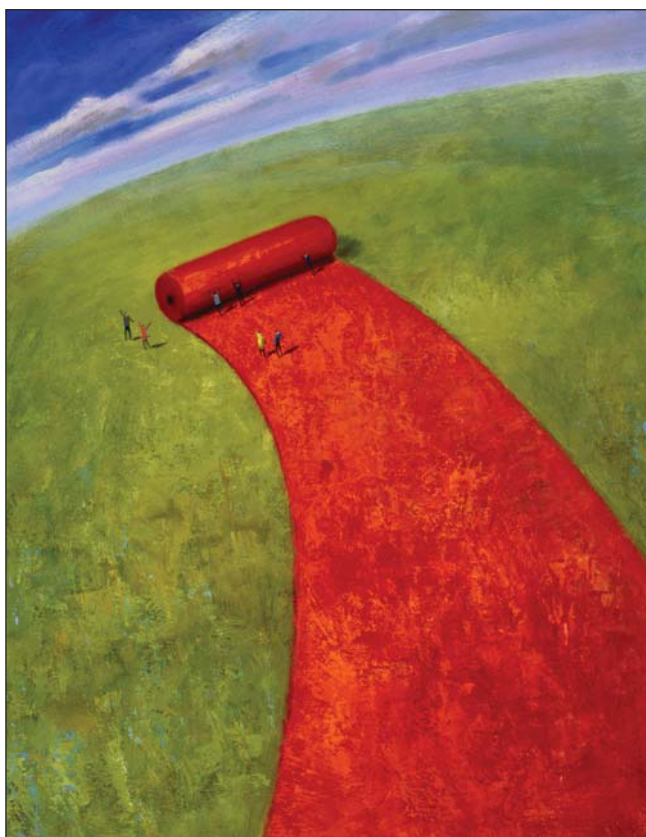


La evolución del concepto de atención farmacéutica y su repercusión en España

ANTONIO CORDOBÉS

Farmacéutico.



Atención farmacéutica es un concepto de moda en la farmacia española e incluso en el ámbito farmacéutico internacional. Para unos supone la reprofesionalización de la oficina de farmacia; para otros, un medio de ahorrar costes y paliar las repercusiones no deseadas de los medicamentos; para algunos médicos, una intromisión en sus competencias profesionales, y para muchos pequeños farmacéuticos puede suponer el principio del fin de su actividad. De todo ello se ocupa el presente trabajo.

La atención farmacéutica (AF) es un concepto que apareció unos 10 años atrás y que ha de sido recogido como tal en disposiciones oficiales, pero siempre, en mayor o menor grado, fue realizado por los farmacéuticos responsables con oficina de farmacia. Aunque puede desarrollarse sin el recurso a la informática e Internet, no se puede

negar que la aparición de la Red y de los modernos medios de transmisión y análisis de datos, le han dado unas posibilidades impensables anteriormente.

La reciente aparición de este concepto y el gran auge que ha experimentado no responde a una moda pasajera, sino que tiene unas causas objetivas:

– El gran aumento de la morbilidad y morbimortalidad achacables al uso inadecuado de los medicamentos, estimándose en 1995 en Estados Unidos que el 20% de las hospitalizaciones se debió a daños por medicamentos, con un coste de 75.000 millones de dólares. Recientemente se ha afirmado que el problema ha seguido aumentando.

do y el daño ya supera los 175.000 millones de dólares. Un estudio reciente de la FDA que abarca desde 1993 a 1998 concluye que el 9,8% de los errores de medicación dan lugar a la muerte del paciente¹. En España, una investigación aún en curso realizada por la Universidad de Granada² estima que el 24% de las urgencias en el Hospital Virgen de las Nieves se deben a la mala utilización de medicamentos y el 67% de los casos detectados son evitables. Según datos hechos públicos por el COF de Barcelona, el 6% del gasto hospitalario en España se debe a problemas causados por el mal uso de los medicamentos.

– El deseo de los gobiernos de los países desarrollados de reducir el coste, muy elevado, de la factura farmacéutica.

– El deseo de muchos farmacéuticos con oficina de farmacia de salir de su frustración profesional y ser más útiles a la sociedad.

– Las posibilidades que ofrece el avance de los medios de comunicación y especialmente de la informática e Internet.

Definiciones legales

Antes que el Gobierno central, el ejecutivo autonómico de Cataluña fue el primero en introducir con carácter legal el concepto de atención farmacéutica en su Ley 31/1991, de 13 de noviembre, de Ordenación Farmacéutica, que dedicó su título primero a esta materia, aunque sin definirla, especificando eso sí los niveles en que debería prestarse, empezando por las oficinas de farmacia en el nivel de atención primaria y continuando por los «servicios de farmacia» en los centros sanitarios, e incluyendo los que podríamos llamar de asistencia farmacéutica veterinaria. En el artículo 2, dedicado a la oficina de farmacia, se detallan las funciones que podríamos incluir dentro del concepto de asistencia farmacéutica.

La Comunidad Autónoma del País Vasco, en la Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica es la primera que define la AF, en el artículo segundo de su

capítulo I, diciendo que «se concibe la atención farmacéutica como el servicio de interés público comprensivo del conjunto de actuaciones, tanto en el ámbito asistencial como de salud pública, que deben prestarse, en las condiciones que se establecen en la legislación vigente, por profesionales sanitarios, bajo la responsabilidad de un farmacéutico, en los establecimientos y servicios farmacéuticos», detallando las funciones de las oficinas de farmacia en su artículo quinto y las de los servicios de farmacia en los centros de salud y otros en el artículo 26.

La Ley 16/1997,
de 25 de abril,
de Regulación de
Servicios en las Oficinas
de Farmacia,
sin definir lo que
entiende por AF,
incluye las funciones
que normalmente
la forman

Extremadura fue la siguiente comunidad autónoma que reguló la práctica de la AF en la Ley 3/96, de 25 de junio, de Atención Farmacéutica, definiendo la AF, en su artículo primero, «como el proceso por el cual se facilita adecuadamente el acceso a medicamentos y/o productos relacionados a los ciudadanos, contribuyendo a hacer un uso racional y eficiente de los mismos por los profesionales sanitarios y los individuos, participando en la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud con el objetivo de mejorar y proteger el estado de salud y la calidad de vida de los individuos de la comunidad. La atención farmacéutica comporta, por tanto, un proceso mediante el cual un farmacéutico coopera con el paciente y con otros profesionales en el diseño, implantación y monitorización de los tratamientos farmacológicos de los

pacientes con el fin de optimizar los resultados terapéuticos en éstos». Esta Ley indicaba que la AF se prestaría en los niveles de atención primaria, en los de atención hospitalaria, en los establecimientos de carácter sociosanitario y también respecto a los medicamentos de uso animal.

El Gobierno central, en la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios en las Oficinas de Farmacia, sin definir lo que entiende por AF, incluye las funciones que normalmente la forman dentro del artículo tercero dedicado a las oficinas de farmacia, indicando expresamente que «el farmacéutico titular de una oficina de farmacia deberá prestar el servicio de información y seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes». En el polémico documento recientemente firmado y que lleva por título *Bases para un acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos para la elaboración y ejecución del Plan Integral de Medidas de Control del Gasto Farmacéutico y Uso Racional del Medicamento*, se contempla la implantación generalizada de un modelo de AF en las oficinas de farmacia.

En Canarias (Decreto 16/10/97 de Criterios Específicos de Planificación y Ordenación Farmacéutica) y en Cantabria (Decreto 15/01/98, de 24 de febrero, de Ordenación Farmacéutica) se hace una brevísima referencia a la AF en los artículos 3.º y 1.º, respectivamente. En Castilla y León el Decreto 119/97, de 9 de octubre, de Planificación Farmacéutica no se refiere específicamente al tema.

Sí se refirieron expresamente a la AF en Murcia (Ley de Ordenación Farmacéutica en su título I de la atención farmacéutica), La Rioja (Ley 8/98, de 16 de junio, de Ordenación Farmacéutica en su título I de la asistencia farmacéutica), Valencia (Ley 6/98, de 22 de junio, de Ordenación Farmacéutica), Madrid (Ley 19/98, de Ordenación y Asistencia Farmacéutica), Baleares (Ley 7/1998, de 12 de noviembre, de Ordenación Farmacéutica, en sus artículos 2 y 3), Aragón (Ley 4/99, de 25 de marzo,

de Ordenación Farmacéutica en su título I de la atención farmacéutica), Galicia (Ley 51/99, de 21 de mayo, de Ordenación Farmacéutica) y, finalmente, en Andalucía (Ley de Ordenación Farmacéutica en su título II de la atención farmacéutica).

Definiciones científicas

La OMS, en el informe Tokio de 1993³, define la AF como «el compendio de práctica profesional, en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico y reconoce que esta AF es el compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente».

Según Hepler y Strand³, «la AF es la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida de cada paciente».

Federico Mayor Zaragoza, ex director general de la UNESCO, la define como «un compromiso profesional con el paciente».

Luis Salar Ibáñez³ define la AF «como la realización del seguimiento farmacológico en el paciente con dos objetivos, responsabilizarse con el paciente de que el medicamento le va a hacer el efecto deseado por el médico que lo prescribió o por el farmacéutico que lo indicó y estar atento para que a lo largo del tratamiento no aparezcan o aparezcan los mínimos problemas deseados, y si aparecen resolverlos entre los dos o con ayuda de su médico».

Recientemente, el Consejo de Europa, en una de sus resoluciones (ResAP2001.2), señaló que la AF es un elemento esencial en la prevención y reducción de los riesgos iatrogénicos y debe implementarse sistemáticamente. Incluye el registro de fichas farmacéuticas, el seguimiento de los tratamientos prescritos, la evaluación de la com-

pleta medicación del paciente, la racionalización del consejo a los pacientes, el intercambio sistemático de información con otros profesionales sanitarios, y para ello el farmacéutico debe hacer uso eficaz de las tecnologías de la información y de bases de datos relevantes.

La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo ha apoyado un nuevo consenso sobre AF⁴, que se presentó el 19 de diciembre de 2001 en la Real Academia de Farmacia. Según tal consenso, se entiende por AF «la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos, mediante la detección, prevención y resolución de los problemas relacionados con los medica-

Según Hepler y Strand,
«la AF es la provisión
responsable de
la farmacoterapia
con el propósito de
alcanzar unos resultados
concretos que mejoren
la calidad de vida
de cada paciente»

mentos (PRM), de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del equipo de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente».

El concepto de AF es muy parecido al de farmacia clínica, aparecido con anterioridad, diferenciándose fundamentalmente por el entorno en que se aplican: en la oficina de farmacia y tratamiento ambulatorio el primero, y en las instituciones hospitalarias el segundo. También la AF pone el acento en la relación directa con el paciente, mientras que la farmacia clínica lo pone en la relación con el médico de hospital que atiende

al paciente. Por lo mismo, la AF requiere del profesional unas dotes mayores que la farmacia clínica, para saber comunicar y educar farmacológicamente al paciente.

Modalidades

La AF puede clasificarse en estos momentos en dos modalidades: global y practicada sobre grupos de riesgo.

Atención farmacéutica global

Corresponde al modelo propuesto por la Dra. Linda Strand: *Comprehensive Pharmaceutical Care (CPHC)*. Esta modalidad se refiere al seguimiento que el farmacéutico hace de todos los tratamientos con medicamentos que lleven a cabo aquellos pacientes que deseen participar en el programa con dos propósitos: conseguir los objetivos terapéuticos pretendidos con el tratamiento y evitar posibles reacciones adversas o de toxicidad.

Atención farmacéutica en grupos de riesgo

Es una práctica que atiende a los enfermos crónicos, ancianos, polimedicados, enfermos de sida, etc. Corresponde al modelo propuesto por Hepler: *Therapeutics Outcomes Monitoring (TOM)*. Esta modalidad se centra en controlar la farmacoterapia en pacientes con enfermedades crónicas o en situaciones especiales, que requieran la utilización de medicamentos durante largos períodos o de por vida, y que en muchos casos necesitan además una educación sanitaria para sobre llevar su enfermedad: diabéticos, hipertensos, asmáticos, ancianos, enfermos de sida, tuberculosos, drogodependientes, pacientes con problemas cardiovasculares, etc.

Aplicación práctica. Programa DÁDER

A principios de los años noventa se fue haciendo patente en Estados Unidos la necesidad de la AF, diseñándose en 1992, en la Universidad de Minnesota, un modelo práctico de AF global denominado Proyecto Minnesota, que ha servi-

do de inspiración en España para un programa similar llamado programa DÁDER de implantación del seguimiento del tratamiento farmacológico. Fue desarrollado en 1998 en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada por el Grupo de Investigación en AF dirigido por la profesora M.^a José Faus y otros, en el que se definen los parámetros y definiciones que afectan a la AF y de cuyos primeros resultados se informó en el simposio «Resultados del programa DÁDER en el seguimiento farmacológico», celebrado en Gandía los días 15 y 16 de junio de 2001.

Del programa en cuestión nos limitamos a transcribir aquí algunos conceptos que reputamos fundamentales, y que figuran a continuación. El farmacéutico nunca debe, puesto que no es experto en enfermedades:

- Hacer anamnesis.
- Diagnosticar o pronosticar enfermedades.
- Prescribir medicamentos.
- Cambiar dosificaciones y pautas prescritas.
- Seguir la evolución de la enfermedad.

El farmacéutico, como experto en medicamentos que es, debe:

- Realizar el seguimiento de los tratamientos farmacológico.
- Buscar, encontrar y documentar problemas relacionados con los medicamentos (PRM) manifestados o no.
- Informar a su paciente de los PRM encontrados para tratar de resolverlos juntos, o en su caso informar al médico para que una vez valorado el beneficio/riesgo decida si seguir con el mismo tratamiento o realizar los cambios que considere oportuno.

Conceptos

Seguimiento farmacológico

Se hace seguimiento del tratamiento farmacológico a un paciente cuando se pone en práctica una metodología que permita buscar, identificar y resolver, de manera sistemática y documentada, todos



los problemas de salud relacionados con los medicamentos de ese paciente, realizando una evaluación periódica de todo el proceso.

Problema de salud

Es todo aquello que requiere (o puede requerir) una acción por parte del agente de salud (incluido el paciente); cualquier queja, observación o hecho que un agente de salud percibe como una desviación de la normalidad.

Problema relacionado con medicamentos (PRM)

Es todo problema de salud que sucede (PRM manifestado) o es probable que suceda (PRM no manifestado) en un paciente y que está relacionado con sus medicamentos.

Intervención farmacéutica

Se efectúa una intervención farmacéutica cuando se actúa para intentar solucionar un PRM detectado, llevando a cabo la alternativa escogida.

Se acepta la clasificación de PRM del Consenso de Granada de 1998, con los criterios de necesidad, efectividad y seguridad, en que se clasifica atendiendo al problema, independientemente de la solución que se le dé o de la causa de dicho problema.

- *Necesidad*. PRM1: el paciente no usa un medicamento que necesita; PRM2: el paciente usa medicamentos que no necesita.

- *Efectividad*. PRM3: el paciente no responde al tratamiento; PRM4: el paciente usa una dosis, pauta o duración del tratamiento inferior a la que necesita.

- *Seguridad*. PRM5: el paciente usa una dosis, pauta o duración del tratamiento superior a la que necesita; PRM6: el paciente sufre un efecto adverso provocado por un medicamento.

Repercusión profesional

La AF ha tenido una repercusión muy importante en España, desde principios de los años noventa, como se pone de manifiesto por los desarrollos legislativos a que, como anteriormente hemos visto, ha dado lugar, comenzando por la pionera Comunidad Autónoma de Cataluña, y por los múltiples organismos relacionados con la profesión que se han ocupado de ella (facultades de farmacia, colegios profesionales, administraciones públicas, etc.), así como la gran cantidad de publicaciones, congresos y simposios realizados sobre el tema, mereciendo un puesto destacado la Universidad de Granada y su grupo de investigación en AF.

A título de ejemplo, entre el 16 y el 20 de julio de 2001 tuvo lugar en El Escorial, dentro de sus cursos de verano, el denominado «Las personas mayores: un nuevo reto para la atención farmacéutica», organizado por el COF de Madrid. El mismo colegio está desarrollando actualmente cursos de AF en personas mayores. También en Valencia el COFV celebró en enero de 2002 un curso de AF comunitaria.

El Consejo General de COF quiere ofrecer un programa de atención básica farmacéutica apoyado en: la interconexión de las oficinas de farmacia entre sí y con las estructuras provinciales, autonómicas y nacionales colegiales y administrativas; la base de datos del medicamento ampliada para poder codificar procesos y patologías y en un plan nacional de for-

mación continuada para el farmacéutico. El proyecto es modular, de carácter nacional, y descansa desde el punto de vista logístico en la existencia de una base de datos de información sanitaria y en un programa informático que sirva de soporte a la actividad profesional del farmacéutico. El mismo Consejo General de COF pretende aprovechar la presidencia española en la Unión Europea para impulsar la presencia farmacéutica en el G-10 (grupo de trabajo de alto nivel para la innovación y la provisión de medicamentos) constituido por la comisión de la UE en 2001 y para participar en un plan estratégico para la optimización de la sanidad europea que promueva las nuevas funciones sanitarias, como la AF, en los sistemas europeos de salud.

El grupo de investigación en AF de la Universidad de Granada tiene un «Club de AF» que publica una página web en AF (www.atencion-farmacutica.com), con noticias sobre el tema y mantiene un foro por Internet muy interesante. Las intervenciones en el citado club se publican también en revistas profesionales.

En la tercera semana de mayo de 2001 se organizó en Granada el foro «10 años de atención farmacéutica». El Grupo de investigación en AF de la Junta de Andalucía ha creado un foro denominado Club de Atención Farmacéutica, para intercambio de experiencias entre los farmacéuticos que trabajan en AF, y publica un Boletín de AF. Su dirección es http://dalila.ugr.es/~atenfar/club_af.html. La Fundación Pharmaceutical Care tiene también una página web (www.pharmaceutical-care.org). *Pharma Dirat* publica un boletín informativo denominado FARMA/atención. Muchos colegios profesionales se ocupan también de la AF; merecen ser destacados los de Madrid, Barcelona, Valencia, Granada y Sevilla. Algunas revistas profesionales se ocupan también regularmente del tema, y son interesantes las denominadas *Fichas de Ciberbotica*, redactadas por Teresa Llibre y Anna Tugues (apendicitis, diabetes, enfermedad celíaca, enfermedad de Crohn, hemifilia, hemorroides, hepatitis, leucemia, sín-

drome del intestino irritable, sida, osteoporosis). Recientemente se han recogido y publicado hasta 56 protocolos de AF, a cargo de Ferran Laplana y Ferran Dalet. La revista *Farmacia Profesional* publica un boletín de atención farmacéutica comunitaria con información de medicamentos para los que trabajan en AF. En Europa existe ya una Red de AF europea (PCNE).

Los laboratorios farmacéuticos también están promoviendo la AF, especialmente Bayvit, que está detrás la Fundación Pharmaceutical Care, y que actualmente tiene convocado el II Curso de Posgrado «Sesiones prácticas en AF» para

—————

La AF ha tenido hasta ahora una repercusión moderada en la práctica de la mayoría de las oficinas de farmacia, aunque es fundamental para asegurar su supervivencia y la del modelo mediterráneo de farmacia.

—————

marzo–noviembre de 2002. En Barcelona, entre los días 15 y 17 de noviembre de 2001 se celebró el II Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, organizado por la Fundación Pharmaceutical Care de España. Este congreso continúa la labor realizada por el primer congreso de esta disciplina, que tuvo lugar en San Sebastián hace 3 años. También Bayer ha puesto en marcha un curso de AF *on line* (www.e-vialia.com) basado en el método DÁDER. Lilly también ha presentado hace muy poco un programa informático de gestión de la AF y ha convocado, junto con el COF de Madrid, un premio de AF. La fundación OTIME celebró en octubre de 2001 el I Curso Iberoamericano sobre AF.

La OMS también se ocupa del tema teniendo una publicación

digna de atención denominada *The Role of the Pharmacist in the Health Care System*. Se puede consultar en: medicines/teams/qsm/tepvam.htm. Muy interesante es la sección sobre AF de la FIP (Federación Internacional Farmacéutica), que bajo el título *Virtual Poster Gallery* se puede consultar en su página web (www.fip.org).

No debemos olvidar que para algunos médicos la AF es una intromisión del farmacéutico en sus competencias profesionales. Un reflejo muy duro de ello se podía leer en un artículo firmado por el Dr. Enrique Costas en *El País* (9 de noviembre de 2001). Una opinión similar estaba en el fondo de la oposición de los colegios de médicos gallegos a la posibilidad de que los farmacéuticos con oficina de farmacia pudieran tener acceso a la historia clínica y farmacoterapéutica de sus pacientes. Incluso se anuncia que el Consejo Andaluz de Médicos está estudiando acciones legales contra varios programas de AF organizados por el COF de Sevilla.

Repercusiones en la oficina de farmacia

La AF ha tenido hasta ahora una repercusión moderada en la práctica de la mayoría de las oficinas de farmacia, aunque es fundamental para asegurar su supervivencia y la del modelo mediterráneo de farmacia.

Es evidente que las administraciones públicas no pueden desatender las razones que han dado lugar a la aparición y auge de la moderna AF y, por tanto, presionan y presionarán más en el futuro para que los farmacéuticos con oficina de farmacia participen activamente en ella. Por otra parte, les urge rentabilizar las grandes inversiones en informática e Internet que están haciendo a través de la aplicación de los programas PISTA sanitarios (promoción e identificación de servicios emergentes de comunicaciones avanzadas), recetas electrónicas, etc.

Hace ahora un año, el presidente de la Subcomisión Nacional de Política Farmacéutica del PP,

Manuel Fernández González⁴, propuso que se realicen modificaciones legislativas de forma que se regule la aplicación de la atención farmacéutica para potenciar la cualidad de agente sanitario del farmacéutico. Para él ésta es una condición necesaria para que España se adapte a la recomendación del Consejo de Europa (Resolución ResAP 2001/2 del Consejo de Ministros: *Concerning the pharmacist's role in the framework of health security*, de 11/05/01) para impulsar el papel sanitario del farmacéutico. Incluso ya se está pidiendo en algunos círculos la promulgación de una Ley de AF.

También una parte de la sociedad que ve al farmacéutico titular como una persona que disfruta de un monopolio injustificado, ganando mucho dinero por el hecho de entender la letra ininteligible de las recetas médicas, y que trabaja poco dejando en manos de otros farmacéuticos «explotados» y de mancebos la marcha de la oficina de farmacia), exige un mayor valor añadido por ese dinero.

Muchos farmacéuticos con oficina de farmacia se sienten frustrados por la poca consideración que actualmente goza su dedicación y, con buena voluntad y el deseo que siempre han tenido de ser útiles a la sociedad, son proclives a aumentar su dedicación a la AF. Algunos señalan la AF como una estrategia importante para evitar que las EFP salgan de las oficinas de farmacia para aterrizar en las estanterías de las grandes superficies.

Cabe destacar que la AF no puede implantarse sistemáticamente sin el concurso de la informática e Internet, pues exigirá el registro de datos farmacológicos y personales de los pacientes, el acceso a bases de datos con historias farmacoterapéuticas y a otras de información científica y técnica, programas de evaluación, etc. Esto llevará a los farmacéuticos a enfrentarse con la protección de datos, que no es un tema baladí ni barato, y del que ya tratamos en un artículo anterior, aparecido en OFFARM el pasado mes de enero.

Lo paradójico es que no siendo gratuita para el farmacéutico, sino muy cara, la AF supone un gasto si



hay que disponer de una superficie que proporcione intimidad al paciente, además de los gastos en ordenadores, software adecuado, teléfonos, costes de formación, tiempo y personal. Además, un uso adecuado de los medicamentos se traduce en una menor venta de éstos, siendo por tanto los ingresos de los que tienen que «trabajar» la AF hechos menores. Sin olvidar que las administraciones públicas, con cortedad de miras, no cesan de aumentar el minifundismo farmacéutico y disminuir los «márgenes» profesionales, y tampoco cesan de intentar convertir a los farmacéuticos de oficina en pseudofuncionarios gratuitos, aplicándoles horarios, vacaciones, regímenes de incompatibilidades, jubilaciones obligadas, nombramientos de adjuntos y sustitutos, poniendo obstáculos a la libre transmisión de sus oficinas, convocando concursos para el establecimiento de nuevas farmacias, etc., con lo que parece que se está pretendiendo «la cuadratura del círculo». Por ello la AF puede convertirse en la tumba de pequeño farmacéutico, que no podrá hacer frente al reto económico y profesional que supone su aplicación.

Para salir al paso de esta situación, se van oyendo voces que pretenden que el farmacéutico con oficina de farmacia deje de ser remunerado por un «margen» y pase a ser remunerado por «actos farmacéuticos». A título de ejem-

plo, en el reciente foro «10 años de atención farmacéutica», celebrado en Granada, el Dr. Joaquim Bonal, presidente de la Fundación Pharmaceutical Care España, señaló que los porcentajes sobre las ventas están reñidos en muchos casos con la profesionalidad, y apuntó que es necesario un régimen retributivo distinto para el farmacéutico con oficina de farmacia. Lo mismo propuso en mayo de 2001 el consejero de Sanidad de la Junta de Andalucía, Francisco Vallejo, que propone abonar al farmacéutico una cantidad fija por acto de dispensación en vez de un margen. El Consejo de Europa, en su ResAF.2001.2, indica que «las retribuciones de los farmacéuticos deben orientarse al servicio que prestan más que al margen sobre sus ventas». En la clausura de las I Jornadas Profesionales de la Oficina de Farmacia del País Vasco, el director de Farmacia del Gobierno vasco, Gonzalo Trincado, abogó por la modificación del sistema retributivo de los farmacéuticos de oficina de farmacia para poder implantar la AF⁵.

La base de toda la AF no es otra que la receta médica, ya que ella es la que implanta el tratamiento farmacológico. Por ello, son particularmente interesantes en AF los proyectos de receta electrónica, que estudiaremos en artículos posteriores, y el acceso del farmacéutico a la historia farmacológica de los pacientes obtenida por medios informáticos. □

Bibliografía y notas

1. El 10% de los errores de medicación en EE.UU. causan la muerte del paciente. *Farmacia Profesional* 2002;16(1):37.
2. El mal uso de los fármacos causa el 24% de las urgencias. *El Global* 2001;1.
3. Faus MJ, Martínez F. ¿Qué es la AF en farmacia comunitaria? *Pharmaceutical Care España* 1999;1:52-61. También en www.pharmaceutical-care.org/queesAF7.htm
4. De la atención farmacéutica al seguimiento farmacoterapéutico. *El Farmacéutico* 2001;264:69.
5. La Administración vasca apuesta por cambiar la retribución de la farmacia. *El Global* 2002;10.