

GENESIS DE UNA UNIDAD DE OPTIMIZACION DE LA FARMACOTERAPIA EN ARGENTINA.

Marisel Colautti¹, Mariela Bianchi², Jorgelina Paciaroni³, Viviana Sopranzetti⁴, Valeria Palchik⁵, María Luz Traverso⁶, Mercedes Salamano⁷

Resumen:

Los medicamentos colaboraron en cimentar mayor salud, sin embargo son generadores de problemas que surgen de no atender adecuadamente la complejidad farmacoterapéutica. En este sentido, resulta

propicio incorporar el concepto de Atención Farmacéutica (AF) para repensar la actuación de los farmacéuticos. La implementación de AF muestra un impacto positivo en resultados clínicos, humanísticos y económicos, pero se reconocen barreras para su implementación. El sistema de salud argentino es fragmentado y los servicios farmacéuticos se encuentran incluidos en esta lógica. En este contexto, la Universidad y el Colegio de Farmacéuticos observan la necesidad de conformar espacios de AF. El objetivo de esta comunicación es presentar la génesis de la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia (UOF) como un servicio a la población en la ciudad de Rosario, Argentina. La UOF integra actividades de asistencia, docencia e investigación e intenta promover aproximación entre la Universidad Pública y la comunidad en relación a la problemática de utilización de medicamentos. Funciona desde abril de 2012 y se entiende como alternativa de inclusión social, disponible gratuitamente, con criterios bioéticos que alcancen tanto a la relación profesional-paciente, al diseño de políticas de medicamentos como a la evaluación económica y desarrollo de

¹ Magister en Salud Pública, Farmacéutica, docente del Area Farmacia Asistencial de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario. E-mail: mcolautti@fbioyf.unr.edu.ar

² Maestranda de la Carrera de Posgrado de la Maestría en Salud Pública. Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario. Jefe de Trabajos Prácticos Area Farmacia Asistencial Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas. Universidad Nacional de Rosario. Farmacéutica Auditora Instituto Autárquico Provincial de Obra Social. Mendoza 537 4º. CP2000. Rosario. Argentina. E-mail: mbianchi@fbioyf.unr.edu.ar

³ Farmacéutica Especialista en Farmacia Clínica. Directora Técnica de Farmacia Paciaroni. Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe. 2da Circunscripción Buenos Aires 1081. CP S2110 Pavón Arriba. Argentina. E-mail: paciaronij@gmail.com

⁴ Farmacéutica. Jefe de Sector. Centro de Especialidades Médicas de Rosario. Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. . Urquiza 1159 piso 15 dpto 5. CP 2000. Rosario. Argentina. E-mail: vsopran@express.com.ar

⁵ Doctoranda de la Carrera Doctorado de la Facultad de Farmacia de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Beca Doctoral perteneciente al Proyecto de Formación de Doctores en Áreas Tecnológicas Prioritarias (PFDT). Jefe de Trabajos Prácticos. Área Farmacia Asistencial Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas. Universidad Nacional de Rosario. Saladillo 1910 BIS. CP2000. Rosario. Argentina. E-mail: vpalchik@fbioyf.unr.edu.ar

⁶ Doctora. Profesor Asociado. Directora Académica Área Farmacia Asistencial Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas. Universidad Nacional de Rosario. Rivadavia 849. CP 2126. Pueblo Esther. Argentina. E-mail: mtraver@fbioyf.unr.edu.ar

⁷ Doctoranda del Programa de Pos-graduación en Bioética-Universidad de Brasilia, Magíster, Profesor Adjunto Área Farmacia Asistencial Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas. Universidad Nacional de Rosario. Entre Ríos 443. CP2000. Rosario. Argentina. E-mail: msalamano@fbioyf.unr.edu.ar

herramientas metodológicas y tecnológicas.

Descritores: medicamentos -atención farmacéutica – universidad– población

Os medicamentos participaram na construção de uma saúde melhor, embora hoje eles estejam gerando problemas que surgem de não abordar adequadamente a complexidade da farmacoterapia. Neste sentido, é adequado incorporar o conceito de Atenção Farmacêutica (AF) para repensar o desempenho dos farmacêuticos. A implementação da AF mostra o impacto positivo nos resultados humanísticos, clínicos e econômicos, mas são reconhecidas barreiras na sua implementação.

O sistema de saúde argentino é fragmentado e os serviços farmacêuticos estão incluídos nessa lógica. Neste contexto, a Universidade e o Colégio de Farmacêuticos observaram a necessidade de formar espaços de AF. O objetivo deste trabalho é apresentar a gênese de uma Unidade de Optimización de Farmacoterapia (UOF) como um serviço para a população na cidade de Rosario, Argentina. A UOF integra atividades de assistência, ensino e pesquisa e procura promover uma aproximação entre a

universidade pública e a comunidade em relação ao problema atual do uso de medicamentos. Funciona a partir de Abril de 2012 como uma alternativa de inclusão social, disponível gratuitamente, com parâmetros bioéticos que atendem tanto a relação profissional-paciente, quanto o desenho das políticas de medicamentos como a avaliação econômica e desenvolvimento de instrumentos metodológicos e tecnológicos.

Palavras chave: medicamentos. atenção farmacêutica. universidade. população

Medicines collaborated on building better health, but they generate problems that arise from not adequately address the complexity of the pharmacotherapeutic. In this sense, it is suitable to incorporate the concept of Pharmaceutical Care (PhC) to rethink the performance of pharmacists. Implementing PhC shows a positive impact on clinical, humanistic and economic outcomes, but there are recognized barriers to their implementation. The Argentine Health System is fragmented and pharmaceutical services are included in this logic. In this context, the University and the College of Pharmacists observed the need to organize spaces of PhC. The aim of this paper is to present the genesis

of the Optimization Pharmacotherapy Unit (OPU) as a service to the population in the city of Rosario, Argentina. The OPU integrates assistance, teaching and research activities and seeks to promote closer relations between the public university and the community in relation to the problem of medicine use. It works from April 2012 and is considered as an alternative of social inclusion, free available, with bioethical criteria that meet the professional-patient relationship, the drug policy design and economic evaluation, and the development of methodological and technological tools.

Key words: medicines – pharmaceutical care – university – population

INTRODUCCIÓN

Si bien no hay cómo negar que los medicamentos colaboraron en cimentar mayor salud, el punto de partida es el voluminoso complejo industrial médico, con saberes y poderes, y con capacidad para incidir sobre los cuerpos individuales y colectivos, disciplinando y regulando la vida. Algunos autores lo visualizan como una estrategia biopolítica, con capacidad de definir anormalidades con mayor fineza, detectando niveles que nunca causarían enfermedad⁽¹⁾. Es el caso de los diagnósticos por imagen y las tecnologías

de laboratorio, que contribuyen a co-crear falsos positivos, pero también es el ejemplo de las compañías farmacéuticas, que producen novedosos medicamentos para problemas no definidos anteriormente como problemas o necesidades de salud. Se bajan los límites de riesgo de presión arterial, de colesterol y de pre-diabetes, y, en definitiva se pretende adelantar las intervenciones en salud⁽²⁾. En este contexto, los beneficios de los tratamientos medicamentosos comienzan a ser más pequeños, y si bien una persona puede necesitarlos para beneficiarse, muchos otros pueden verse perjudicados; y la sociedad toda tiende a abandonarse con naturalidad en el complejo biomédico, cuyo aporte diluirá las fronteras entre salud/enfermedad y normal/ patológico⁽³⁾.

Las evidencias resultan claras, mientras una parte de la sociedad reclama medicamentos esenciales* otro gran segmento de la población accede a sobre-diagnósticos o malos diagnósticos, particularmente en salud mental, que obligan a la utilización de fármacos psicoactivos, que avasallan la vida privada y la cotidianeidad de las personas,

* El término medicamentos esenciales se aplica a los que son básicos, indispensables e imprescindibles para atender las necesidades de salud de la población (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 615, 1977, pag 10)

haciendo que éstas recurran a ellos para combatir la soledad, la melancolía, el envejecimiento, las problemáticas y exigencias en relación al sexo y el desgano, frente a un mundo que nos exige ser exitosos y rentables, imprimiéndonos un idolatrado modelo corporal⁽⁴⁾.

De esta forma, los mayores consumos se dan en medicamentos con gran éxito publicitario, mercadotécnico, terapéutico y subjetivante, capaces de sumergirse en las entrañas del alma buscando restaurar profundos sufrimientos y tragedias existenciales. Como explica el psicoanalista Benilton Bezerra “se trata de una cultura científica que privilegia la neuroquímica del cerebro en detrimento de creencias, deseos y afectos”⁽²⁾.

Globalmente hablamos de un proceso de medicamentación, en el marco de una medicalización, que goza de un cuadro estratégico: el de involucrar a lo largo de toda la vida a una buena cantidad de sujetos con un solo objetivo, que es el de definir un “imperativo de la salud”, unido a un amplio menú de medidas preventivas (alimentación, deportes, psicofármacos, vitaminas, terapias, etc)⁽⁵⁾.

Los Estados como las organizaciones prestadoras de atención a la salud gastan enormes cantidades de dinero en paliar problemas que resultan de “no

atender adecuadamente” a la complejidad farmacoterapéutica.

Hepler y Strand definen la morbimortalidad asociada al uso de los medicamentos como “la manifestación clínica o biosocial de un problema relacionado con la medicación que no ha sido resuelto”⁽⁶⁾. Se sabe que cada dólar invertido en fármacos produce un gasto adicional que se estima en más del doble, el cual está destinado a paliar los problemas que los medicamentos producen.

No se trata sólo de reacciones adversas o del incumplimiento terapéutico, sino de la utilización, cuando la indicación no lo justifique o cuando la indicación no es tratada. Se habla de tratamientos que no tienen en cuenta las percepciones subjetivas del sujeto y su capacidad de asumirlos en el ámbito de su vida personal, o no considera el resto de la medicación utilizada.

Diferentes organismos han comenzado a enfocar su atención en el tema, realizando estudios, proponiendo recomendaciones o implementando programas, entre ellos: la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Institute for Safe Medication Practices (ISMP); el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and

Prevention (NCCMERP), la American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) y la American Pharmacists Association (APhA), el grupo de Farmacoterapia Social de España, y en Argentina la Academia Nacional de Medicina (ANM) y la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital (AAFH), que han conformado la Red Argentina de Monitoreo de Seguridad en el Uso de Medicamentos.

Este escenario es propicio para incorporar el concepto de Pharmaceutical Care como una necesidad de repensar el modelo de actuación de los farmacéuticos y de su compromiso con la sociedad como profesionales sanitarios. Pharmaceutical Care es una respuesta a una necesidad social que requiere otro modelo de atención⁽⁷⁾. Unos pocos años antes, 1985, Hepler analiza la insuficiencia de informar y aconsejar, desde su punto de vista es imperioso pensar en "cuidar" de los pacientes que usan medicamentos, acuñando el término Pharmaceutical Care, conociéndose en el mundo hispano como Atención Farmacéutica (AF).

En 1990, Hepler y Strand concluyen que "la AF es la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la

calidad de vida del paciente. Estos resultados son: 1) curación de la enfermedad, 2) eliminación o reducción de la sintomatología del paciente, 3) interrupción del proceso patológico o, 4) prevención de una enfermedad o de una sintomatología". En este mismo año empieza la difusión de Pharmaceutical Care fuera de Estados Unidos.

Dos años más tarde se diseña en una Facultad de Farmacia americana un proyecto de investigación sobre un modelo práctico de Atención Farmacéutica Global, denominado "Proyecto Minnesota" en el que participan más de cincuenta farmacéuticos, con el objetivo de demostrar que el papel del farmacéutico asistencial es necesario para trabajar contra el mal uso de los medicamentos.

En 1993 la OMS publica el Informe Tokio sobre "el papel del farmacéutico en el sistema de Atención de Salud", donde se examinan las responsabilidades del farmacéutico en relación con las necesidades asistenciales del paciente y de la comunidad, englobándolas en el concepto de AF. De esta manera la OMS define la Atención Farmacéutica como un "concepto de práctica profesional" en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico y lo define "como el compendio de actitudes,

comportamientos, compromisos, inquietudes, valores éticos, funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y en la calidad de vida del paciente”⁽⁸⁾.

Si bien se reconoce la importancia de identificar los distintos términos utilizados para hablar de AF - “pharmaceutical care”, “clinical pharmacy services”, “medication therapy management” y “medication review - y en algunos casos se utilizan de manera indistinta o como sinónimos, el presente trabajo no tiene como objetivo hacer una discusión epistemológica de los mismos por lo que el término de AF es recuperado desde la definición en la Declaración de Tokio⁽⁸⁾.

Cuando se habla de AF se la considera como una filosofía de trabajo, que coloca al paciente como el centro del accionar del profesional y exige una labor interdisciplinaria por parte del equipo de salud, abordándolo de modo integral. De esta manera se muestra un nuevo concepto, el de alianza terapéutica, alianza de trabajo o alianza de ayuda, que describe la necesidad de una relación que debe existir entre un consejero o psicoterapeuta y un

paciente, para que el cambio terapéutico sea posible⁽⁹⁾.

En muchas partes del mundo, desde hace más de veinte años, se han establecido servicios de AF a la comunidad que han permitido la intervención farmacéutica, de manera recíproca a la incesante innovación de la farmacoterapia. No quedan dudas, que la implementación de AF muestra un impacto positivo en los resultados clínicos, humanísticos y económicos⁽¹⁰⁾.

Sin embargo, se conocen las barreras para la implementación de servicios de atención farmacéutica para la comunidad. Entre ellas se destacan la estructura física de las oficinas de farmacia, el tiempo disponible por parte del profesional, los vínculos interprofesionales, registros necesarios y documentación, compensación económica, legislación vigente, falta de recursos físicos o económicos, las discrepancias entre la lógica del profesional y del propietario de la farmacia o empresario y la Universidad, que ofrece una formación poco orientada a satisfacer las necesidades de los pacientes^(11,12).

En Argentina existen características propias que complejizan aún más las barreras antes descriptas. El sistema de salud argentino es profundamente

fragmentado, desarticulado e intrincado. Está compuesto por tres subsectores que de algún modo expresan los tres modelos de sistemas de salud que fueron desarrollándose en el mundo: público, de obras sociales y prepagos⁽¹³⁾. Por lo tanto, se hace imposible considerar que los servicios farmacéuticos no sean permeables a esta fragmentación, generando consecuencias lógicas en la atención de los pacientes en todos los ámbitos laborales, y específicamente en las farmacias comunitarias u oficinas de farmacia, en donde la carga administrativa es muy ardua y consume la mayor parte del tiempo del profesional.

El interés que despierta la AF como filosofía de trabajo no se condice con la implementación de este tipo de servicios de manera sostenida en el tiempo. Una investigación realizada por un grupo de trabajo argentino muestra las barreras percibidas por los farmacéuticos para llevar adelante servicios de AF: escasez de tiempo, falta de entrenamiento en esta actividad e insuficiencia en las habilidades de comunicación. En menor medida se reconocen la falta de espacio físico, de recursos humanos y de compromiso o motivación, entre otros⁽¹⁴⁾.

En este contexto, la clave que moviliza a los distintos actores desde las

instituciones que forman y nuclean a los farmacéuticos, observa la necesidad de conformar espacios que resuelvan la continuidad en el tiempo de la AF. Así, se establecen espacios centralizados del tipo de unidades optimización de la farmacoterapia. El objetivo de esta comunicación es presentar la génesis de la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia (UOF) como un servicio a la población en la ciudad de Rosario, Argentina.

METODOLOGÍA

El proyecto se gesta nutriéndose de uno de los pioneros del movimiento de medicina social Johann Peter Frank, quien en 1790 siendo profesor de medicina clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pavía (Alemania) estableció entre sus prioridades *una farmacia modelo para que sirviese de patrón al resto de las farmacias de la región*⁽¹⁵⁾. En segundo término el proyecto se concibe a partir de la experiencia y la trayectoria de Manuel Machuca, un referente en Atención Farmacéutica en España y Latinoamérica⁽¹⁶⁾.

Desde estas dos vertientes surge la idea de una Unidad de Optimización de la Farmacoterapia (UOF), dependiente de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y

Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), Argentina, que en colaboración con el Colegio de Farmacéuticos de la 2° Circunscripción, implementan un espacio físico destinado a prestar servicios de Atención Farmacéutica gratuitos a la comunidad.

Una de las bases metodológicas de la UOF se centra en llevar adelante una *gestión generalista e integral de la terapia** con medicamentos, buscando disminuir el sufrimiento humano evitable, y aportando al avance en la garantía del derecho a la salud inscripto en la Declaración de Bioética y Derechos Humanos 2005, operacionalizado por el acuerdo entre dos ámbitos, el académico y el colegiado. Hoy se sabe que formar especialistas en la gestión integral de la farmacoterapia puede elevar la tasa de

** un proceso normatizado, que busca satisfacer todas las necesidades farmacoterapéuticas del paciente, y trata de asegurar que cada medicamento que utiliza, se evalúa de forma individual, para asegurar que tiene un propósito concreto, y se utiliza de la forma más adecuada como para que sea efectivo para el problema de salud que trata, y sea seguro, junto al resto de medicamentos que usa y problemas de salud que padece”⁽¹⁷⁾.*

éxito de los medicamentos del 40% al 84%, y que el retorno de la inversión en este tipo de servicios produce beneficios superiores al 400% ⁽¹⁷⁾.

CONCLUSIONES

Se pretende que esta UOF integre actividades de asistencia, docencia e investigación, ampliando sus servicios a familiares de pacientes, equipo de salud y alumnos universitarios de grado y posgrado. En el futuro también proyecta crear una red con farmacias comunitarias, hospitalarias y del seguro social, que puedan referenciar pacientes a la UOF, de manera de integrar con otros servicios de atención de salud, en la búsqueda de una nueva construcción desde diferentes enfoques para la resolución de los PRM, des-estructurar el paternalismo médico, empoderar al paciente y por sobretodo, educar a los individuos con el fin de promover resultados terapéuticos, económicos y humanísticos que mejoren la salud y la calidad de vida de los pacientes.

La UOF promueve una aproximación entre la Universidad Pública y la comunidad de la región en relación a la problemática de la utilización de los medicamentos, por este motivo ha sido presentado en la 4ta Convocatoria de la Secretaria de Extensión al medio de la UNR bajo el lema “La Universidad y su

compromiso con la sociedad”, siendo seleccionado tras su evaluación según consta en la Resolución Consejo Superior de la Universidad Nacional de Rosario número 941/2012.

Respecto al recurso humano, la UOF cuenta con dos becarios farmacéuticos que aseguran una franja horaria de atención con la supervisión de farmacéuticos especialistas en farmacia clínica y docentes del Área Farmacia Asistencial de la UNR.

La UOF se encuentra en funcionamiento desde abril de 2012⁽¹⁸⁾. Al momento de la publicación podemos afirmar que se ha realizado una fuerte difusión del servicio, invitando especialmente a los colegas farmacéuticos para que deriven los pacientes que ellos consideren necesario y no pueden asumir. Se han recibido consultas por parte de la comunidad y de profesionales. Además se está trabajando con médicos de cabecera que forman parte de Planes de Salud dirigidos a pacientes polimedicados de la tercera edad.

Se entiende a este servicio como una alternativa de inclusión social, que habilita generar criterios en bioética social, que alcancen tanto la relación profesional-paciente como al diseño de políticas de medicamentos, la evaluación económica de

los mismos y el desarrollo de herramientas metodológicas y tecnológicas.

Bibliografía:

1. Foucault M, Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. Editorial Siglo XXI. México. 1977.
2. Sibilía P. El hombre postorgánico. Editorial Fondo de Cultura Económico. Argentina 2006.
3. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Editorial Siglo XXI. Argentina. 2005.
4. Angell M, A epidemia de doencia mental. Piaví 2011; 59: 44.
5. Maglio, I. La medicalización de la vida como causa de reclamos contra la práctica medica. Medicina. 1998. Vol 58 N 5/2. Bs As, Argentina.
6. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47:533-543
7. Cipolle R, Strand L, Morley P. Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide. Ed. Mac Graw Hill. 2a Ed. 2004
8. FIP-WHO. Pharmaceutical Care. Tokyo Declaration. September 1993.
9. Berger B. Building an effective therapeutic alliance: competence, trustworthiness, and caring. Am J

- Health-Syst Pharm. 1993; 50:2399-2403.
10. La Casa García C, Martín Calero M^a J, Domínguez Camacho J. C, Machuca González M., García-Delgado Morente A, Juárez Manzano J. Eficacia de la intervención farmacéutica en pacientes polimedicados. *Pharmaceutical Care España* 2005; 7(1): 25-31
11. Gastelurrutia MA. Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española. [tesis doctoral]. Madrid .Editorial de la Universidad de Granada. Ergon. 2006.
12. Ramalho de Oliveira D, Dupotey Varela N. La investigación cualitativa en Farmacia. Aplicación en la Atención Farmacéutica. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas* 2008 4 (44): 763-772
13. Maceira D. Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad; 2008. Nº: 39.
14. Uema S, Vega E, Armando P Fontana D. Barriers to pharmaceutical care in Argentina. *Pharm World Sci* ; 2008 30:211–215.
15. Sigerist H. Hitos en la historia de la Salud Pública. 5ta edición. Editorial Siglo XXI. México 1998.
16. Machuca M. *Farmacoterapia Social*. Fecha de acceso: 27 de marzo de 2013. Disponible en: <http://www.farmacoterapiasocial.es/fts/v2/sobre-nosotros>.
17. Machuca M. Coordinador. Guía para la implantación de servicios de gestión integral de la farmacoterapia. Buenos Aires: Organización de Farmacéuticos Ibero- Latinoamericanos. 2012.
18. Machuca M. Unidades de optimización de la Farmacoterapia. El farmacéutico. Publicado el 30 de enero de 2013. Fecha de acceso: 27 de marzo de 2013. Disponible en <http://elfarmacutico.es/el-farmacutico-revista/ya-viene-el-sol/item/3021-unidades-de-optimizacion-de-la-farmacoterapia>
- Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2013-04-11
Last received: 2014-02-12
Accepted: 2013-12-19
Publishing: 2014-02-21