

# “ATENCIÓN FARMACÉUTICA: DESCRIPCIÓN DEL CONCEPTO Y LA APLICACIÓN DE SUS ACTIVIDADES POR PARTE DE FARMACÉUTICOS A NIVEL INSTITUCIONAL Y PRIVADO DE LOS CANTONES CENTRALES DE SAN JOSÉ Y CARTAGO DURANTE EL PERÍODO DE OCTUBRE A NOVIEMBRE, 2014.

Rose Hidalgo Martín<sup>1</sup>, Lucia Tames Sánchez<sup>2</sup>

## RESUMEN

Se exponen los resultados de la investigación sobre **Atención Farmacéutica (A.F.): descripción del concepto y la aplicación de sus actividades por parte de farmacéuticos a nivel institucional y privado de los cantones centrales de San José y Cartago durante el período de octubre a noviembre, 2014**. Se aplicó una encuesta en 45 farmacias obteniéndose un total de 87 encuestas (48 encuestas corresponden a farmacia de comunidad y 39 a farmacia institucional CCSS, lo que equivale a un 55 % y 45%, respectivamente). Respecto al género el 68% de los encuestados fueron mujeres, el 31% fueron hombres. La mayoría de los encuestados (62%) tienen entre 0 y 10 de graduados. El rango de edad con mayor porcentaje 69%, oscila entre 20 y 40 años. A nivel de provincia el 67% de las encuestas se realizaron en San José y 33% en Cartago. El 71% de los farmacéuticos afirmaron conocer el origen de A.F., de ellos el 55% indica que la A.F. se inició en España, E.E.U.U. El 50% de los encuestados considera que: la A.F. es un servicio integral; que abarca siete actividades: dispensación de medicamentos (DM), educación sanitaria (ES), seguimiento farmacoterapéutico (SFT), farmacovigilancia (FV), consulta o indicación farmacéutica (CI), uso racional de los medicamentos (URM) y formulación magistral (FMG). El 17% de los encuestados realiza todas las actividades. El 68% considera que la DM no solo es entrega de medicamento sino que incluye servicios clínicos que contribuyen al uso correcto del medicamento con el fin de proteger al paciente de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos de los medicamentos (RNM). El 42.5% considera que la CI es recomendar al paciente un medicamento, resuelve diversas consultas al paciente y automedicación supervisada. Respecto al SFT es el servicio profesional que tienen como objetivo la detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de los resultados negativo asociado a los medicamentos (RNM), dirigido primordialmente a los pacientes crónicos, poli medicados o pacientes en riesgo. El 64% consideran que la E.S abarca transmisión de información sobre medicamentos, motivación para la prevención y alfabetización sanitaria. A nivel general se observa que el 94.3% de los farmacéuticos encuestados consideran a la Farmacovigilancia como una

actividad esencial de la A.F. que tiene como finalidad la detección de efectos adversos. El 100% de los encuestados consideran que si es importante el desarrollo de programas de A.F. Lo cual es coherente con el hecho de que todo profesional en salud debe velar por la promoción y prevención de la salud. El 69% considera que la AF si se desarrolla en Costa Rica, pero sobre todo a nivel institucional (CCSS).

**PALABRAS CLAVE:** Atención farmacéutica, dispensación de medicamentos, educación sanitaria, seguimiento farmacoterapéutico, farmacovigilancia, consulta o indicación farmacéutica, uso racional de los medicamentos y formulación magistral.

## ABSTRACT

The results of research on Pharmaceutical Care (AF) are as follows: Description of the concept and the implementation of its pharmaceutical activities by institutional and private level to the central cantons of San José and Cartago during the period from October to November, 2014, whose primary objective focused on describing the approach to the concept of pharmaceutical care and the implementation of its activities in both types of pharmacy. A survey of 45 pharmacies to give a total of 87 surveys were applied (48 surveys correspond to community pharmacy and 39 CCSS institutional pharmacy, equivalent to 55% to 45%, respectively). As to gender, 68% of respondents were female, 31% were men. Most respondents (62%) are between 0 and 10 graduates. The age range with the highest percentage 69%, ranged between 20 and 40 years. A provincial level 67% of the surveys were conducted in San Jose and 33% in Carthage. 71% of pharmacists reported knowing the origin of AF, 55% indicated that AFSE home in Spain, USA, 50% of respondents considered that: AF It is a comprehensive service; which covers seven activities: dispensing drugs (DM), health education (HE), pharmacotherapy monitoring (SFT), pharmacovigilance (PV), consultation or pharmaceutical indication (CI), rational use of medicines (URM) and compounding (FMG). 17% of respondents performed all activities. 68% believe that DM is not only medically but delivery of clinical services including contributing to the proper use of the medicine in order to

protect the body of drug-related problems (DRPs) and negative for drugs (RNM) . 42.5% believe that IC is recommended to the patient a drug, the patient resolves several consultations and supervised self-medication. Regarding the SFT is the professional service aimed at detecting drug-related problems (DRPs), for the prevention and resolution of negative outcomes associated with medication (MRI), primarily aimed at chronic patients, poly medicated or patients at risk. 64% believe that the ES covers transmission of information on drug prevention and motivation for health literacy. In general it is observed that 94.3% of pharmacists consider pharmacovigilance surveys as an essential activity of the AF which aims to detect adverse effects. 100% of respondents believe that if the AF development programs are important which it is consistent with the fact that every health professional must ensure the promotion and health prevention. 69% consider that the AF if developed in Costa Rica, but especially at the institutional level (CCSS).

## INTRODUCCION

La atención farmacéutica vista como una estrategia o herramienta asistencial en pro del bienestar social, cuyo principal objetivo se centra en mejorar la calidad la salud pública, es un reto para todo profesional en salud, en tanto que ella se desarrolle como, el conjunto de actividades, a saber, Dispensación de Medicamentos, Consulta e Indicación Farmacéutica, Educación Sanitaria, Seguimiento Farmacoterapéutico, Farmacovigilancia, Uso Racional de los Medicamentos, Formulación Magistral que giren en torno al paciente, a la familia y a la sociedad. Dentro de dicho contexto es ubica la investigación, la cual tiene como objeto principal describir el concepto de **Atención Farmacéutica**, así como de la aplicación de sus actividades por parte de los farmacéuticos de farmacia de comunidad y de farmacia de la C.C.S.S. de los cantones centrales de Cartago y San José durante el periodo octubre y noviembre del año 2014. Dicha investigación es producto de la necesidad de indagar sobre la responsabilidad actual que tiene el farmacéutico actual de asumir una actitud proactiva ante el proceso de promoción y prevención de la salud de la población. Se pretende dar a conocer el manejo que sobre el tema poseen los farmacéuticos que regentan farmacias en el área de San José y Cartago (cantones centrales), cuales son las actividades que realiza dentro de la farmacia que beneficien al paciente. La A.F tiene sus orígenes en 1975, EEUU, es introducido con el termino Pharmaceutical Care por Mikeal et col, cuando el paciente es considerado como parte de la labor del farmacéutico. En

**1980** Brodie y cols, indican en una conferencia la importancia de brindarle al paciente los servicios que aseguren la eficacia y seguridad, se le delega al farmacéutico su responsabilidad en el resultado de la terapéutica medicamentosa. En **1990**, Charles D. Hepler, doctor en farmacia, de la Universidad de Florida Y Linda Strand, de la Universidad de Minnesota publican el artículo *Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica* donde analiza el papel social del farmacéutico en los periodos mas importantes de la farmacia en el S. xx (el tradicional, el de transición y el de desarrollo de la atención al paciente); la responsabilidad social del farmacéutico para minimizar morbi-mortalidad vinculado con los medicamentos (1); se definieron las responsabilidades del farmacéutico: **a)** garantizar que el tratamiento farmacológico del paciente fuera el apropiado, efectivo y seguro y estuviera disponible **b)** identificar, resolver y prevenir posibles PRM (1). En **1992** se diseña la Universidad de Minnesota un modelo práctico de Atención Farmacéutica Global, denominado "Proyecto Minnesota", cuyo objetivo fue demostrar que, el papel del farmacéutico asistencial es útil para luchar contra el mal uso de los medicamentos (2), de allí la necesidad de establecer una relación estrecha entre el farmacéutico y el paciente, según Faus, Dáder et al. (3). Uno de los resultados más positivos del proyecto fue el cambio de actitud del colectivo médico, que acabó considerando al farmacéutico como un elemento complementario totalmente necesario en el equipo de salud y no como una interferencia. En **1993** la OMS publica su Informe Tokio sobre "**El papel del farmacéutico en el sistema de Atención de Salud**", en él se planteó que a pesar de las diferencias en la prestación de servicios de salud y en la evolución socioeconómica (el cual se considera un factor influyente en la prestación de la atención sanitaria), el uso racional de los medicamentos y el desarrollo de la atención farmacéutica en los diferentes países, sí aplicaban al concepto de atención farmacéutica.(4) Como segunda parte del informe, se contemplan las normas de calidad de servicios farmacéuticos, lo cual es importante para medir la calidad del servicio que se le brinda al paciente, se aprobó adoptar la guía internacional para la buena práctica de farmacia (BPF).(5) Por lo tanto, el informe de Tokio brinda una estructura por la cual cada país que imparte atención farmacéutica evaluará qué aspiraciones considera razonables y así construirá sus propias normas de acuerdo con las necesidades locales. Es en el año **1993** cuando se puede considerar la expansión de Pharmaceutical Care fuera de los Estados Unidos (2), se crea así el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR) España, bajo la responsabilidad

de la Dra. M<sup>a</sup> José Faus Dáder y del Dr. Fernando Martínez Martínez, la idea de ellos era determinar a través de la investigación el alcance de los RNM y que estos sean aceptados mundialmente como un problema de salud publica pública y desarrollar una nueva tecnología sanitaria: **Seguimiento farmacoterapéutico** (servicio incluido en la Atención Farmacéutica), para detectar, prevenir y resolver fallos de la farmacoterapia. (6) Para el desarrollo en España de la AF se llevaron a cabo varios acontecimientos: **1996**, se publica el primer libro sobre *Pharmaceutical Care*, en **1994**, se crea la red europea "Pharmaceutical Care Network European" (PCNE), **1995** se celebró el Simposio presidentes de la Asociación Americana de Farmacias (APhA) y de la Asociación Americana de escuelas de Farmacia (AACP) y destacan en la importancia del paciente como centro de *Pharmaceutical Care*. En **1997**, se desarrolla el proyecto TOMCOR en pacientes con enfermedad coronaria en España, para evaluar los efectos sobre pacientes coronarios de la nueva forma de actuar en atención farmacéutica frente al modelo tradicional (7). Posteriormente en **1998**, se crea la fundación *Pharmaceutical Care* en España, conocido también con el nombre de método Dáder (8).

El concepto de A.F., evolucionó a través de los años, en principio, como se indica en párrafos anteriores, fue denominado por Hepler y Strand como **Pharmaceutical Care**, concebida como "**la provisión responsable de los tratamiento farmacológico al paciente con el fin de mejorar su calidad de vida**" (1). Dicha denominación resultó ambigua en España y generó una serie de discusiones entre farmacéuticos, dada su amplia traducción, algunos la interpretaron como "**todos aquellos servicios que el farmacéutico puede prestar**". Es dentro del marco de este contexto que durante el periodo **1998-2007**, se llevan a cabo en España tres Consensos y un Foro sobre AF en ellos participa el Ministerio de Salud de España, así como investigadores de diferentes universidades españolas. El objetivo de dichos Consensos fue establecer las pautas o lineamientos de una nueva visión de A.F. y sus actividades, que sirvieran de base para el desarrollo de los programas de A.F., no solo en España sino también a nivel internacional. Así por ejemplo en el año **2000** se crea el Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en la Universidad de Granada, con el lema: **aprender haciendo**, conocido también con el nombre de método Dáder (8) ; en el **2001** se publica un Documento denominado Consenso sobre A.F., donde se plantea un nuevo concepto de A.F. que involucra la participación activa e interactiva del farmacéutico con el paciente en donde se da asistencia a este último en la dispensación de medicamentos y SFT, involucrando a varios profesionales

de la salud; en el **2002** se lleva a cabo el 2<sup>do</sup> Consenso de Granada con el objeto de replantear el concepto de PRM y su clasificación; en el **2004** se lleva a cabo un Foro donde se propuso una lista de PRM, se publica un documento sobre los conceptos de: PRM , RNM, dispensación e indicación farmacéutica; en el **2006**, se plasma en un documento los aspectos relacionados con el desarrollo del proceso de A.F. para facilitarle a los farmacéuticos su labor; en el **2007** se realiza el 3<sup>er</sup>Consenso de Granada específicamente sobre PRM y RNM.

Como se puede observar, en esta ubicación espacio temporal de lo que ha sido la evolución de la A.F. es establecer las bases de la A.F., unificar dicha práctica para su aplicación e implementación a nivel internacional. Es de esta forma como Costa Rica, específicamente el Hospital San Juan de Dios (1997) retoma el modelo español de A.F. y desarrolla un programa de A.F. dirigido a pacientes con SIDA, de igual forma lo hace el Hospital William Allen de Turrialba (2004), el Área de Salud de Palmares, la Clínica Carlos Durán (2007).

## CONCEPTUALIZACION

**Atención Farmacéutica:** son las diferentes actividades que realiza el farmacéutico centradas en la atención al paciente, a saber: dispensación de medicamentos (**DM**), educación sanitaria (**ES**), seguimiento fármacoterapéutico (**SFT**), farmacovigilancia (**FV**), consulta o indicación farmacéutica (**CI**), uso racional de los medicamentos (**URM**) y formulación magistral (**FMG**). El objetivo de la A.F. es prevenir, resolver las desviaciones que provocan que no se alcance el objetivo terapéutico, para ello evalúa los problemas de salud del paciente desde una perspectiva de la necesidad, efectividad y seguridad de los medicamentos, dicha labor la realiza en forma interdisciplinaria con un equipo de profesionales en salud e involucrando al paciente y la familia.

**Dispensación de medicamentos (DM):** es el acto profesional por el cual el farmacéutico, ante la solicitud de un medicamento (con o sin receta), previa verificación que el paciente o cuidador tiene conocimiento sobre el objetivo del tratamiento y de la forma adecuada de utilizarlo, entrega el medicamento de acuerdo con la legislación vigente, evaluando que el medicamento sea adecuado para ese paciente. (3)

**Seguimiento fármacoterapéutico (SFT):** es una práctica clínica que pretende monitorizar y evaluar de forma continua, sistematizada y documentada la farmacoterapia del paciente con el objeto de mejorar los resultados en la salud de este.

**Farmacovigilancia (FV):** según la OMS es "...la notificación, el registro y la evaluación sistemática de las

reacciones adversas de los medicamentos que se dispensen con o sin receta.... Es la actividad relacionada con la detección, evaluación, conocimiento y prevención de reacciones adversas y otros posibles problemas relacionados con los medicamentos". (9)

**Consulta o indicación farmacéutica (CI):** "...servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber que medicamento debe adquirir, y solicitar al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto" (10).

**Educación sanitaria (ES):** son acciones educativas, que ejecuta el farmacéutico dirigidas al paciente, la familia y la comunidad para promover una vida saludable y prevenir la aparición de enfermedades, así como abarcar la transmisión de información y, de igual manera, fomentar la motivación, habilidades personales y la autoestima; todo esto necesario para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. (11)

**Uso racional de los medicamentos (URM):** se refiere al uso correcto y adecuado de los medicamentos, para ello el médico debe prescribir el medicamento adecuado, el farmacéutico debe dispensar la receta en forma correcta. Para que haya un uso racional y correcto de los medicamentos, el paciente debe recibir de su médico el medicamento adecuado y tomar la dosis debida durante un periodo de tiempo suficiente, al menor coste, tanto para él como para la sociedad. (2)

**Formulación Magistral(FMG):** Según Faus, Dáder et (3), la formulación magistral se considera como un medicamento dirigido a un paciente individualizado, el cual es elaborado por el farmacéutico para cumplimentar expresamente una prescripción facultativa detallada de las sustancias medicinales que incluye, según las normas técnicas y científicas del arte farmacéutico, y dispensado con la debida información al usuario.

### **Farmacia estatal C.C.S.S.**

La farmacia hospitalaria es una especialización farmacéutica que se ocupa de servir a la población en sus necesidades farmacéuticas, a través de la selección, preparación, adquisición, control, dispensación, información de medicamentos y otras actividades orientadas a conseguir una utilización apropiada, segura y coste-efectiva de los medicamentos y productos sanitarios, en beneficio de los pacientes atendidos en el hospital y en su ámbito de influencia. (12)

### **Farmacia de Comunidad:**

La farmacia comunitaria es el concepto internacionalmente aceptado que define a la farmacia que tiene una vocación de servicio hacia la comunidad. Esto reflejado hacia un entorno social y hacia aquellos pacientes que necesitan

fármacos para tratar sus diferentes patologías con seguridad, calidad y eficacia; todo ello bajo la supervisión del profesional farmacéutico. Por lo tanto, este profesional ofrece una atención sanitaria integral al paciente que engloba todo lo relacionado con medicamentos, desde la dispensación de una receta médica, hasta el seguimiento y control del tratamiento farmacológico (13).

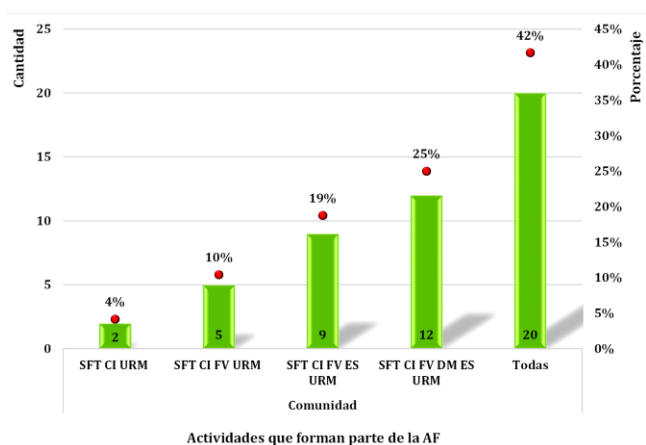
### **METODOLOGIA**

Con esta investigación se pretende dar una descripción de datos y características de una población, específicamente el desarrollo y manejo de la A.F por parte de los farmacéuticos de farmacias de CCSSS y farmacias de comunidad de los cantones centrales de Cartago y San José, durante el periodo octubre- noviembre del año 2014. Se tomo como punto de partida para la selección de la muestra el registro de datos estadísticos de las farmacias de Cartago y San José, proporcionados por el Colegio de Farmacéuticos. La población del estudio la conformo un total de 178 farmacias aproximadamente. La muestra se eligió a partir de la población tomando en cuenta una fórmula estadística para poblaciones finitas, para un nivel de confianza de 90 %. Se aplicó una encuesta en 45 farmacias (muestreo aleatorio simple) obteniéndose un total de 87 encuestas: 48 encuestas corresponden a farmacia de comunidad y 39 a farmacia institucional CCSS, lo que equivale a un 55 y 45%, respectivamente.

### **RESULTADOS**

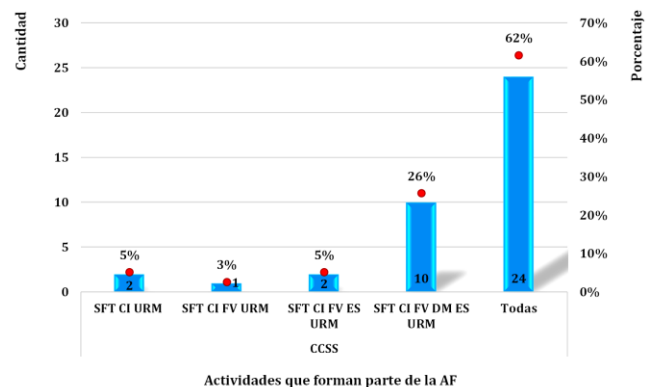
Dentro de los resultados mas importantes obtenidos en la aplicación del instrumento de acuerdo al objetivo de la investigación tenemos: el 71.5% de los farmacéuticos de farmacia de comunidad y de la CCSS, conocen el origen de la A.F., tanto a nivel mundial como a nivel nacional; el 51.5% en promedio de los farmacéuticos afirman que la A.F. es una practica integral desarrollada en forma activa por el farmacéutico con la cooperación del equipo de salud en beneficio del paciente; respecto de las actividades que involucra la A.F. el 42% de los farmacéuticos de comunidad, y el 62% de los farmacéuticos de CCSS consideran que ella involucra: dispensación de medicamentos, educación sanitaria, S.F.T., F.V., consulta e indicación farmacéutica, uso racional de los medicamentos y formulación magistral. Ver grafico 8a, 8b.

**Gráfico 8a. Actividades de AF según las farmacias de comunidad**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la Encuesta aplicada sobre de Atención Farmacéutica, realizada a nivel institucional y privado en el área de San José y Cartago durante el período de octubre a noviembre de 2014.

**Gráfico 8b. Actividades de AF según las farmacias de CCSS**



**Nota:** Seguimiento farmacoterapéutico (SFT), consulta e indicación (CI), farmacovigilancia (FV), formulación magistral (FMG), dispensación de medicamentos (DM), educación sanitaria (ES), uso racional de medicamentos (URM).

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la encuesta aplicada sobre atención farmacéutica, realizada a nivel institucional y privado en el área de San José y Cartago, durante el período de octubre a noviembre de 2014

A nivel institucional (CCSS) el 26% de los farmacéuticos realizan todas las actividades que involucran la A.F., a nivel privado solo el 10% de los farmacéuticos las realizan, ello equivale a una proporción 3:1 (aproximadamente), respectivamente. Sin embargo a nivel privado las actividades que más se desarrollan son dispensación de

medicamentos, educación sanitaria, consulta o indicación farmacéutica y uso racional de los medicamentos (69%) y a nivel público las actividades que se desarrollan mayoritariamente son: SFT, farmacovigilancia, formulación magistral, dispensación de medicamentos, educación sanitaria y uso racional de medicamentos (61%). El 77% y el 63% de los farmacéuticos de la CCSS y de comunidad, respectivamente, consideran que la dispensación de medicamentos medicamentosas incluye: suministros de medicamentos al paciente; revisión de la dosis, frecuencia y fuerza de medicamento; revisión de interacciones medicamentosas; identificación de PRM y educación sobre el uso de medicamentos. Por otro lado el 52% de los farmacéuticos de comunidad definen la consulta o indicación farmacéutica como: recomendar al paciente un medicamento de acuerdo con su patología, resuelve diversas consultas al paciente y automedicación supervisada en tanto que a nivel de la CCSS el 54% la define solamente como resolución de diversas consultas (dudas) que el paciente tengo sobre el tratamiento dispensado. El S.F.T. es interpretado por los farmacéuticos de comunidad como un proceso documentado y de supervisión donde se registra perfil farmacológico del paciente para determinar problemas de adherencia e identificar RNM y prevenir PRM (50%), en el caso de la CCSS es percibido en un 57% como un proceso individual, evaluativo y continuo que realiza el farmacéutico sobre el grado de apego de los pacientes hacia el tratamiento farmacológico y no farmacológico donde lo mas importante es darle continuidad y supervisión del mismo donde se puedan identificar a tiempo PRM evitar posibles RNM. En promedio el 72.5% de los farmacéuticos encuestados consideran que el S.F.T. se debe brindar a los pacientes crónicos, polimedicados, en riesgo, niños, adulto mayor y paciente con discapacidad.

En ambos sistemas de salud los farmacéuticos opinan, casi en forma unánime: 96% (farmacia de comunidad) y 92% (farmacia de CCSS) que la farmacovigilancia es esencial en el proceso de A.F., para identificar efectos adversos, detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM); para resolver fallo terapéutico e identificar de interacciones medicamentosas. El 52% y el 90% de los farmacéuticos de comunidad y de CCSS, respectivamente, consideran que la A.F. si se esta desarrollando en Costa Rica, en contraposición con el 48% (comunidad) y 10% (CCSS) que opina que A.F. no se desarrolla en el país.

## CONCLUSIONES

Dentro de los elementos que se pueden destacar de la investigación tenemos que en general los farmacéuticos no

conocen el origen real de la AF, los pocos que lo conocen pertenecen a la CCSS, superando a los farmacéuticos de farmacia de comunidad por más del doble: el 4% perteneciente a la CCSS indicó que fue en EEUU en comparación con un 2 % de farmacia de comunidad. Para el caso del origen de la AF en Costa Rica, las estadísticas tuvieron un comportamiento diferente, solo un farmacéutico de farmacia de comunidad contestó correctamente (HSJD), en tanto que a nivel de la CCSS ninguno respondió.

Al tomar en cuenta que la edad de la mayoría de los encuestados (69%) osciló entre 20 y 40 años, es de esperar que se identificaran con la evolución de la AF de los últimos 20 años, donde el auge de la AF se centro en los estudios realizados por las universidades españolas (de Granada), donde se promovieron cursos de especialización en AF, respaldada por la legislación del Gobierno español que, de acuerdo con los últimos consensos, ha estado totalmente involucrado en el tema de AF. (6)

Tanto a nivel general como en forma individual, los farmacéuticos de CCSS y de comunidad tienen una apreciación de que la AF es una práctica integral al incluir al menos dos profesionales en salud como lo dice y lo respalda la literatura y es concebida como un conjunto de actividades que abarcan abarca dispensación de medicamentos, servicio farmacoterapéutico, consulta e indicación farmacéutica, educación sanitaria, farmacovigilancia, formulación magistral y uso racional de los medicamentos. Cabe destacar que en el caso de farmacia de comunidad, según la encuesta, no aplican las actividades de : S.F.T., formulación magistral y farmacovigilancia debido que en ellas no existe ninguna norma que obligue a ejecutarlas, no existe registro de los tratamientos que lleva el paciente, es decir no media un expediente, el paciente es irregular en sus visitas a la farmacia lo que dificulta un contacto continuo y sistemático y la comunicación con el médico prescriptor es nula; en tanto que a nivel de la CCSS existe toda una política institucional apoyada por el Estado, el cual tiene el compromiso moral y legal por velar o cuidar la salud de la población (14) para que en todos los centros de salud se ejecuten la mayoría de las actividades de A.F. cuando ello sea necesario, para ello cuentan con programas definidos y establecidos, además la cobertura de los hospitales y algunas clínicas es muy elevada y el usuario, al saberse protegido por el Estado, demanda cada vez más la participación del farmacéutico.. Para el caso de farmacias de la CCSS no aplica la actividad de consulta e indicación farmacéutica como tal, es decir, como lo propone o define la AF, "que me da para" (2), no se desarrolla, sino que ellos la abordan como consulta clínica, donde evacuan diversas

dudas que plantean los paciente, pero nunca para recomendar un medicamento específico como si se hace en farmacia de comunidad. Por otro lado, se puede determinar que dentro de las actividades de educación sanitaria en las que participan activamente los farmacéuticos, están: para el caso de los farmacéuticos de CCSS, el mayor porcentaje (9.2%) son charlas, boletines, ferias de la salud y murales, a diferencia en las farmacias de comunidad, donde estas actividades se ven muy disminuidas (2.3%). En el caso de los farmacéuticos de la CCSS, dichas actividades están dirigidas a pacientes, personal en salud (médico, enfermera, trabajador social) y son realizadas por iniciativa del propio farmacéutico, sobre todo en aquellos centros de salud donde existe o esté definido un programa de AF específico. En el caso de los farmacéuticos de comunidad, estas actividades se ven muy restringidas, al paciente sobre todo se le informa sobre medicamentos con algún tipo de información escrita como boletines o panfletos que las casas comerciales farmacéuticas brindan, o sea, el farmacéutico es quien recibe esa educación sanitaria por parte de los visitantes médicos, la cual en el mejor de los casos la transmite a sus clientes cuando realiza alguna recomendación o indicación farmacéutica.

Los farmacéuticos encuestados, en su totalidad 100%, manifestaron que el desarrollo de programas en atención farmacéutica son indispensables ya que se pretende, por sobre todo, informar y educar al paciente en pro de la prevención y promoción de la salud, informando sobre el uso correcto de los medicamentos, favoreciendo la adherencia al tratamiento y con ello mejorar la calidad de vida de los pacientes y, en general, contribuir a optimizar el estado de bienestar social de la población.

En el caso de los farmacéuticos de farmacia de la CCSS, justificaron la importancia del desarrollo de programas de AF; en primer lugar, fundamentado en que se debe educar al usuario sobre la importancia de tomarse el tratamiento de forma correcta como lo indica el médico, es decir, lo que se pretende es incrementar la adherencia al tratamiento, en segundo lugar educar al paciente sobre el uso adecuado de los medicamentos en pro de promover su uso racional para disminuir el impacto en el gasto público y la contaminación del ambiente al hacer un uso inadecuado; en tercer lugar consideran que para mejorar la calidad de vida del paciente ya que el fin último es ofrecerle el mayor beneficio posible.

A nivel de las farmacias de comunidad, los farmacéuticos señalan la importancia del desarrollo de programas de AF para educar al paciente en el uso correcto de los medicamentos que lo beneficien.



## RECOMENDACIONES

Que el Estado como cuidador de la salud, a través del Ministerio de Salud, ente regulador de la salud, encargado de la planificación de la política nacional de esta, de la CCSS, principal prestador de servicios en salud, impulsen y coordinen de forma sincronizada el desarrollo de programas de atención farmacéutica no solo a nivel institucional, sino también a nivel privado como requisito de las buenas prácticas del quehacer farmacéutico, como por ejemplo, la realización de campañas sobre el uso racional de medicamentos y concientizar a la población de la gran inversión que efectúa el Estado en la compra de medicamentos para proveerlos a la población, por tanto el buen uso de estos contribuirá a una mejor la calidad de vida del paciente de la mano de la optimización de los recursos.

Implementar en el plan de estudios de las universidades que ofrecen la carrera de Farmacia cursos sobre A.F impartidos por personal especializado para ofrecerle al estudiante el más alto nivel en su preparación académica. La buena atención farmacéutica por parte del profesional lleva implícito los principios de humanidad, solidaridad, equidad y respeto al ser humano.. Además ello contribuirá a desarrollar destrezas y habilidades en el manejo de técnicas adecuadas para abordar las diferentes necesidades que demandan los pacientes.

La presente investigación es solo el principio de una inquietud, es importante darle continuidad a futuro, por ejemplo, se plantea la posibilidad de ampliar el rango de cobertura que se extienda a otras provincias de tal forma que los resultados puedan extrapolarse a nivel nacional y describir con mayor criterio el manejo que tienen los farmacéuticos sobre lo relacionado con la atención farmacéutica y poder determinar con ello muchas necesidades o vacíos fluctuantes dentro de la profesión. Es necesario abogar por la necesidad de una ley que regule el uso racional de los medicamentos en nuestro país.

## REFERENCIAS

1. **Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica.** Hepler, Charles D y Strand, Linda M. 533-543, 1990, Am J Hosp Pharm. Traducción al español por Pharm Care Esp. 1999; 1:35-47, Vol. 47.
2. Faus Dáder, María José, Amariles Muñoz, P y Martínez Martínez, F. *Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos.* Madrid : Ergon, 2008.

3. *La Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha.* Faus Dáder, M y Martínez Romero, F. 52-61, 1999, Pharmaceutical Care España, Vol. 1.

- 4 . Organización Mundial de la Salud. *El papel del Farmacéutico en el sistema de atención de la salud.* Organización Mundial de la Salud. Tokio : s.n., 1993. pág. 27, Informe de La Reunión de la OMS. OPS/HSS/HSE/95.01.

5. Ministerio de Salud Sanitaria y Consumo. *Consenso sobre Atención Farmacéutica.* Madrid : s.n., 2011.

6. Martínez Martínez, Fernando. *Grupo de investigación. Atención Farmacéutica.* Universidad de Granada. [En línea] 2006. [Citado el: sábado de setiembre de 2014.] <http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/>.

7. *Atención Farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (estudio TOMCOR).* 4, Julio de 2001, Revista Española de Salud Publica.

8. Seguimiento Farmacoterapéutico. [aut. libro] María José Faus Dáder, P Amariles Muñoz y F Martínez Martínez. *Atención Farmacéutica. conceptos, procesos y casos prácticos.* Madrid : Ergon, 2008, págs. 87-132.

9. *Organización Mundial de la Salud.* [En línea] 2014. [Citado el: viernes de octubre de 2014.] <http://www.who.int/>.

10. *Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos.* Grupo de investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. 2002, Ars Pharmaceutica

11. Atención Farmacéutica: servicios orientados al paciente. [aut. libro] María José Faus Dáder, P Amariles Muñoz y F Martínez Martínez. *Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos.* Madrid : Ergon, 2008, págs. 11-27.

12. *Farmacia Hospitalaria.* mayo de 1999, Guía de Formación de especialistas.

13. *¿Qué puede hacer su farmacéutico comunitario por su salud? [En línea] 2013.* [Citado el: martes de Octubre de 2014.] [www.sefac.org](http://www.sefac.org).

14. *Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM).* Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. 2007, Ars Pharm.

