitación del personal de apoyo como son los auxiliares del servicio. Este recurso es fundamental, pues en muchas ocasiones son ellos quienes están en contacto directo con los usuarios, razón por la cual deben conocer principios y valores que se plantean en este marco. No obstante, como parte del trabajo en equipo es fundamental que esté claro hasta donde llega su papel en la atención. De ahí la importancia de que en la gestión de los recursos humanos queden bien definidos los papeles de los diferentes componentes del equipo, así como las competencias y la formación requeridas.

De acuerdo con las experiencias presentadas durante el Simposio de Técnico de Farmacia, realizado durante la celebración del Congreso del Centenario de la Federación Farmacéutica Internacional (en sus siglas en inglés: FIP), la clara definición de competencias y funciones/actividades, y la capacitación adecuada del personal de apoyo en los procesos estratégicos y de apoyo, bajo la supervisión directa y la orientación del farmacéutico, pueden contribuir significativamente a “liberar” al farmacéutico para ejecutar funciones/actividades más complejas y más relacionadas a la entrega del servicio (98).

Se propone la utilización de metodologías activas de enseñanza y aprendizaje, tales como la problematización, el aprendizaje basado en problemas, la simulación de casos clínicos para desarrollo de habilidades clínicas y humanísticas y para la seguridad del paciente, el uso de formas de evaluación formativas y sumativas que consideren las competencias de una forma más amplia como, por ejemplo, el uso del examen clínico estructurado por objetivos (en sus siglas en inglés: OSCE) y que se estimule el desarrollo de valores y principios de la ética y bioética, la educación permanente y la acción-reflexión-acción (aprender a aprender, aprender haciendo).

Los nuevos SF deberán estar inmersos en proyectos educativos que lleven adelante alianzas estratégicas con centros educativos: universidades, instituciones educativas, a fin de desarrollar una conciencia o, lo que es lo mismo, de brindar a las personas la capacidad de generar síntesis creadora del saber para proyectarlo y construir iniciativas que beneficien a los usuarios de los servicios de salud, su familias y las comunidades. Se trata aquí de un saber con contenidos sociales, útil, éticamente responsable, que lleva su sello y muestra una configuración personal, independiente. De acuerdo con Botero, se trata de:

“Una conciencia intelectual [que] es no sólo una conciencia analítica, sino conciencia crítica y autocrítica, es decir, una conciencia que pone la autorreflexión a la base de la producción de significados o acciones de cualquier tipo por parte del individuo” (99).

Con respecto a los distintos contextos de práctica, cabe subrayar la necesidad de reorientación desde la visión curativa y centrada en el hospital, para lograr enfoque de APS, aunado a la salud y sus determinantes. Lo anterior se debe aplicar tanto a la formación de pregrado como a las residencias y los posgrados. No obstante, esto no quiere decir que la enseñanza y la práctica hospitalaria sea menos importante o deba desaparecer, sino más bien que debe buscarse un equilibrio. Las alianzas estratégicas entre los servicios y los centros educativos se pueden ampliar para poner en marcha varias iniciativas de construcción y difusión del conocimiento, y de educación permanente con un enfoque donde todos pueden beneficiarse. Un ejemplo es la estructuración de **observatorios**, como espacios de creación de información, de conocimientos, de investigación sobre recursos humanos, de reflexión crítica sobre las políticas, programas, acciones y sobre los problemas y necesidades. Los *observatorios* son una herramienta para las políticas, el desarrollo y gestión de RH, a fin de aportar conocimientos e información que realimenten los programas académicos y los reorienten según los enfoques de los nuevos sistemas de salud, al tiempo que propician en quienes intervienen en las tareas y acciones del mismo, el mayor desarrollo de sus potencialidades intelectuales y éticas. A partir de ahí se brindarían informes a la comunidad y a los mismos profesionales de la salud sobre diferentes aspectos de la prestación de los SF.

El cambio sólo es posible con la inversión en la formación y educación permanente de los recursos humanos. Para esto, es fundamental que todos los actores relacionados con las políticas farmacéuticas, los profesionales de los servicios y la academia, estén involucrados.

VI. Regulación de los medicamentos, los servicios farmacéuticos y los profesionales

Las “sociedades del riesgo” descritas por Beck (50) y mencionadas al inicio de este documento, constituyen un buen marco para la presentación de la regulación. En este contexto, **es papel del Estado, en su función de gobernanza y rectoría, es el de garantizar la seguridad sanitaria**. Durand (100) considera que la percepción del riesgo por parte del público es variable y, de alguna manera, ejerce una influencia en la interpretación del riesgo que hacen los encargados de tomar las decisiones. El problema reside en hacer un análisis de costo/beneficio teniendo en cuenta las ventajas de una actividad relativa a la salud y su riesgo, pero también considerando su relación socioeconómica. Lo anterior implica regular no solamente los productos, sino también los servicios y a los profesionales que ofrecen estos servicios.

Existen dos grandes principios que rigen la seguridad sanitaria: **la separación de funciones y el principio de la precaución** (100). Por otra parte, existen distintas visiones y posibles conflictos de interés entre el lucro en la lógica capitalista y la garantía de los derechos sociales, entre ellos, el derecho a la salud. La regulación, como parte de las políticas públicas que garanticen la seguridad sanitaria, es un elemento importante y esencial para la oferta de servicios y productos de calidad. Esta función debe estar enmarcada en las políticas sanitaria y farmacéutica nacionales.

Con respecto a la separación de funciones que menciona Durand (100), el ejercicio de la regulación no debe ser responsabilidad directa de los servicios farmacéuticos, pero éstos deben contribuir y facilitar la acción de la autoridad reguladora nacional a quien realmente le corresponde cumplir con este papel. En consecuencia, la autoridad encargada de regular los productos, los servicios y a los profesionales, debe estar claramente separada de la autoridad responsable de la gestión y prestación de servicios farmacéuticos y libres de conflictos de interés.

¿Qué es la regulación?

La regulación y fiscalización en salud, se define como:

- La capacidad de generar nuevas leyes y reglamentos orientados a mejorar la salud de la población, así como a fomentar el desarrollo de entornos saludables.
- La capacidad institucional para desarrollar el marco reglamentario destinado a proteger la salud pública y a la fiscalización de su cumplimiento.
- La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.
- La ejecución de todas estas actividades para garantizar el cumplimiento de la regulación de forma oportuna, correcta, congruente y completa.



En concordancia con esta función se enmarca la regulación de los SF. La función reguladora se puede ejecutar bajo distintas formas de organización y con distintos niveles de descentralización.

Es fundamental que se puedan llevar a cabo las funciones esenciales de regulación:

- marco legal/regulatorio;
- estándares de buenas prácticas;
- mecanismos de vigilancia, y
- fiscalización y otros mecanismos para el cumplimiento del marco regulatorio.

Alcance de la regulación en el área farmacéutica

De manera tradicional, se ha llevado a cabo la regulación de los medicamentos y, como consecuencia, de los establecimientos involucrados en su fabricación, almacenamiento y venta o dispensación. En este sentido, la regulación de la llamada “cadena de los medicamentos”, se ha ido consolidando a lo largo de los años, con el desarrollo de recomendaciones y guías internacionales que se han convertido en importantes referencias para los procesos de armonización y que se han ido adaptando en los distintos países a sus reglamentaciones nacionales, con grados de desarrollo diversos.

La OMS ha tenido un papel fundamental en este proceso, puesto que el mismo constituye una de sus funciones enmarcadas por su Constitución. Se han establecidos varios foros importantes para la discusión y colaboración orientadas a la armonización y el fortalecimiento de la regulación de medicamentos, de los cuales se destacan la Conferencia Internacional de Autoridades Regulatorias (ICDRA), organizada cada dos años por la OMS, y en la Región de las Américas se ha desarrollado la Red Pan Americana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF) (101).

Los SF no han estado regulados bajo la categoría de “servicio”, por no considerarse un local de provisión de “servicios de salud”. Uno de los principales cambios necesarios es la adopción de una lógica distinta para la regulación, incorporando un componente de regulación de los SF y no enfocándose únicamente al producto y a los establecimientos que lo fabrican, consignan, distribuyen y dispensan. Es justamente este cambio el que se necesita, esto es, que se regulen los servicios prestados por estos establecimientos. Por tanto, es importante que se definan los siguientes aspectos:

- misión, objetivo, y funciones de los servicios;
- condiciones de funcionamiento, por ejemplo en términos de estructura física, infra-estructura, personal, equipos, y sobretodo,
- prácticas, o tecnologías “blandas” necesarias para su desarrollo.

La regulación nacional debe exigir que estos servicios cuenten con la dirección técnica/supervisión y actuación profesional de los farmacéuticos, asistidos por personal auxiliar que les apoyará en las tareas técnicas, administrativas y logísticas. En este sentido, se deben establecer legislaciones sanitarias y profesionales que dicten las normas y estándares de la práctica profesional y los requisitos deontológicos. Éstos pueden revisarse considerando también las Directrices conjuntas de la OMS y FIP de Buenas Prácticas de Farmacia (2011) (41).

Es fundamental informar y lograr que tanto la población como el resto de los profesionales de la salud tomen conciencia acerca de los potenciales riesgos y de los cuidados necesarios en la utilización de los medicamentos, la importancia de la regulación de los medicamentos y de los SF, a la vez que estimularlos para que colaboren en la “**fiscalización**” del cumplimiento de la regulación.



VII. Los servicios farmacéuticos y la ética

En la actualidad, en los servicios de salud se pueden destacar tres problemas que afectan al sector salud —y, en especial, al sector farmacéutico— de forma estructural: la medicalización de la sociedad; el uso inapropiado de las tecnologías, y los procesos de acumulación de capital en este sector, con distintos intereses. Además, el medicamento tiene una particularidad, donde el usuario es quien dispone de menos información y necesita de la asesoría de profesionales, tanto para la selección adecuada de los medicamentos como para evaluar y monitorear la calidad y seguridad de los mismos. Por su parte, los productores son quienes disponen de más información, pero existen diferencias de intereses lo cual puede dar lugar a un desequilibrio entre el ánimo de lucrar y el interés por la salud. En este sentido, un gran desafío consiste en garantizar que la salud se sobreponga a los intereses económicos.

El tema de la ética en los SF, tal como se plantea en este documento, toma en consideración la posición de la OPS/OMS en bioética, aprobada por los cuerpos directivos en la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en septiembre de 2012 (102). De acuerdo con el documento y la resolución aprobados, la bioética debe elucidar los problemas éticos que surgen en la salud pública, la atención de salud y la investigación en salud. Por tanto, en este documento se presentan algunas consideraciones sobre la ética profesional, la investigación en tecnologías que involucre a seres humanos y los aspectos de la atención de salud relacionados directamente con los SF, entre los que se destacan la toma de decisiones en el ámbito clínico y gerencial, y la interrelación entre los miembros del equipo de salud y con la comunidad, entre otros.

Ética profesional

El documento *Developing pharmacy practice: A focus on patient care* (40) así como las Directrices conjuntas para las BPF de la OMS y FIP (2011) (41), ya mencionados, presentan un nuevo paradigma de la práctica farmacéutica con varias implicaciones éticas, por cuanto establecen que el farmacéutico debe asumir la responsabilidad de la atención, monitoreo y evaluación de la farmacoterapia. De esta forma, extienden la responsabilidad en la obtención de los resultados en salud más allá de la “entrega del medicamento”. Además, al reconocer al farmacéutico como un dispensador de salud, como parte del equipo de salud, refuerzan el cambio de orientación, haciendo énfasis ya no en los medicamentos, sino en la salud, de forma individual y colectiva.

En las farmacias privadas en la Región, existen varias situaciones donde pueden presentarse desafíos éticos, incluidos los conflictos de interés. Así por ejemplo, determinadas compañías farmacéuticas ofrecen incentivos para la dispensación de sus productos (bonificación), o bien los honorarios profesionales suelen ser un porcentaje del valor de la venta. Es decir, el sistema vigente en la Región incluye incentivos financieros para hacer algo que puede no resultar en beneficio

del paciente (más medicamentos o medicamentos distintos a los clínicamente apropiados para su condición de salud). En cambio, en varios países de Europa existe un honorario por la dispensación, independiente del valor del medicamento, y éste se paga incluso en casos donde el farmacéutico identifica que la dispensación es innecesaria o no debe realizarse (57).

Como una herramienta de la ética profesional, muchos países han desarrollado un código deontológico farmacéutico. Así mismo, desde la perspectiva internacional existe la Declaración de la Federación Farmacéutica Internacional (en sus siglas en inglés: FIP) sobre estándares profesionales de códigos de ética para farmacéuticos, actualizada en 2004 (103), que puede ser una guía para los países que deseen elaborar o actualizar su código de ética profesional.

La relación de los servicios farmacéuticos y los usuarios/pacientes

La gerencia y organización de los servicios, pueden ocasionar problemas tales como: largos tiempos de espera, la indiferencia del personal, ambientes no confortables, desabastecimiento de medicamentos y grandes distancias entre el paciente y la asistencia sanitaria, que tienen implicaciones éticas, ya que pueden influir en la adherencia al tratamiento, en la calidad de los servicios y en los resultados terapéuticos.

Los estatutos de los pacientes en algunos países, traen a colación aspectos importantes de los derechos y responsabilidades de los pacientes en relación con los cuidados de salud ofrecidos. Específicamente en el caso de los SF, el documento *Developing pharmacy practice: A focus on patient care*, ya mencionado, propone (40):

- ser tratados con dignidad;
- ser atendidos por un farmacéutico al que puedan identificar por su nombre;
- estar seguros de la confidencialidad sobre su enfermedad y tratamiento;
- recibir servicios farmacéuticos en una farmacia que cumpla con los estándares de buena práctica farmacéutica;
- esperar el mayor grado de honestidad de su farmacéutico en los trámites con sus seguros médicos;
- ser asesorado y aconsejado sobre el uso adecuado de los medicamentos;
- recibir la medicación correcta y en la cantidad correcta;
- recibir medicamentos seguros, de calidad y efectivos;
- poder quejarse o expresar una necesidad;

- participar en la toma de decisión sobre los temas que afecten a su salud y a su medicación, y
- obtener una segunda opinión.

Al mismo tiempo, los pacientes también tienen responsabilidades:

- ser razonables y educados;
- ayudar a su farmacéutico en el cumplimiento de los requerimientos legales en lo concerniente a los medicamentos;
- utilizar los medicamentos con cuidado, y
- comunicar cualquier problema que surja con su medicación.

Es fundamental que los pacientes sean informados sobre las opciones que tienen cuando se enfrenten a su enfermedad. El componente información y comunicación es esencial en la relación de los SF con los usuarios. El respeto a la autonomía de las personas requiere no sólo permitir que puedan tomar decisiones sobre los temas que les conciernen directamente, como es el caso de su salud, sino también proveer la información relevante para esta toma de decisiones.

Otro aspecto que es necesario considerar, es la relación con otros profesionales de la salud y la actuación en el sentido de evitar errores o riesgos para el paciente, por ejemplo, entre el prescriptor y el farmacéutico en el momento de la dispensación. En el acto de la dispensación el farmacéutico tiene la obligación moral de interpretar la receta y en caso de que surjan dudas o problemas (receta incompleta o ilegible, dosis o posologías dudosas, incompatibilidades o interacción medicamentosa), debe ponerse en comunicación con el prescriptor (médico u odontólogo) para aclarar la situación. En caso de que no consiguiese ponerse en comunicación con el profesional de salud, o bien ante una negativa de su parte para confirmar la receta, el farmacéutico evitará dispensar los medicamentos y, por otra parte, deberá hacer una exposición de motivos por escrito en el reverso de la receta. Deberá tener el mismo cuidado con las recetas para manipulación o preparación magistral.

La ética en los procesos de toma de decisión

Los resultados en salud mejoran de manera notable cuando se eliminan prácticas éticamente inaceptables que pueden ocurrir en la toma de decisiones en distintos momentos de la cadena de desarrollo y comercialización de los medicamentos. Como ejemplo de estas prácticas están el soborno, la falsificación o los fraudes de pruebas, y los conflictos de interés.

La corrupción repercute en los siguientes aspectos:

- la desviación de medicamentos afecta la disponibilidad y el acceso a la población, en los establecimientos de salud;
- el ingreso de medicamentos espurios/falsamente rotulados/falsificados/fraudulentos (SFFC, por su sigla en inglés), perjudiciales, ineficaces, o

de mala calidad, no aprobados por la autoridad reguladora o aprobados sin tener todas las garantías necesarias para aprobación, pueden comprometer la salud o causar la muerte, y

- pérdida de recursos: se calcula que entre 10% y 25% del gasto público en compras (incluidos los productos farmacéuticos) se pierde por causa de la corrupción (104).

Otro problema que cabe destacar es la compra al menor precio, sin garantizar la seguridad, la eficacia y la calidad de los medicamentos, que tiene igualmente implicaciones éticas al exponer a los usuarios a riesgos resultantes de una mala práctica y que, como tal, son absolutamente evitables. Este problema también compromete a profesionales de la salud que desempeñan distintos papeles, como el prescriptor y el farmacéutico, quienes prescriben y dispensan medicamentos asumiendo que éstos son de calidad.

Existen varias formas de mejorar la toma de decisiones en la gestión y en las compras públicas de medicamentos, para garantizar la transparencia y la rendición cuentas con la adopción de mecanismos que permitan minimizar los conflictos de interés, o bien manejarlos de la mejor manera cuando éstos ocurran. Son ejemplo de acciones en esta dirección:

- la precalificación de proveedores y productos;
- la realización de licitaciones públicas, y
- la transparencia de criterios de adjudicaciones, precios y compras.

Lo anterior facilitará el ingreso de medicamentos seguros, eficaces y de calidad, al tiempo que se racionalizan los recursos.

En un sistema de salud público universal de recursos limitados, también existen dificultades al interpretar que el derecho a la salud obliga al Estado a proveer todos los medicamentos o a llevar a cabo todas intervenciones que puedan existir en algún lugar del mundo, sin tomar en cuenta sus capacidades reales. En varios países de la Región, este tipo de situaciones ha generado bastante polémica, llevando a lo que se conoce como la “judicialización de la salud”, donde muchas veces quien decide sobre la provisión de los medicamentos es el juez y no los profesionales que prescriben y dispensan el medicamento ya que “las órdenes judiciales no se discuten, se cumplen”(105, 106). Al mismo tiempo, la dispensación de un medicamento prescrito que aún no ha sido aprobado por la autoridad sanitaria, pondría en riesgo la salud del usuario al exponerlo a un tratamiento cuya seguridad, calidad y eficacia no han sido comprobadas, contradiciendo el principio de la no maleficencia, que establece la obligación moral de no ocasionar ningún daño al paciente.

Si bien la prescripción médica no se realiza en el SF, si guarda, una relación directa con el mismo, ya que el SF tiene que dispensar los medicamentos incluidos en la prescripción, lo cual tiene implicaciones éticas. Por ejemplo, al prescribir un ME para un determinado paciente, este prescriptor no sólo está contribuyendo al uso racional de los recursos, sino también a la costo-efectividad de los mismos.

Por otro lado, el hecho de prescribir un medicamento costoso no incluido en la lista nacional de ME, y que puede ser sustituido por otro incluido en dicha lista, que además resulta realmente costo-efectivo, tiene implicaciones importantes en la sostenibilidad del sistema. Si bien esta última acción es éticamente permisible, no es éticamente recomendable por sus implicaciones negativas. Lo recomendable es que el profesional tome en cuenta cuales serían las consecuencias de sus actos, en caso que todos los profesionales hicieran lo mismo.

Ética en la investigación

El objetivo de la investigación es la producción de conocimiento generalizable. Es importante garantizar que cualquier investigación que se realice en los SF, o con su participación, sea apropiada a las cuestiones de investigación que estén propuestas y que cumpla con los requisitos de la ética en la investigación que incluyen su potencial de mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones (107).

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (108) y el Consejo para Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS), así como la propia OMS, han establecido a lo largo de las últimas seis décadas las bases para la ética en la investigación en seres humanos, incluyendo investigaciones con material humano identificable y datos de pacientes. “En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad” (109).

En las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, (CIOMS) de 2002 (110) se reiteran los principios éticos generales de la investigación en seres humanos planteados ya en el informe Belmont de 1979 (111): respeto a la autonomía,¹³ la beneficencia¹⁴ y la justicia.¹⁵

Con relación a los datos e informaciones de investigación, se destacan varios aspectos; por ejemplo, la confidencialidad de los datos de los usuarios; la documentación; la conservación y el tratamiento adecuado de los datos, de tal manera que se garantice la precisión y fidelidad de los resultados, que, se asegure la transparencia en los procesos y, sobre todo, que se asegure el respeto a las personas minimizando los riesgos (no sólo de inconformidad) a los que se puede exponer.

En el área farmacéutica, es bastante común la realización de ensayos clínicos en el desarrollo de nuevos medicamentos o la mejora de los existentes con nue-

-
13. Respeto a la autonomía. Incorpora al menos dos convicciones éticas: 1) que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y 2) que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas.
 14. Beneficencia: las personas deben ser tratadas de una manera ética respetando no sólo sus decisiones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. Se han formulado dos reglas como expresiones complementarias de las acciones de beneficencia: 1) no dañar y 2) maximizar los posibles beneficios y minimizar los posibles daños.
 15. Justicia: las personas deben ser tratadas en forma igualitaria tanto para los beneficios como para las cargas que son consecuencia de la investigación clínica. En general es aceptado que este trato igualitario se formula con las siguientes características: 1) una participación igual a cada persona; 2) a cada persona de acuerdo con sus necesidades individuales; 3) a cada persona de acuerdo con sus esfuerzos individuales; 4) a cada persona de acuerdo con su contribución a la sociedad, y 5) a cada persona de acuerdo al mérito.

vas aplicaciones o formulaciones. En este sentido, en la Región de las Américas el documento sobre las Buenas Prácticas Clínicas de la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF) (112) es una referencia importante.

Es fundamental que al participar en una investigación, los profesionales puedan beneficiarse del proceso de construcción de capacidades en áreas relevantes para la mejoría del servicio o del sistema de salud donde están insertados.

La propiedad intelectual y el acceso a medicamentos

La innovación y el desarrollo de nuevos medicamentos en el actual sistema de patentes en los países miembros de la Organización Mundial del Comercio (OMC), y la garantía de los derechos de propiedad intelectual, sobre todo lo relacionado con patentes farmacéuticas, tienen implicaciones éticas importantes. Al mismo tiempo que los sistemas de propiedad intelectual garantizan la explotación de la patente como recompensa por una inversión, en muchos casos representan una barrera a la garantía del acceso a los medicamentos.

Al implementar en sus legislaciones nacionales y sistemas de patentes, los Acuerdos sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), los países deben asegurar que estén incluidas las salvaguardas y flexibilidades de este acuerdo, tales como la posibilidad de expedir licencias obligatorias, la autorización de importaciones paralelas y la aplicación de la cláusula Bolar¹⁶ para la comercialización temprana de genéricos. La Declaración de DOHA aprobada durante la IV Conferencia Ministerial de la OMC en 2001, reconoce que en virtud de las normas de la OMC, no deberá impedirse a ningún país que adopte medidas para la protección de la salud y la vida de las personas y los animales o la preservación de los vegetales, o para la protección del medio ambiente. Recientemente, tanto la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) como el Consejo Directivo (CD) de la OPS/OMS adoptaron varias resoluciones relacionadas a la intersección entre salud pública, comercio y propiedad intelectual, entre las cuales se destaca la aprobación de la Estrategia Global de Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual (113). Estos mecanismos buscan garantizar que los intereses económicos no se superpongan a los intereses sanitarios y el derecho a la vida.

16. La cláusula Bolar permite que se haga un registro, previo a la comercialización, de un medicamento genérico, de manera que durante la vigencia de una patente el solicitante de una aprobación de comercialización puede realizar los estudios y hacer las presentaciones necesarias ante la autoridad regulatoria nacional para obtener una pre-aprobación del medicamento.

VIII. Responsabilidades y articulación intersectorial

La reorientación de los SF involucra a varios actores con diferentes responsabilidades y grados de inserción en la elaboración, planificación, ejecución y evaluación, tanto en el ámbito nacional, como en el del propio servicio. Conforme a la definición, misión, visión y valores de los SF, se identifican cuatro actores principales: 1) los gobiernos; 2) la industria y el comercio farmacéutico; 3) los profesionales de la salud, y 4) la población o los usuarios, generalmente representados por organizaciones de la sociedad civil organizada o por ONG.

Los gobiernos

El **ministerio de salud**, como ente rector de la salud, debe encabezar los procesos relacionados con la discusión y la formulación de las políticas y regulaciones de salud o sectoriales, tales como la política y la regulación farmacéutica, donde se incluyen los SF. Si bien esta política tiene responsabilidades compartidas con diferentes ministerios, debe ser conducida por el ministerio de salud, que debe promover la articulación con los demás sectores y con distintos actores.

En sistemas descentralizados, las autoridades departamentales o provinciales de salud son las responsables de la aplicación de las políticas y de la vigilancia del cumplimiento de las normas expedidas en todo el país, o de sus propias normas cuando la nación es de régimen federal. Generalmente, corresponde a los planos locales o unidades de salud la prestación directa de los servicios, entre los cuales está el SF.

El **área económica** desempeña un papel importante, conjuntamente con el ministerio de salud, en la regulación de los precios de los medicamentos, sobre todo en el caso de los esenciales, y en la asignación de un adecuado financiamiento. Con el **área educativa** es importante la coordinación, para la mejora en la formación y educación permanente de los recursos humanos necesarios en los SF y para el apoyo a las acciones de uso racional de medicamentos.

El **área industrial y de tecnología** es fundamental para concertar políticas que den prioridad a las acciones necesarias, tanto de innovación y desarrollo tecnológico, como de producción, para que redunden en una oferta de medicamentos orientada por las necesidades de salud.

La industria y el comercio farmacéutico

Es responsabilidad de la industria farmacéutica garantizar la eficacia, seguridad y calidad de los productos farmacéuticos que coloca a disposición de la población. Esta responsabilidad se inicia con la realización de los estudios clínicos, para lo cual debe garantizar el cumplimiento las buenas prácticas clínicas (BPC),



las buenas prácticas de laboratorio (BPL), los principios de ética en la investigación u otros aspectos de la legislación vigente.

Asimismo es importante el papel de la industria y el comercio farmacéutico en la garantía de la calidad en toda la cadena de los productos farmacéuticos que comprenden la producción, la distribución y el transporte. Es esencial que exista un compromiso de ambos en el cumplimiento de las directrices previstas en las buenas prácticas de manufactura (BPM), las buenas prácticas de almacenamiento y distribución (BPAD).

Finalmente, la industria farmacéutica tiene una gran responsabilidad con la promoción ética de los medicamentos, para lo cual se requiere que adopte el propio código de conducta basado en el de la Federación Internacional de la Industria del Medicamentos (114), así como los criterios éticos de la OMS sobre promoción de medicamentos (115) y la regulación vigente en el país.

Las farmacias privadas, como parte de las redes integradas de servicios, deben prestar servicios farmacéuticos de calidad, atendiendo los principios éticos y bioéticos y cumpliendo con las BPF.

Los profesionales de la salud

Los profesionales de la salud involucrados con los SF, en forma individual y como organizaciones profesionales, deben estar comprometidos con la ejecución de las políticas farmacéuticas y el desarrollo de los SF, responsabilizándose por la implementación de los cambios necesarios. Deben garantizar el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS sobre el papel del farmacéutico, los acuerdos de las Conferencias Panamericanas de Educación Farmacéutica sobre el compromiso de los farmacéuticos con las metas de salud y la estrategia de la APS y el desarrollo e implementación de las BPF.

La población/los usuarios

La participación popular en el ámbito de las políticas públicas y la regulación sanitaria, posibilita el control social. En general, los usuarios y las organizaciones que los congregan son aliados importantes para el apoyo de acciones orientadas al acceso y al uso racional de medicamentos y, en general, han tenido un papel muy importante de abogacía.

En este modelo de SF, la propia definición establece que las acciones se deben desarrollar con participación de la comunidad. Además, el usuario es corresponsable en la obtención de los resultados en salud.

IX. Propuestas de implementación

Se presentan aquí las estrategias y herramientas propuestas por el GT reunido en 2009, en República Dominicana. Varias de las primeras han sido puestas en práctica por el grupo gestor; sin embargo, muchas siguen siendo válidas sobre todo para la implementación de esta propuesta en el plano sub-regional, nacional o local.

Estrategias

Abogacía

1. Diseñar un plan de comunicación e información:
 - a. Con la construcción de un documento de posición abreviado (antecedentes y justificación), que tenga una amplia diseminación.
 - b. Dirigido a la academia, los grupos de profesionales, los gremios y las ONG.
 - c. Con la posibilidad de utilizar tecnología que considere el diseño de estrategias a partir de resultados esperados (e.g., COMBI de OMS).

Movilización de recursos

1. Crear mecanismos necesarios para fortalecer la colaboración intersectorial.
2. Promover el desarrollo de redes, alianzas y centros colaboradores, así como el intercambio de experiencias.
3. Garantizar el desarrollo de los recursos humanos necesarios para la implementación de los SF en el marco de la APS, incorporando el enfoque de equipo interdisciplinario.
4. Movilizar recursos para el desarrollo, la divulgación y la implementación de las propuestas de fortalecimiento de los SF basados en APS.

Implementación

1. Fortalecer las alianzas sub-regionales, regionales y nacionales, así como el establecimiento de centros colaboradores y de redes colaborativas en la Región de las Américas y en el ámbito nacional.
2. Identificar, sistematizar y registrar experiencias similares para buscar sinergias y alianzas, diseminarlas y apoyar su desarrollo (e.g., FCH/PAHO y recursos humanos).



3. Desarrollar instrumentos para fortalecer los SF basados en APS:
 - a. Herramientas/metodología para evaluar los servicios farmacéuticos.
 - b. Pilotos y herramientas para apoyar el modelo.
4. Establecer indicadores y una metodología de monitoreo para registrar los avances de la implementación de los SF en APS, estableciendo líneas de base y monitoreo.

Plano sub-regional

1. Definir la estrategia para los grupos sub-regionales, considerando sus especificidades, con abogacía en este nivel.
2. Realizar jornadas sub-regionales con la participación de los encargados de tomar las decisiones, destacando el medicamento como insumo esencial y los sistemas de salud basados en APS:
 - a) discusión del documento;
 - b) presentación de experiencias positivas;
 - c) trabajos en grupo intersectoriales, y
 - d) construcción de un piloto en países con pocas líneas de acción.

Plano nacional

1. Identificar referentes/puntos focales en los países para monitorear la experiencia piloto en esa nación.
2. Dar a conocer el trabajo del grupo de SF en los países, incluyendo la mención de su trabajo en los documentos que se produzcan sobre el tema.

Para la OPS/OMS

1. Sensibilizar a las representaciones de la OPS/OMS en los países, a fin de que se incluyan los SF en APS en el plan bienal (BPB).
2. Facilitar la participación de los miembros del grupo en el curso virtual de APS.

Herramientas

A partir del desarrollo del documento de posición, es importante contar con una serie de herramientas que puedan contribuir a la puesta en práctica de las recomendaciones y del modelo propuesto, tales como:

1. Un marco regulatorio para los SF: el cambio de orientación de los servicios hacia nuevas funciones y responsabilidades, requiere del desarrollo de un nuevo marco regulatorio o del cambio de los marcos existentes. En



este sentido, se puede trabajar en la capacitación de los actores claves en materia de legislación sanitaria, y desarrollar propuestas de legislación.

2. El desarrollo de un paquete de guías de buenas prácticas, protocolos, material informativo y de divulgación, para la implementación de la provisión de los SF.
3. Un programa de fortalecimiento de los recursos humanos: el cambio de paradigma y de reorientación de la práctica, sólo es posible con recursos humanos capacitados.

Se pueden crear grupos de trabajo nacionales, para el desarrollo de las herramientas, o bien la adaptación de las existentes o su especialización en temas de interés, de acuerdo con la complejidad y el nivel de atención de los servicios, que aborde ya sea las necesidades nacionales o de los servicios en el ámbito local.

Implementación de las estrategias y herramientas propuestas

El equipo coordinador ha venido trabajando, junto con varios actores en la Región y en distintos países en la incorporación de los elementos propuestos por el documento de posición. Paralelamente al desarrollo y revisión de este documento, se han puesto en marcha varias estrategias y se han desarrollado algunas de las herramientas, tales como:

- la promoción de la abogacía, mediante la realización de talleres nacionales y regionales en varios países de la Región;
- la promoción del fortalecimiento de la formación de los profesionales de salud, principalmente del farmacéutico, por medio de las discusiones en las Conferencias Panamericanas de Educación Farmacéutica (CPEF);
- el desarrollo de la propuesta de Competencias para los Servicios Farmacéuticos basados en APS y BPF (94), y
- la oferta de programas de educación permanente a los profesionales en servicio, con dos cursos virtuales realizados, con la participación de 139 profesionales (43 participantes de 16 países en 2010 y 96 de 18 países en 2012), aparte de cursos presenciales nacionales en varios países de la Región.

Se espera poder implementar otras estrategias propuestas, así como lograr el desarrollo de más herramientas, además de expandir el uso de las herramientas ya existentes.

X. Consideraciones finales

El desarrollo de este documento de posición de la OPS/OMS con respecto a los SF basados en la APS constituyó un proceso bastante largo de construcción colectiva, donde participaron profesionales de diferentes países y con distintas formaciones y áreas de actuación, entre ellos médicos, farmacéuticos y enfermeras, que se desempeñan algunos en un ministerio de salud, otros en áreas de la seguridad social, algunos más en la academia o bien en alguna ONG y, finalmente, otros en la OPS/OMS. Cabe decir que su colaboración y sus aportaciones fueron determinantes para lograr el objetivo propuesto. Sin embargo, se considera que éste no es un trabajo terminado, sino un trabajo en ejecución, a partir del cual la concretización del modelo propuesto en la práctica de los servicios, dependerá de los distintos actores involucrados.

En este sentido, el registro y la evaluación de las experiencias de implementación del modelo, así como la socialización de los resultados y de las lecciones aprendidas, son elementos fundamentales tanto para el éxito de la iniciativa como para el mejoramiento continuo del modelo hacia el alcance del máximo nivel posible de salud.



Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre 1978.
2. World Health Organization. Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in selfmedication. Ginebra: WHO; 2000.
3. Organización Mundial de la Salud. El papel del farmacéutico en el autocuidado y la automedicación. Reporte de la 4.º Reunión del Grupo Consultivo de la OMS sobre el Papel del Farmacéutico. La Haya, Holanda, 26-28 de agosto 1998. Ginebra: OMS; 1998.
4. Arias T. Glosario de medicamentos: desarrollo, evaluación y uso. Washington, D.C.: OPS; 1999. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19944es/s19944es.pdf>. [Acceso: 2013 04 14].
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. Washington, D.C.: OPS; 2012. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18487&Itemid=&lang=es. [Acceso: 2013 03 21].
6. World Health Organization. The importance of pharmacovigilance-safety monitoring of medicinal products. Geneva; WHO; 2002. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4893e/>. [Acceso: 2013 03 21].
7. World Health Organization. Essential medicines. [Sitio de internet] 2013. Disponible en: http://www.who.int/topics/essential_medicines/en/index.html. [Acceso: 2013 04 10].
8. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2008.
9. World Health Organization, editor. The rational use of drugs. Report of the Conference of Experts Nairobi, 25-29 November 1985. Ginebra: WHO; 1987.
10. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Ginebra: OMS; 2008.
11. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud. Resolución WHA.62.12. 62.ª Asamblea Mundial de la Salud Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS. 18-22 de mayo 2009. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R12-sp.pdf. [Acceso: 2013 04 10].
12. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS; 2007.
13. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. Suplemento de la 45.ª edición. Ginebra; OMS; 2006. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. [Acceso: 2013 04 14].



14. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país Washington, D.C.: OPS; 2012.
15. Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el año 2000: estrategias. Washington, D.C.: OMS; 1980.
16. Almeida C. Reforma de los sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saude Publica*. 2002;18(4):905-25.
17. World Health Organization. Primary health care, including health system strengthening 124.ª Sesión. Ginebra: WHO; 2008.
18. Paganini JM. Los sistemas locales de salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud. Acciones de salud materno infantil a nivel local: según las metas de la Cumbre Mundial en favor de la infancia. Washington, D.C.: OPS; 1999. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/sistemas.pdf>. [Acceso: 2013 04 14].
19. Organización Panamericana de la Salud, editor. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Resolución CD44.R6 del 44.º Consejo Directivo. 55.ª Sesión del Comité Regional para las Américas. 2003. Washington, D.C.: OPS; 2003.
20. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud Declaración de Montevideo. 46.º Consejo Directivo. 57.ª Sesión del Comité Regional. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2005. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_CD46-Declaracion_Montevideo-2005.pdf. [Acceso: 2013 04 14].
21. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata a la Declaración del Milenio. Conferencia Internacional sobre Salud para el Desarrollo, Derechos, Hechos y Realidades. Buenos Aires, Argentina. 13-17 de agosto 2007. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Declaracion_Buenos_Aires-2007.pdf. [Acceso: 2013 04 14].
22. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Panel sobre atención primaria de salud: abordar los determinantes y fortalecer los sistemas de salud. CD48/14, Add. I. Washington, D.C.: OPS; 2008. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-14a-s.pdf>. [Acceso: 2013 04 14].
23. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Washington, D.C.: OPS; 2007.
24. Grupo de Trabajo de la Organización Panamericana de la Salud en Atención Primaria de Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. [Documento de trabajo]. Washington, D.C.: OPS; 2005.
25. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2008.
26. Etienne CF. Cambio en salud, salud para el cambio [discurso de toma de posesión como directora de la Organización Panamericana de la Salud]. Washington, D.C.



2013. Disponible en: <http://new.paho.org/director/wp-content/uploads/2013/01/InauguralSpeechSPANISH>. [Acceso: 2013 04 14].
27. Organización Mundial de la Salud. Acceso equitativo a medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva. Perspectivas políticas N° 04. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4964s/>. [Acceso: 2013 04 14].
28. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Estudio del impacto de la exclusión de los cuidados de salud sobre el acceso a medicamentos en Guatemala, Honduras y Nicaragua. Análisis comparativo. Washington, D.C.: En prensa; 2010. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=7699&Itemid=. [Acceso: 2013 04 14].
29. Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Ministério da Saúde do Brasil. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília, DF: Ministério da Saúde do Brasil; 2005.
30. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Ginebra: WHO; 2007.
31. World Health Organization. Continuity and change: Implementing the third WHO Medicines Strategy 2008-2013. WHO/EMP/20091. Geneva: WHO; 2009. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16880e/s16880e.pdf>. [Acceso: 2013 04 14].
32. Organización Mundial de la Salud. WHA60.1 Erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de Variola virus. Geneva; OMS; 2007. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/S/reso-60-sp.pdf. [Acceso: 2013 03 23].
33. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Resolución CSP28.R9. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. Washington, D.C.; OPS; 2012. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18921&Itemid=270&lang=es. [Acceso 2013: 03 23].
34. American College of Clinical Pharmacy. The definition of clinical pharmacy [Sitio de internet] 2005. Disponible en: <http://www.accp.com/docs/about/ClinicalPharmacyDefined.pdf>. [Acceso: 2009 07 21].
35. Hepler, C. D., Strand, L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 1990;47:533-43.
36. Organización Mundial de la Salud. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Nueva Delhi: OMS; 1988.
37. Organización Mundial de la Salud. El papel del farmacéutico en la atención a la salud: declaración de Tokio. Ginebra: OMS; 1993.
38. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA47.12. Función del farmacéutico en apoyo de la estrategia revisada de la OMS en materia de medicamentos. Ginebra: OMS; 2004.
39. World Health Organization. The role of the pharmacist in the Health Care System. Preparing the Future Pharmacist: Curricular Development. Report of the third WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist. 27-29 August 1997. Vancouver, Canada: WHO; 1997.

40. World Health Organization. Developing pharmacy practice: a focus on patient care. Handbook. Ginebra: WHO; 2006.
41. Federación Internacional Farmacéutica/Organización Mundial de la Salud. Buenas Prácticas en Farmacia - Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas prácticas en farmacia: estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. La Haya, Holanda: FIP; 2011.
42. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, editor. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: los medicamentos esenciales. Washington, D.C.: OPS; 1990.
43. Ara A, Marchand B. Buscando remedio. 1.ª ed. Matagalpa, Nicaragua: Enlace; 1991.
44. Moreno C, Jaramillo G, Restrepo P. Estado del arte de la atención farmacéutica. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 2001.
45. Santich IR, Pedraza A. Conceptualización de un sistema de suministro para el sector público. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1985.
46. Moreno C. El sistema integral de suministro de medicamentos esenciales. 1.ª ed. Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública; 1993.
47. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da União; 1998.
48. Brasil. Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a política nacional de assistência farmacêutica. Brasília: Diário Oficial da União; 2004.
49. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Taller Servicios Farmacéuticos Basados en Atención Primaria en Salud. Santo Domingo, República Dominicana. 31 de marzo - 2 de abril de 2009. Informe Final Washington, D.C.: OPS; 2009. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1625&Itemid=1177. [Acceso: 2013 04 14].
50. Beck U. World risk society. Cambridge, Reino Unido: Polity Press; 1998.
51. United Nations General Assembly. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Nueva York: UN; 2011. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1. [Acceso: 2013 03 25].
52. Ameigeris AR. Diversidad cultural latinoamericana. Santa Fe, Argentina: Homo Sapiens; 1996.
53. Macinko J, Montenegro H, Adell CN, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2007;21(2-3):73-84.
54. World Health Organization. Report of the consultative expert working group on research and development: Financing and coordination. Ginebra: WHO; 2012.
55. Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS; 2008.
56. Gofin J, Gofin R. Salud comunitaria global. Principios, métodos y programas en el mundo. Barcelona: Elsevier; 2012.

57. Department of Health/National Health System/United Kingdom. Report and action plan of the steering group on improving the use of medicines (for better outcomes and reduced waste). London; NHS; 2012. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/action-plan-for-improving-the-use-of-medicines-and-reducing-waste>. [Acceso 2013 04 08].
58. Organización Panamericana de la Salud. La Formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria en Salud. Washington, D.C.: OPS; 2008.
59. DiPiro J, Talbert RL, Yee G, Matzke G, Wells B, Posey LM. Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach. 8.ª ed. Nueva York: McGraw Hill; 2011.
60. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Ginebra WHO; 2003.
61. Andrezza RS, De Castro MS, Köche PS, Heineck I. Causes of drug-related problems in the emergency room of a hospital in southern Brazil. Gac Sanit. 2011;25(6):501-6.
62. Department of Health/National Health System/United Kingdom. Choosing health through pharmacy. A programme for pharmaceutical public health 2005-2015 London; NHS; 2005. Disponible en: http://www.greenlightpharmacy.com/Choosing_Health_Through_Pharmacy_2005.pdf. [Acceso: 2013 03 23].
63. Pan American Health Organization/World Health Organization. Pharmaceutical situation in Barbados. WHO assessment of level II. Health facility and household surveys. Washington, D.C.: PAHO; 2012.
64. Pan American Health Organization/World Health Organization. Pharmaceutical situation in Jamaica. WHO assessment of level II - Health facilities and household survey. Washington, D.C.: PAHO; 2012.
65. Pan American Health Organization/World Health Organization. Pharmaceutical situation in Saint Lucia: WHO assessment of level II. Health facilities survey. Washington, D.C.: PAHO; 2012.
66. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Impacto de la exclusión de los servicios de salud sobre el acceso a medicamentos en Nicaragua, Honduras y Guatemala. Análisis conjunto y comparado de la situación. Washington, D.C.: OPS; 2010. (Documento interno).
67. Department of Human Services/Australia. MedsCheck program. [Sitio de internet]. Disponible en: <http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/pbs/fifth-agreement/medicines-use-review.jsp>. [Acceso: 2013 04 10].
68. Pharmaceutical Society of Australia. Guidelines for pharmacists providing medicines use review (MedsCheck) and diabetes medication management (Diabetes MedsCheck) services Australia; PSA; 2012. Disponible en: <http://www.psa.org.au/download/guidelines/3612-medscheck-guidelines-c.pdf>. [Acceso: 2013 04 10].
69. Pharmaceutical Services Negotiating Committee. Community pharmacy: at the health of public health. Aylesbury; PSNC; 2010. Disponible en: http://www.psn.org.uk/publications_detail.php/277/community_pharmacy_at_the_heart_of_public_health. [Acceso: 2013 03 23].
70. Mendes-Junior WV, Bomfim RLD. Cadernos de funções gestoras e seus instrumentos: qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2009.

71. Mancha SdSdC-L. La gestión por procesos. Toledo; Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2002. Disponible en: <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/Gestiondeprocesos.pdf>. [Acceso: 2013 04 05].
72. Arbeloa PL, Sellés JU. Gestión por procesos. Elementos conceptuales y desarrollo. Barcelona, España: Universidad Oberta de Catalunya; 2009.
73. Sanz JB, Calvo MAC, Pérez RC, Zapata MAR, Panchon FT. Guía para una gestión basada en procesos. Andalucía, España: Instituto Andaluz de Tecnología; 2009.
74. Beardesley RS, Kimberlin CL, Tindall WN. Communications skills in pharmacy practice: A practical guide for students and practitioners. 6.ª ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2012.
75. Sadinha C. Indian Health Service: paving the way for pharmaceutical care. *J of Manag Care Pharm.* 1997;3(1):36-43.
76. Indian Health Service. Pharmacist-Patient Consultation Program PPCP-Unit 2 – How to Counsel Patients in Challenging Situations: Pfizer; 1993.
77. Zermansky AG, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Vail A, Lowe CJ. Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeated prescriptions in general practice. *BMJ* 2001;323:1-5.
78. Roughead E, Pratt N, Peck R, Gilbert A. Improving medication safety: Influence of a patient-specific prescriber feedback program on rate of medication reviews performed by Australian general medical practitioner. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2007;16(7):797-803.
79. NHS Employers. Achieving best value from the community pharmacy: Medicines use review service. London: NHS; 2009.
80. Brown JB, Weston WW, Stewart M, McWilliam CL, Freeman TR. Parte II: Os seis componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa. En: Stewart M, Brown JB, Weston WW, Whinney IRM, McWilliam CL, Freeman TR, editors. *Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico*. 2.ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 49-168.
81. Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. In: Ivama AM, Noblat L, Castro MS, Oliveira NV, Marin N, Rech N, editors. Brasília, DF: OPAS; 2002.
82. Pharmaceutical Society of Australia. Guidelines for pharmacists providing Home Medicines Review (HMR) services. Deakin, Australia: Pharmaceutical Society of Australia; 2011.
83. Cordero L, Fernández-Llimós F, Cadavid MI, Giorgio F, Loza MI. Protocolos para trastornos menores del proyecto TESEMED: gripe y resfriado. *Pharm Care Esp.* 2001;3:5-21.
84. Sevilla-Sánchez D, Espauella-Panicot J, Andrés-Lazaro AM, Torres-Allezpuz R, Soldevila-Llagostera M, Codina-Jane C. Medicación potencialmente inapropiada al ingreso en una unidad de media estancia según los criterios STOPP & START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47(4):155-7.
85. Petrarca AM, Lengel AJ, Mangan MN. Inappropriate medication use in the elderly. *Consult Pharm.* 2012;27(8):583-6.

86. Gallagher P, Lang PO, Cherubini A, Topinková E, Cruz-Jentoft A, Errasquín BM, et al. Prevalence of potentially inappropriate prescribing in an acutely ill population of older patients admitted to six European hospitals. *Eur J Clin Pharmacol*. 2011;67(11):1175-88.
87. Jacob U, Castro MS, Fuchs FD, Ferreira MBC. The influence of Cognition, Anxiety and Psychiatric Disorders over treatment adherence in uncontrolled hypertensive patients. *Plos One* [Sitio en internet]. 2011; 6: Hallado en: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0022925>. [Acceso: 2013 04 06].
88. Tanzi MG. Ten tips for counseling older adults. *Pharmacy today*. Pharmacy Today [Sitio en internet]. 2011; 17: Hallado en: <http://www.pharmacist.com/AM/TemplateRedirect.cfm?template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=273622>. [Acceso: 2013 04 06].
89. Filik R, Purdy K, Gale A, Gerret D. Labeling of medicines and patient safety: Evaluating methods of reducing drug name confusion. *Hum Factors*. 2006;48(1):39-47.
90. Carvalho PRA, Carvalho CG, Torriani MS, Santos L, Barros E. Medicamentos de A a Z: Pediatría. Porto Alegre: ArtMed; 2012.
91. The Joint Commission's Public Policy Initiative. "What did the doctor say?" Improving health literacy to protect patient safety. Illinois: The Joint Commission; 2007.
92. MacKinnon NJ, Kaiser RM, Griswold P, Bonner A. Medication reconciliation and seamless care in the long-term care setting. *Ann Longterm Care*. 2009;17(11):36-40.
93. Peduzzi M. Equipo multiprofesional de salud: concepto y topología. *Rev Salud Pública*. 2001;35(1):103-9.
94. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/Federación Internacional de los Farmacéuticos/Foro Farmacéutico de las Américas/Conferencia Panamericana de Educación Farmacéutica. Competencias del farmacéutico para desarrollar los servicios farmacéuticos basados en atención primaria de salud y las buenas prácticas en farmacia. Washington, D.C. 2013. (Borrador).
95. World Health Assembly. Resolución de la Asamblea Mundial de la OMS-WHA 47.12 (1994) sobre el rol del farmacéutico en apoyo de la estrategia revisada sobre drogas de la OMS. Ginebra: WHA; 1994.
96. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Plan Básico de Educación Farmacéutica: Propuesta de trabajo. Washington, D.C.: OPS; 1998.
97. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. "Propuesta de Acreditación para Carreras de Farmacia de América Latina". Borrador. Washington, D.C.: OPS; 2012.
98. Brown A. A global picture of the Pharmacy Workforce (part 1: the role of the pharmacy technician). Proceedings of the FIP Symposium for Pharmacy technicians and Pharmacy support workforce; 2012; Amsterdam; 2012.
99. Botero UD. El derecho a la utopía. Bogotá: Ecoe; 1997.
100. Durand C. Le Systeme de Sécurité Sanitaire en France. V seminário Internacional de direito sanitário Segurança sanitária no mundo globalizado: Aspectos legais. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1999. [Serie de informes técnicos 74]. Disponible en: <http://www.paho.org/Portuguese/HDP/HDD/it74.pdf>. [Acceso: 2013 04 07].

101. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica - Red PARF [Sitio de internet]. Washington, D.C.: OPS; 2013 Disponible en: <http://www.paho.org/redparf>. [Acceso: 2013 04 06].
102. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de salud. Washington, D.C.; OPS; 2012. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5582&Itemid=4004&lang=es&limitstart=1. [Acceso: 2013 04 05].
103. Federación Internacional de los Farmacéuticos. Declaración de la Federación Farmacéutica Internacional (FIP) sobre estándares profesionales de códigos de éticas para farmacéuticos. La Haya, Holanda: FIP; 2004.
104. Organización Mundial de la Salud. Medicamentos: la corrupción relacionada con los productos farmacéuticos [Sitio de internet]. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs335/es/index.html>. [Acceso: 2013 04 06].
105. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. Rev Saude Publica. 2007;41:214-22.
106. Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. Rev Saude Publica. 2008;42:365-9.
107. Emanuel EJ, Wendler DCG. What makes clinical research ethical? JAMA. 2000; 283(20):2701-11.
108. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seul, Corea: AMM; 2008.
109. Asociación Médica Mundial. Declaración de de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 52.ª Asamblea General Edimburgo. Helsinki, Escocia. Octubre 2000.
110. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la Investigación biomédica en Seres Humanos en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2002. Disponible en: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm. [Acceso: 2013 04 14].
111. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. El Informe Belmont: principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Bethesda, Maryland; 1979. Disponible en: http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/briefing/4028B1_06_Belmont_report.pdf. [Acceso: 2013 04 06].
112. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica. Buenas prácticas clínicas: Documento de las Américas. (s/f). Washington, D.C.; OPS; 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/ths/ev/BPC-doct-esp.doc>. [Acceso: 2013 03 23].

113. World Health Assembly. Resolution WHA.61.21. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. Ginebra: WHO; 2008. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R21-en.pdf. [Acceso: 2010 04 26].
114. Federación Internacional de la Industria del Medicamento. Código FIIM de buenas prácticas para la promoción de medicamentos. Revisión 2006 Ginebra: FIIM; 2007. Disponible en: <http://www.ifpma.org/pdf/IFPMA-TheCode-FinalVersion-30May2006-ES.pdf>. [Acceso: 2013 04 14].
115. Organización Mundial de la Salud. Criterios éticos para la promoción de medicamentos. Ginebra: OMS; 1988. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime1026.pdf>. [Acceso: 2013 04 14].
116. Management Sciences for Health/World Health Organization. Managing drug supply: The selection, procurement, distribution, and use of pharmaceutical. 2.^a ed. Connecticut: Kumarian Press Inc; 1997.

Anexo. Elementos logísticos del servicio farmacéutico

En la entrega del servicio es necesaria la implementación de buenas prácticas de adquisición que garanticen la disponibilidad de medicamentos e insumos de salud con atributos de calidad, de buenas prácticas de almacenamiento para que se conserven adecuadamente los productos, de la gerencia de inventario con racionalidad de recursos y de una distribución oportuna. Estas actividades requieren del liderazgo y la responsabilidad de talento humano idóneo y suficiente, además de la dotación de un sistema de información confiable y oportuno, infraestructura adecuada, y de equipos de conservación y de medición como los higrómetros e insumos administrativos. Por lo tanto, se presentarán algunos elementos importantes en cada uno de estos subprocesos.

La **adquisición** de medicamentos e insumos de salud tiene como objetivos: a) obtener la cantidad adecuada de los medicamentos más eficaces y seguros en función de los costos; b) seleccionar proveedores fiables de productos de calidad y servicio excelente; c) garantizar la entrega puntual, y d) lograr un costo competitivo.

La adquisición es un proceso que se divide tres momentos. El primero es la planeación, cuyo papel es fundamental y determinante en toda la adquisición, comprende la formulación de políticas, objetivos y funciones, así como la definición de los medicamentos y las cantidades a adquirir, además de la modalidad de compra que se utilizará. Siempre debe darse prioridad a los medicamentos de la lista de ME aprobada por la institución. Sin embargo, se deben establecer los procedimientos para la compra de medicamentos por fuera del listado, cuando un paciente lo requiera y esté debidamente justificado.

El segundo paso es la ejecución, de acuerdo con la modalidad de compra, a través del cumplimiento de políticas, la utilización de variables como niveles mínimos, punto de reposición, niveles máximos y cantidad por comprar y los registros del servicio prestado por los proveedores.

Como tercer paso, está la evaluación tanto del proceso y del cumplimiento de éste frente a lo programado, como de los resultados. Como aspectos importantes de la evaluación están: disponibilidad de insumos, precios adquiridos frente al mercado, oportunidad, calidad y servicio prestado por los proveedores.

La definición clara de políticas, el objetivo, las funciones, la estimación de necesidades, el plan de compras y la modalidad, además de marcar el camino a seguir en la ejecución y evaluación del proceso, brinda transparencia y confianza a los actores participantes. Como parte de esta planeación se encuentra la cuantificación de las necesidades a partir de la tendencia histórica, la epidemiología, la investigación de mercados, las proyecciones estratégicas resultantes del manejo de ciertas variables como precios, servicios, crecimiento de la población, perfil epidemiológico, competencia, las políticas económicas, el financiamiento y la



inflación, complementadas con técnicas matemáticas o estadísticas que permiten predecir, con un margen mínimo de error, el comportamiento de los productos y sus tendencias a través del tiempo.

El plan de compras es, por lo tanto, el estimativo de necesidades. Su propósito es garantizar la disponibilidad de los productos con calidad, en el momento oportuno, en las cantidades requeridas y a precios asequibles, para una adecuada prestación del servicio. Se incluye en dicha planeación el manejo adecuado de las donaciones. En casos de emergencia es preciso contar con una planeación de contingencia, tener claridad sobre los insumos recibidos en la institución por concepto de donaciones, así como el abastecimiento para cubrir las necesidades del caso, con el fin de dar un uso adecuado y racional a los recursos.

Las buenas prácticas de adquisición plantean algunas pautas útiles como: adquirir los insumos con nombre genérico o denominación común internacional (DCI); limitarse a la lista de ME y a los procedimientos formalmente aprobados; adquirir en volumen; valorar y monitorear a los proveedores; comprar por concurso; pedir con base en estimativos confiables de las necesidades actuales; desarrollar mecanismos para pagos pronto/confiables y para una adecuada gestión financiera. Es importante trabajar sobre procedimientos escritos y claros, separar funciones, contar con programas de aseguramiento de la calidad de los productos, realizar auditorías anuales con publicación de resultados, y presentar informes regulares en la ejecución de la compra, con indicadores comparados frente a las metas y estándares (116).

En la evaluación, los indicadores de resultados como: el uso del listado básico de medicamentos esenciales en la compra, variación de precios a nivel nacional e internacional, porcentaje de medicamentos no disponibles en la entrega del servicio, entre otros, son la línea base para la toma de decisiones con acciones de intervención.

El **almacenamiento** se inicia con la recepción de los productos, actividad donde se realiza una comparación entre lo pactado con el proveedor en el contrato, orden de compra y/o factura, con los insumos recibidos (recepción administrativa), así como la revisión del cumplimiento de lo establecido por la legislación vigente, como requisitos internos y requisitos técnicos, mediante la revisión de la documentación (por ejemplo, protocolo de calidad) y del producto (recepción técnica). La recepción incluye, además, la verificación de las condiciones en las cuales se transportó el medicamento y/o insumo de salud. Entre los documentos importantes de la recepción está la ficha técnica de cada producto que facilita la cualificación del proceso, además del informe de defectos administrativos y técnicos; esta información es un insumo de la evaluación del proveedor.

El almacenamiento debe realizarse de tal manera que se conserve la calidad de los insumos durante su permanencia en la bodega, almacén o farmacia, garantizando las condiciones dadas por el fabricante. Asimismo, en esta etapa es importante la gestión del inventario, con optimización de los recursos, con adecuada rotación de insumos, porcentaje mínimo o ausencia de averías y confiabilidad del inventario. Además de contar con una infraestructura adecuada, es necesaria la implementación de registros y controles de factores ambientales, el programa de

limpieza y fumigación, la organización y ordenamiento de los productos, la señalización y demarcación de áreas, y la seguridad y restricción de ingreso sólo al personal autorizado.

En la gestión de inventario el sistema de información en línea y actualizado facilita la medición permanente de indicadores como índice de rotación, edad del inventario, confiabilidad del inventario, y medición de averías, pérdidas o fugas para su posterior intervención y mejoramiento.

La **distribución** abarca el movimiento y traslado de medicamentos e insumos de salud internamente en la institución de salud, desde el SF previa prescripción, hasta la administración correcta o dispensación al usuario final, y externamente entre instituciones de salud de igual o diferente nivel de prestación de servicios. En la primera, en el caso de la distribución intrahospitalaria, existen diferentes métodos, como el sistema de reserva por piso, el sistema de prescripción individual con dosis para 24 horas, el sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria, el sistema mixto de prescripción individual y de reserva por pisos; la institución realiza la elección con la evaluación de variables como seguridad, oportunidad y eficiencia.

En la distribución externa, además de un procedimiento adecuado en el alistamiento y empaque de los productos requeridos por las diferentes instituciones de la red, la elección, seguimiento y evaluación del transporte a utilizar, así como el establecimiento de cronogramas y horarios de entrega, adquieren importancia en la medición de la oportunidad, la conservación de los medicamentos e insumos y la seguridad frente a la posibilidad de que haya fugas.

Como aspectos adicionales que vale la pena destacar, están la **trazabilidad** de los productos a lo largo de todo el proceso, de manera a facilitar la recuperación en caso de identificación de un producto con calidad comprometida, y el **sistema de información**, que haga llegar a las instituciones de la red datos sobre la calidad y costos de los productos.





SERIE: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. N° 6
Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

