

AUTOR

Miguel Ángel Gastelurrutia

Farmacéutico comunitario en San Sebastián. Expresidente de SEFAC.

Este artículo forma parte del libro *Retos en Salud Pública. Derechos y deberes de los Ciudadanos*, perteneciente a la colección Bioética y Derecho Sanitario de la Fundación Salud 2000. Se publica con autorización del autor.

RESUMEN

En los últimos años la farmacia comunitaria ha orientado su actividad a garantizar un adecuado uso de los medicamentos por los pacientes, a la vez que ha venido participando en numerosas campañas de educación y prevención sanitaria, orientadas a promover una mejora de la salud y un mayor bienestar de los ciudadanos. También se han venido realizando otro tipo de actividades orientadas a la detección de patologías ocultas (cribados), así como al control y evaluación de parámetros bioquímicos útiles para evaluar la efectividad de los medicamentos que utilizan los pacientes.

En el campo de las toxicomanías, considerado el drogodependiente como un enfermo crónico, siendo el farmacéutico comunitario un profesional sanitario accesible y cercano, es fácil pensar en él como un instrumento útil para colaborar en el abordaje sanitario, e incluso social, de estos enfermos. Programas como el denominado "kit antisida", de Intercambio de Jeringuillas, de Mantenimiento con Metadona, el programa para el Tratamiento Supervisado con Tuberculosis-táticos a Pacientes del Programa de Mantenimiento con Metadona, la Campaña del Preservativo 3x1 o el test rápido de VIH en las farmacias son ejemplos de la cada vez mayor participación del farmacéutico comunitario en programas asistenciales y preventivos relacionados con las toxicomanías, aportando su profesionalidad, accesibilidad y cercanía. Sin embargo, pese a los grandes avances realizados por la profesión, queda un gran campo de actuación para nuevos programas y actividades en los que la farmacia puede aportar eficiencia al actual sistema sanitario.

Continúa ➔

EL ROL DE LA FARMACIA COMUNITARIA EN SALUD PÚBLICA. (EL CASO DEL FARMACÉUTICO ANTE LAS TOXICOMANÍAS)

INTRODUCCIÓN

Las farmacias son establecimientos sanitarios de interés público a pesar de su titularidad privada¹. Tienen una amplia distribución en la geografía española y son, en muchos casos, el primero y en ocasiones el único punto de contacto del individuo con el sistema de salud, lo que las convierte en establecimientos imbricados en el ámbito de la atención primaria. Como tales, tradicionalmente han venido colaborando en los procedimientos y actividades de salud pública que se desarrollan en su entorno, en beneficio de los pacientes, abordando actividades de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de información sanitaria.

En 1953 se reestructuró la sanidad ambiental² y se confió fundamentalmente en los farmacéuticos y veterinarios para desarrollar las funciones de salud ambiental e higiene alimentaria³. De hecho, en el Decreto de 27 de noviembre de dicho año, se aunó en torno a un profesional, el farmacéutico, y a una actividad, la farmacia comunitaria, la provisión de los medicamentos, incluidos los de la beneficencia, con la prestación de unos servicios de vigilancia y control de los riesgos alimentarios ambientales⁴. Desde entonces, la farmacia ha venido trabajando en su actividad asistencial complementada con acciones orientadas a la salud pública. Este hecho viene reforzado por la situación de cambio en que actualmente se encuentra inmersa la farmacia comunitaria. Tradicionalmente, los farmacéuticos han basado su actividad en el medicamento. Actualmente, su rol profesional se está reorientando hacia los pacientes que utilizan medicamentos manteniendo la complementariedad y transversalidad con acciones de promoción de la salud.

Por todo ello, en los últimos años la farmacia española se ha dedicado a garantizar el acceso de los medicamentos a la sociedad mediante el servicio de dispensación⁵, cuya práctica correcta exige inexorablemente la aportación de información sobre el medicamento y otros aspectos relacionados con la salud del paciente, a la vez que ha venido participando en numerosas campañas de educación y prevención de la salud, destinadas a la población. Como ejemplo, baste citar que en los últimos diez años se han llevado a cabo a través de las farmacias más de cien campañas sanitarias orientadas a promover una mejora de la salud y un mayor bienestar de los ciudadanos⁶. En realidad, no se hace sino cumplir con las funciones que la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias⁷ asigna al farmacéutico. Efectivamente en el artículo 6 de dicha Ley, que trata de los licenciados sanitarios, se afirma que "corresponde a los licenciados en farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública". Entre estas actividades de educación sanitaria se encuentran temas tan variados como el VIH/sida y las drogodependencias (de las que se hablará más adelante), alergias, tabaquismo, hipertensión, vacunas, enfermedades de transmisión sexual (ETS), gripe y resfriado, uso racional de medicamentos (como los antibióticos), higiene bucodental, alimentación y obesidad, entre otros muchos. En este sentido es preciso recordar el papel que los farmacéuticos están realizando para favorecer el uso racional de los medicamentos. Una muestra que ejemplifica la complejidad y consiguiente dificultad, que en ocasiones supone esta tarea, la constituye toda la actividad que, orientada a la mejora del uso más correcto de los antibióticos, han venido desarrollando las farmacias durante los últimos años.

ABSTRACT

In recent years, the community pharmacy has aimed its activity at guaranteeing suitable use of medications by patients, at the same time as participating in numerous education and health prevention campaigns aimed at promoting better health and greater well-being among the general public. It has also carried out other kinds of activities aimed at detecting hidden pathologies (screening), as well as controlling and assessing useful biochemical parameters to evaluate the effectiveness of the medications that patients are using.

In the field of drug addiction, considering the drug addict to be a chronically ill patient, and with the community pharmacists being an accessible, familiar health professional, it is easy to think of them as a useful instrument for collaborating in tackling the health and even the social problems of these patients. Programmes such as the so-called "anti-aids kit", the Syringe Exchange, the Methadone Maintenance, the programme for Monitored Treatment with tuberculostatics for patients on the Methadone Maintenance programme, the 3 x 1 condom campaign, or the fast HIV test in chemists are examples of the increasingly greater participation of the pharmaceutical community in care and prevention programmes related to drug addicts, offering their professionalism, accessibility and closeness. However, despite the great advances made by the profession, there is still a large field of action for new programmes and activities in which chemists can provide efficiency to the current health system.

PALABRAS CLAVE

PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL

Farmacéutico comunitario, salud pública, educación sanitaria, cribados, toxicomanías.

PALABRAS CLAVE EN INGLÉS

Community pharmacist, public health, health education, screening, drug addiction.

ABREVIATURAS

TOD: tratamiento observado directamente.
VIH/SIDA: virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida

ETS: enfermedades de transmisión sexual.
PIJ: programa de intercambio de jeringuillas.
CAPV: Comunidad Autónoma del País Vasco.
AMPA: automedida de la presión arterial.
PA: presión arterial.

ONG: organización no gubernamental.

Fecha de recepción: 01/04/2012

Fecha de aceptación: 16/04/2012

Tradicionalmente, España ha sido un país con unas altas tasas de resistencia a los antibióticos debido, de una manera general, a la "ligereza" con que todos los agentes de la cadena utilizaban estos productos, desde la industria fabricante, al consumidor final, pasando por los diferentes agentes sanitarios, fundamentalmente médicos y farmacéuticos⁸. En lo que afecta a los farmacéuticos, la dispensación de antibióticos sin la correspondiente receta ha venido constituyendo un serio problema⁹; a ello se añade la prescripción verbal o telefónica realizada por algunos médicos u odontólogos y la demanda, y consiguiente presión, de ciertos pacientes que exigen un antibiótico⁸.

Esta problemática se puso de manifiesto en el documento de consenso denominado *Documento de Valencia*¹⁰ y, ya hace años, se comenzó a trabajar de manera organizada. Actualmente se comienzan a percibir los resultados de estas acciones que han venido realizando los farmacéuticos¹¹. Incluso ya es posible afirmar que programas institucionales, como alguno de los que se han venido realizando en las farmacias, están dando sus frutos, obteniéndose resultados que comienzan a ser equiparables a los de otros países de nuestro entorno¹².

Junto a estas actuaciones de promoción de la salud, también se han venido realizando otro tipo de actividades, esta vez orientadas a la detección de patologías ocultas (cribados), así como al control y evaluación de parámetros bioquímicos útiles para evaluar la efectividad de los medicamentos que utilizan los pacientes. Todas estas acciones están muy íntimamente relacionadas con la salud pública.

Ya en 1994, la Ley 11/94 de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)¹³ en su artículo 5, apartado 3, una vez descritas las actividades habituales que debe realizar la farmacia, como dispensación, información, etc., establecía que "las oficinas de farmacia podrán realizar aquellas otras funciones y actividades profesionales y sanitarias que tradicionalmente o por estar en normas específicas puede desarrollar el farmacéutico", haciendo referencia claramente a las actividades de óptica, ortopedia y análisis clínicos, así como a la realización de pruebas de química seca, medidas de presión arterial y otras que pudieran ser útiles en acciones preventivas o asistenciales.

Es bien conocido que en la farmacia comunitaria española se viene realizando la

medida de la presión arterial desde hace años, como lo muestran las numerosas publicaciones que describen dicha práctica. En los primeros momentos, años 80, cuando sólo existían esfigmomanómetros de mercurio y aparatos aneroides, sistemas ambos en los que es precisa una interpretación de los "sonidos" que escucha el profesional que realiza la medida de la presión arterial, se ponían sobre la mesa aspectos técnicos en contra de la participación del farmacéutico en la realización de dicha medición. Este escenario cambió radicalmente con la introducción en el mercado de aparatos automáticos validados. Actualmente la medida de la presión arterial en el domicilio del paciente (AMPA) se ha extendido, siendo un método recomendado en las guías de práctica clínica¹⁴. Además, para lograr una mayor implantación de dicha técnica, las sociedades científicas relacionadas con la hipertensión arterial, recomiendan la implicación del farmacéutico^{15,16}. Sin embargo, se puede afirmar que una de las limitaciones de la AMPA es que se deja "en manos del paciente" la realización de la medida. El paciente no siempre es una persona suficientemente instruida, con la capacidad técnica requerida para la realización de esta medición. Parece que, en esta situación, se puede considerar al farmacéutico como un profesional sanitario bien capacitado, que puede supervisar el proceso de medida de la presión arterial (PA), optimizando la fiabilidad de la información obtenida y la que se puede aportar al paciente. De hecho, hay autores que consideran que la medida de la presión arterial en la farmacia comunitaria puede constituir una alternativa interesante de cribado y seguimiento de los pacientes hipertensos por diversos motivos. Se pueden obtener múltiples medidas de presión arterial en diferentes momentos del día, no existe o es poco apreciable el efecto de la "bata blanca", probablemente por el entorno cercano y familiar que supone la farmacia, y la medida es realizada por un profesional sanitario, lo que favorece el cumplimiento del procedimiento para una correcta medición¹⁷.

Junto a la medida de la PA en la farmacia, la realización de parámetros analíticos mediante técnicas que utilizan la química seca es de gran utilidad tanto para la realización de cribados de patologías ocultas como para evaluar la efectividad de los tratamientos durante la realización del seguimiento farmacoterapéutico¹.

Los analizadores de química seca han alcanzado un importante desarrollo, de manera que han conseguido una gran facilidad de manejo, a la vez que proporcionan unos valores con gran exactitud y fiabilidad, contando además con un amplio abanico de posibles determinaciones.

En la actualidad, los diabéticos se autocontrolan en sus domicilios. De la misma manera, el farmacéutico puede realizar un amplio abanico de determinaciones que pueden ayudar a identificar pacientes no diagnosticados como diabéticos o personas con dislipemia, por poner tan sólo algún ejemplo. El hecho del diagnóstico temprano de las enfermedades crónicas tiene una gran trascendencia para la salud del paciente, sin olvidar el ahorro que dicha identificación temprana puede generar.

Los cribados contribuyen a facilitar este diagnóstico temprano y están cobrando gran relevancia debido a múltiples factores. Cabe resaltar que, debido al aumento progresivo y gradual de pacientes crónicos en nuestra sociedad, las técnicas de cribado han encontrado lugar en los planes de implementación de recursos sanitarios de las Administraciones Públicas. La Sanidad de los últimos años se ha visto desbordada, pasando de tratar al paciente agudo a cuidar a pacientes crónicos, pluripatológicos y polimedicados, con mayor esperanza de vida. En España, el colectivo de pensionistas suponía, en enero de 2009, el 16,6% de los pacientes asegurados por el Sistema Nacional de Salud. Este colectivo, con altas tasas de polifarmacia, en esa misma fecha, contribuía al 77,1% del gasto en medicamentos y en productos sanitarios¹⁸, a la vez que origina otros gastos sanitarios añadidos (ingresos hospitalarios, urgencias médicas, etc.). Las autoridades sanitarias tratan de abordar este problema utilizando diferentes estrategias, en las que deben participar los diferentes agentes de salud. El impacto es tal que se comienza a hablar de la existencia de una "epidemia de enfermos crónicos"^(*), con la consiguiente exigencia de cambios en los sistemas sanitarios y sociosanitarios.

En este nuevo enfoque de la sanidad orientado a la cronicidad, todas las acciones de promoción de la salud, autocuidado y educación sanitaria, cribados, campañas sanitarias y actividades clínicas, como el seguimiento farmacoterapéutico, que se han ido citando cobran un mayor protagonismo.

Además, todo este conjunto de actividades relacionadas con la salud pública que vienen realizando los farmacéuticos genera en la sociedad una sensación muy positiva hacia la farmacia. Los numerosos estudios que se han realizado hasta el momento muestran una valoración muy positiva de la farmacia, demostrando que la sociedad la entiende como un establecimiento cercano y muy accesible, siendo precisamente éstas unas de sus características principales.

LA FARMACIA COMUNITARIA Y LAS TOXICOMANÍAS

Un caso específico de enfermo crónico sobre el que los farmacéuticos comunitarios han venido trabajando en diferentes áreas es el relacionado con el mundo de las toxicomanías. Ello es especialmente interesante en la Comunidad Autónoma del País Vasco que, por diferentes motivos, se puede considerar pionera en muchas de las acciones y programas realizados hasta el día de hoy en este campo.

Alrededor de la drogodependencia existe, o puede existir, un mundo de marginalidad y delincuencia, al que los medios de comunicación nos tienen acostumbrados. Sin embargo, los sanitarios no debemos olvidar que el usuario de drogas inyectadas es ante todo un enfermo crónico. Por tanto, el toxicómano, como paciente crónico, debe ser tratado por todo el equipo asistencial. En unos pocos casos, el objetivo del tratamiento será el abandono total del uso y consumo de drogas, pero, en la mayoría, el objetivo debe ser el mantenimiento y la mejoría de los síntomas, así como la integración del paciente en el sistema sanitario y en su entorno sociocultural. En efecto, hoy día, mediante la incorporación de estos individuos a programas de reducción de daños, o riesgos, se busca mejorar la calidad de vida de estos pacientes y su integración social¹⁹.

El proceso de cambio en que se encuentra actualmente la farmacia es tan sustancial que incluso lleva implícito un cambio de denominación del profesional y del establecimiento en el que éste desarrolla su trabajo, pasando de denominarse oficina de farmacia (establecimiento centrado en la preparación y gestión de los

medicamentos) a farmacia comunitaria (establecimiento con profesionales orientados a realizar una actividad más clínica y asistencial, centrada en la comunidad a la que atienden) con lo que todas las actividades realizadas van orientadas en este sentido. En este nuevo entorno, el profesional que trabaja en la farmacia comunitaria se denomina farmacéutico comunitario, nombre más acorde con la denominación internacional de *community pharmacist*. Esta nueva orientación profesional, más clínica y asistencial, que acerca al farmacéutico a la comunidad a la que atiende, hace que todas las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cobren un papel más relevante.

En este nuevo enfoque profesional, se entiende al farmacéutico comunitario como un farmacéutico asistencial que realiza sus funciones clínicas en la farmacia, inmerso en su comunidad, en su entorno social, ya sea un núcleo rural, barrio, pueblo, gran ciudad, aeropuerto, etc., lo que va a reforzar más, si cabe, la accesibilidad y cercanía a los pacientes.

Por tanto, si el drogodependiente es un enfermo crónico y el farmacéutico comunitario es un profesional sanitario accesible y cercano, es fácil pensar en el farmacéutico comunitario como un instrumento útil para colaborar en el abordaje sanitario, e incluso social, de estos enfermos.

La realidad, como se verá a continuación, es que la reciente historia de la farmacia en relación con las toxicomanías ayuda a entender cómo ha ido evolucionando el papel del farmacéutico en los últimos años y cómo este profesional ha ido acercándose cada vez más al usuario de drogas inyectadas, entendido como paciente crónico. De hecho esta evolución ha consistido en pasar de una situación de "ausencia" a otra de una gran y diversa implicación con la problemática de las toxicomanías. Además, esta evolución guarda un paralelismo con la evolución que está teniendo lugar en la profesión en su conjunto.

La narración de los programas que se describen a continuación está basada en la experiencia del autor en la CAPV, comunidad que como se ha indicado puede considerarse pionera en varias de las iniciativas que los farmacéuticos han ido desarrollando para afrontar este problema de salud pública.

* Diario Vasco. 04.12.2009 Página 8. El consejero de Sanidad, Rafael Bengoa afirmó ayer que el sistema vasco de salud "no está preparado para gestionar la actual epidemia de enfermedades crónicas" que afecta al 70% de la población mayor de 65 años y que origina ya el 72% del gasto sanitario.

A pesar de que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha tenido una menor presencia en los medios de comunicación de los últimos años, en comparación con las décadas de los años 80 y 90 del siglo XX, su epidemia sigue afectando a una parte considerable de la población española y suponiendo un importante problema de salud pública en nuestro país²⁰.

Se pueden distinguir tres periodos diferenciados en esta breve historia. En primer lugar el periodo comprendido entre los años 60 y los 80. Le sigue el periodo de los 90 con la aparición del sida, que marcó un cambio radical en las políticas de abordaje de las toxicomanías pasando de la represión y/o consecución del abandono del consumo de drogas, hacia la estrategia de reducción de daños para el drogodependiente y para la sociedad¹⁹. Finalmente, la fase que comprende estos últimos años, en la que los pacientes con sida han pasado a ser entendidos como pacientes crónicos, cobrando un mayor interés el diagnóstico precoz de la infección.

En la década de los 60 se empezó a vivir con toda crudeza el problema de la drogadicción en las oficinas de farmacia en sus diversas facetas: humana, social y sanitaria. Se produjo un incremento de los robos y atracos que se prolongaron durante la década de los 80. En esta primera etapa (60-80) el objetivo era la consecución de la abstinencia total, objetivo que se conseguía en muy contadas ocasiones. El abordaje del problema desde las farmacias se limitaba esencialmente al establecimiento de pautas de protección, es decir, a acometer el problema de la inseguridad. Se reforzó la exigencia de la receta hasta el punto que, por ejemplo, en Gipuzkoa se puso en marcha un sistema de doble receta que se denominó "receta amarilla" (1983-1996). A pesar de ello y muy tímidamente se comenzó a producir un acercamiento al problema desde un punto de vista más sanitario. Se organizaron conferencias sobre el asunto llegando a realizar en San Sebastián, en 1982, la I Semana Farmacéutica de Salud Pública: Drogas, Drogadicción y Farmacodependencia²¹.

La conciencia de la magnitud del problema social, legal, farmacológico, terapéutico, etc. fue haciendo modular poco a poco el rol del farmacéutico pasando de centrarse en la "autoprotección" a iniciar actuaciones profesionales, todavía tímidas, y siempre arrastradas por los acontecimientos.

Se produjeron algunos inicios de contactos interdisciplinarios. Los farmacéuticos comenzaban a sumarse a las voces que pedían la asunción de compromisos por las autoridades sanitarias que propiciaran soluciones al problema. Así, el farmacéutico comenzó a conocer y colaborar con asociaciones que trabajaban en este campo como, por ejemplo, el Proyecto Hombre. Sin embargo, en esta época la aportación de la farmacia al mundo de las toxicomanías fue, de una manera general, muy escasa.

La aparición del sida provocó un cambio enorme en el panorama, hasta el punto que se comienza una segunda etapa. En el entorno asistencial, se fue abandonando el objetivo tradicional y se fueron aceptando alternativas más realistas que mantenían el consumo y priorizaban la calidad de vida y la integración social de los usuarios de drogas¹⁹.

En las farmacias, esta nueva etapa se tradujo en una fuerte implicación y colaboración con los programas que se estaban comenzando a poner en marcha por asociaciones y autoridades sanitarias, basados en esas mismas políticas de integración y reducción de daños, y cuya implantación generalizada iba a producirse en la década de los 90.

La paulatina implantación de los diferentes programas se tradujo en una disminución de la conflictividad entre los pacientes y las farmacias. Los robos y atracos comenzaron a ser algo anecdótico, la relación se fue haciendo mucho más afable y, al fin, el farmacéutico acabó siendo visto como un sanitario que podía ayudar, a la vez que el usuario pasó a ser considerado un enfermo, como cualquier paciente crónico.

Aunque habían existido iniciativas a título individual, por ejemplo la dispensación de metadona en alguna farmacia de Asturias o Jaén, se puede afirmar que los primeros programas de colaboración entre los Colegios de Farmacéuticos y la Administración sanitaria tuvieron lugar en el País Vasco.

PROGRAMA KIT ANTISIDA

En 1989 se puso en marcha el programa denominado "kit antisida", primer programa de reducción de riesgos en el que se implicaron las farmacias y que se puede considerar como el inicio del cambio de la relación de los usuarios de drogas con la farmacia¹⁹. Se trata de un programa que sigue vigente y que cada vez se va

implantando en más comunidades autónomas. Consiste en dispensar unos envases que contienen una jeringuilla, un preservativo e información sanitaria útil para los usuarios de drogas inyectadas. Se trata de aprovechar la dispensación de las jeringuillas, en muchos casos único contacto de los usuarios de drogas con la red sanitaria, para tratar de hacer educación sanitaria, evitando el uso compartido de jeringuillas, fomentando el uso de preservativos en estos colectivos y tratando de evitar que las jeringas desechadas supongan un riesgo para la población. Desde su inicio se han distribuido más de cinco millones y medio de kits antisida desde las farmacias de la CAPV.

PROGRAMA DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS

En 1991 se inició en el País Vasco y Cataluña el Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ). Consiste en que el drogodependiente acude a su farmacia con una jeringuilla usada, la introduce en un depósito de cierre hermético y el farmacéutico le entrega, gratuitamente, otra jeringuilla nueva. El objetivo es disminuir el número de jeringuillas usadas que se comparten, ya que el uso compartido de jeringuillas fue la principal causa de la expansión del VIH y hepatitis entre los usuarios de drogas por vía parenteral; con este programa también se pretende reducir el número de jeringuillas contaminadas en circulación¹⁹.

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Quizás una de las actuaciones más importantes que realiza la farmacia en este ámbito sea el Programa de Mantenimiento con Metadona. Comenzó también en el País Vasco, en 1995, y ha permitido a las instituciones que trabajan con usuarios de drogas por vía parenteral descongestionar sus servicios, atender a más pacientes y, algo muy importante, descentralizarlos, con lo que se mejora la integración del enfermo en su entorno social. El paciente no tiene que acudir a su centro médico correspondiente a recoger su dosis de metadona, sino que la puede conseguir en la farmacia de su barrio, de su entorno; más exactamente, la puede conseguir en la farmacia que el paciente voluntaria y libremente elija. Estos programas, apoyados por el Consejo General de Colegios Farmacéuticos, se están ampliando cada vez a más farmacias por toda la geografía española.

PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO SUPERVISADO CON TUBERCULOSTÁTICOS A PACIENTES DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA

En 1998, se comenzó un nuevo programa denominado Tratamiento Supervisado con Tuberculostáticos a Pacientes en el Programa de Mantenimiento con Metadona. A aquellos pacientes diagnosticados de tuberculosis, que estaban inscritos en el Programa de Mantenimiento con Metadona, se les pedía que acudieran a la farmacia a tomar todas las pastillas contra la tuberculosis en presencia del farmacéutico, antes de que se les diese la dosis correspondiente de metadona. Este tipo de servicio denominado Tratamiento Observado Directamente (TOD), muy interesante por su alta efectividad para combatir la falta de adherencia a los tratamientos, se amplió en Valencia, en febrero de 1999, a todo tipo de pacientes sin necesidad de estar adscrito a un programa de metadona como ocurre en el País Vasco.

CAMPAÑA DEL PRESERVATIVO 3X1

Otra actividad desde la farmacia comunitaria ha sido el programa que en un primer momento se denominó "airbag de bolsillo" y que actualmente se conoce como Campaña del Preservativo 3x1. Consiste en la puesta en el mercado de preservativos a precios muy baratos, consensuados con la administración sanitaria, para tratar de prevenir la transmisión de enfermedades vía sexual, entre ellas, el sida. Este programa comenzó en 1995 y sólo en 2010 se han vendido más de diecisiete mil unidades.

TEST RÁPIDO DE VIH EN LAS FARMACIAS

Ya se ha dicho que la aparición del sida cambió radicalmente las estrategias de prevención y abordaje de las toxicomanías; afortunadamente hoy día existen tratamientos que mejoran la supervivencia y calidad de vida de los pacientes lo que ha permitido cambiar su estatus al de paciente crónico, entrando en la tercera fase de este relato.

Se estima que actualmente un 30% de los infectados desconocen su situación. Estas personas infectadas por el VIH generan por diversos motivos una gran preocupación entre los responsables de salud pública y los clínicos. Al no beneficiarse del tratamiento antirretroviral aumenta la probabilidad de desarrollar sida y de

fallecimiento, frente a los diagnosticados tempranamente. Por otro lado, estas personas pueden transmitir la infección sin saberlo. Además, el coste del tratamiento y cuidado de los enfermos con diagnóstico tardío es mucho mayor que en los pacientes diagnosticados tempranamente²².

Actualmente se sabe que el diagnóstico temprano de la infección por VIH permite el inicio precoz del tratamiento, mejorando así el pronóstico y aumentando claramente la esperanza de vida de los pacientes. Además, está demostrado que las personas que conocen su situación de seropositividad reducen en un alto porcentaje sus prácticas de riesgo, disminuyendo así en gran medida la transmisión de la infección²³. Por todo ello, una importante estrategia en la lucha contra el sida es promocionar la realización de pruebas de VIH entre quienes han mantenido prácticas de riesgo, aumentando la accesibilidad de la prueba²². De hecho, el parlamento europeo, en su Resolución, de 20 de noviembre de 2008, sobre el *VIH/sida: diagnóstico y tratamiento precoces*, "pide al Consejo y a la Comisión, que formulen una estrategia sobre el VIH con el fin de promover el diagnóstico precoz y reducir los obstáculos a las pruebas y garantizar el tratamiento precoz y la información sobre los beneficios de un tratamiento de esta índole".

En España, esta prueba se viene realizando gratuitamente en centros de atención primaria y hospitales del Sistema Nacional de la Salud. También existen ONG implicadas en la lucha contra el sida que realizan la prueba, si bien, éstas son escasas y se dirigen a colectivos específicos, por lo que no son bien conocidas por la población general²⁴. En todos estos casos hay personas que desean mantener la confidencialidad y anonimato al máximo. En general, quien se realiza la prueba normalmente no suele querer que nadie sospeche siquiera que está realizándose la misma, siendo este hecho difícil de ocultar en algunos de los entornos descritos.

Por ello la farmacia se presentaba, una vez más, como un recurso útil para contribuir a la realización de pruebas de VIH debido a su característica de centro próximo, cercano y accesible, que ha demostrado su capacidad de mantener la confidencialidad propia de un sanitario, el anonimato de los usuarios y que cuenta con un profesional de la salud

que puede asesorar sobre la prueba y sobre la propia infección.

En 2008, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y el Consejo de Colegios de Farmacéuticos del País Vasco pusieron en marcha un programa piloto para realizar test rápidos de VIH en farmacias. Actualmente, y manteniendo su denominación del programa piloto, se sigue desarrollando este servicio en treinta farmacias de la CAPV: cuatro en Álava, nueve en Guipúzcoa y diecisiete en Vizcaya.

Además, ya se han evaluado los primeros resultados de esta actividad con resultados muy prometedores²⁴. Hasta diciembre de 2010 se han realizado 5.995 tests en la CAPV (Álava - 751; Vizcaya - 3.067 y Guipúzcoa - 2.177), habiéndose detectado 53 casos positivos. Esta evaluación revela un elevado número de pruebas realizadas en las farmacias participantes, confirmando el éxito del programa. Los casos positivos detectados indican que la farmacia debe considerarse como un recurso necesario en la detección precoz de la infección por VIH. La mayoría de los tests se han realizado transcurrido el periodo de ventana de tres meses, por lo que se obtienen resultados fiables que, en caso negativo, no precisan confirmación. Además, se ha constatado que los usuarios destacan en las encuestas realizadas, la comodidad y la rapidez que supone hacerse esta prueba en la farmacia.

No es sino una demostración más del papel activo que la farmacia comunitaria puede jugar y de hecho, cuando se le deja actuar, juega en diferentes aspectos de la salud pública. Este nuevo servicio se está realizando también en otras Comunidades Autónomas como Cataluña²⁵, Ceuta²⁶ y Castilla y León²⁷.

Antes de finalizar y tras esta somera descripción de algunas de las múltiples actividades que, enraizadas en la salud pública, realizan los farmacéuticos comunitarios, es preciso recordar que todavía existe un gran potencial en la farmacia, no explorado, que podría seguir aportando grandes beneficios a los pacientes y a la sociedad.

Programas como el de metadona consiguieron solucionar al Departamento de Sanidad de la CAPV un problema social muy importante. En aquella época, antes de la puesta en marcha del programa, los toxicómanos debían acudir a recoger su medicamento bien a centros sanitarios específicos o a unos autobuses que reco-

rían el territorio. Esto suponía una concentración de personas relacionadas con el mundo ilegal de la droga que suponía un verdadero problema social en sí mismo. Actualmente, y en relación a otro tipo de medicamentos denominados de "diagnóstico hospitalario", se está produciendo un proceso inverso, de manera que algunos medicamentos, fundamentalmente por su precio elevado, están siendo desviados a los servicios externos de las farmacias hospitalarias. En realidad se trata de justificar este hecho alegando la complejidad intrínseca del manejo de estos medicamentos, lo que obviamente no parece justificado. Los farmacéuticos sabemos que algunos de los medicamentos de más complejo control y manejo son la digoxina y el acenocumarol, medicamentos que siguen en las farmacias comunitarias, probablemente por su bajo precio.

Sin embargo, el hecho de desviar estos medicamentos caros a los hospitales supone una alteración de la vida cotidiana de los pacientes que, pudiendo acudir a sus farmacias cercanas, se ven obligados a trasladarse a su hospital. Ejemplos de estos tratamientos que actualmente sólo se dispensan en hospitales son los antirretrovirales.

Existen experiencias²⁸ que demuestran que programando bien el servicio, con los procedimientos y pactos previos necesarios, la dispensación de estos medicamentos podría realizarse en las farmacias comunitarias, sin un coste excesivo para la administración y, de la misma manera que con la metadona, acercando al paciente a su entorno social, a su barrio, a su farmacia, sin estigmatizarlo con la obligación de acudir al hospital con una frecuencia excesiva. Por supuesto, sería preciso realizar evaluaciones farmacoeconómicas y humanísticas, evaluando satisfacción y calidad de vida, aunque las experiencias realizadas ya apuntan a la bondad de este tipo de servicios.

En resumen, el farmacéutico comunitario participa cada vez más en programas asistenciales y preventivos relacionados con la salud pública en general, realizando una gran actividad en el abordaje de las toxicomanías, aportando su profesionalidad, accesibilidad y cercanía. Sin embargo, pese a los grandes avances realizados por la profesión, queda un gran campo de actuación para nuevos programas y actividades en los que la farmacia puede aportar eficiencia al actual sistema sanitario. **FC**

AGRADECIMIENTOS

A Estibaliz Goyenechea por su lectura crítica de este texto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. B.O.E. nº 178, de 27 de julio de 2006.
2. Boletín Oficial del Estado. Decreto de 27 de noviembre de 1953 por el que se aprueba el Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales. B.O.E. nº 99, de 9 de abril de 1954.
3. Ordoñez JM, Avello de Miguel A. Mejorar la gestión de la salud ambiental. En: Informe SES-PAS, objetivo 19. Sevilla, 1999.
4. Ordoñez JM. Farmacéuticos y salud pública. www.correofarmacuetico.com www.correofarmacuetico.com/2011/03/14/al-dia/profesion/farmacueticos-y-salud-publica (acceso, Junio 2011).
5. Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso, Enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4.
6. Peña C. Carmen Peña destaca el importante papel del farmacéutico en el ámbito de la salud pública. <http://www.elfarmacuetico.es/cronicas/item/484-carmen-pena-destaca-el-importante-papel-del-farmacuetico-en-el-ambito-de-la-salud-publica.html> (acceso: junio, 2011).
7. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. B.O.E. 280 de 22 de noviembre de 2003.
8. Gastelurrutia MA, Larrañaga B, Ortega B, Puntonet L. Evaluación del programa de uso racional de antibióticos en Gipuzkoa. Primera fase: 1999-2000. *Pharm Care Esp* 2002;4:143-157.
9. Gastelurrutia MA, Larrañaga B, Ortega B, Puntonet L. Evaluación del programa de uso racional de antibióticos en Gipuzkoa. Primera fase: 1999-2000. *Pharm Care Esp* 2002;4:143-157.
10. Baos V, Barbero A, Diogene E, Eguilleor A, Eyaralar T, Ibáñez J, et al. Documento de Consenso sobre utilización de antibióticos en atención Primaria. *Atención Primaria* 2006;38(3):174-177.
11. Gastelurrutia MA, Larrañaga B, Ortega B. First program on rational use of antibiotics in Gipuzkoa. Assessment of 1999-2004 period. *Pharm Pract* 2006;4:1-8.
12. Larrañaga B, Gastelurrutia MA, Ortega B, Garay A, Echeveste FA. Evaluación del primer Programa Institucional de Uso racional de antibióticos en Gipuzkoa. 10 años. VI Congreso Nacional de AF. Sevilla, octubre de 2009.
13. Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
14. Pickering TG, White WB, on behalf of the American Society of Hypertension Writing Group. *J Am Soc Hypert* 2008;2:119-124.

15. Pickering TG, Miller NH, Ogedegbe G, Krakoff LR, Artinian NT, Golf D. Call to action on use and reimbursement for home blood pressure monitoring: a joint scientific statement from the American Heart Association, American Society of Hypertension and Preventive Cardiovascular Nurses Association. *Hypertension*. 2008;52(1):10-29.

16. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, Bilo G, de Leeuw P, Imai Y, et al. European Society of Hypertension Practice Guidelines for home blood pressure monitoring. *J Hum Hypertens* 2010;24(12):779-785.

17. Sabater-Hernández D, de la Sierra A, Bellver-Monzó O, Divisón JA, Gorostidi M, Perseguer-Torregosa Z, et al. Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. Documento de consenso (versión extendida). *Farmacéuticos Comunitarios*. 2011;3(2):69-83.

18. Instituto Nacional de Estadística. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2010; Disponible en: <http://www.ine.es/> (acceso: junio, 2011).

19. Del Arco J, Ruiz Golvano J, Menoyo C. La implicación de las farmacias en la prevención y tratamiento de las toxicomanías. *Pharm Care Esp* 2002;4:138-142.

20. Hernández Fernández T. Evolución del virus de la inmunodeficiencia humana en España. Nuevos retos de la respuesta a la epidemia. *Farmacéuticos (Monografía sobre el sida)*;365:4-9.

21. Sada JM. Centenario del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Gipuzkoa. (Pág. 120) Ed. COF-Gipuzkoa. Donostia-San Sebastián. 1999.

22. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Diagnóstico tardío de la infección por VIH: Situación en España. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Madrid; 2011. <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/InformeVIHNoDiagnostico.pdf> (acceso junio 2011).

23. Melero A, Lizundia A, Menoyo C, Pérez E, del Arco J, Díaz MJ, et al. Test rápido del VIH en farmacias. Proyecto piloto en el País Vasco. *Aula de la Farmacia* 2010; enero 6 (66):65-74.

24. Arrillaga MA, Martínez ML, Ortega B, Sanz S, Zulaika D. Detección del virus de la inmunodeficiencia humana en farmacias del País Vasco: balance de implantación. *Farmacéuticos. (Monografía sobre el sida)* 2011;365:10-13.

25. Bagaria G. Detección del virus de la inmunodeficiencia humana en la oficina de farmacia: proximidad y visión asistencial en la práctica profesional farmacéutica. *Farmacéuticos. (Monografía sobre el sida)* 2011;365:14-17.

26. Ruiz MD, Ruiz AJ. Detección del virus de la inmunodeficiencia humana en las oficinas de farmacia de Ceuta: test rápidos en la farmacia. *Farmacéuticos. (Monografía sobre el sida)* 2011;365:18-20.

27. Detección del virus de la inmunodeficiencia humana en las oficinas de farmacia de Castilla y León: objetivos de un nuevo proyecto. *Farmacéuticos. (Monografía sobre el sida)* 2011;365:21-23.

28. Gutiérrez S, Alvarellos L, del Barrio H. Dispensación de medicamentos antirretrovirales en la oficina de farmacia. *Pharm Care Esp* 2001;3:188-194.