

Bases conceptuales de la reformulación del sistema de distribución y dispensación de medicamentos

El Decreto-Ley 15.703, que establece la categorización de las Farmacias en nuestro país data de enero de 1985, y desde entonces la realidad del sistema de salud y de nuestro país ha sufrido importantes variaciones.

El Consejo Consultivo para la Reformulación del Sistema de Salud ha instrumentado grupos de trabajo, creando uno dedicado a la elaboración de una propuesta de Política de Medicamentos, el cual se ha subdividido en tres subgrupos, correspondiendo al presente subgrupo el tema "Sistema de distribución y dispensación de los medicamentos".

El medicamento se canaliza hoy principalmente hacia el paciente a través de Farmacias de Primera Categoría (Farmacia Comunitaria o Privada) y las Farmacias de Segunda Categoría (Farmacia Hospitalaria, tanto correspondientes a los subsistemas de salud público como privado).

El objetivo de la distribución de medicamento debería mejorar en los siguientes aspectos: contar con un sistema más eficiente, mejorar la accesibilidad al paciente y optimizar los recursos existentes.

La propia definición de Farmacia de Primera Categoría no se adecua a las circunstancias actuales, en la cual la misma debería estar integrada como un eslabón más del sistema de salud. Sin embargo la definición comienza enunciando que es el "establecimiento comercial...." y no forma parte de su razón de ser la "prestación de servicios farmacéuticos a la comunidad", ni tampoco la integra al sistema sanitario del país. Por lo tanto el primer cambio a realizar es definir la Farmacia Comunitaria como un centro de salud, integrado efectiva y eficientemente al resto del sistema.

La categorización que ha establecido el Decreto-Ley 15.703 también debe reformularse. Sin lugar a dudas la Farmacia Privada y el Despacho de la Farmacia de Segunda Categoría han superpuesto funciones. La Farmacia Hospitalaria a nivel internacional tiene sus objetivos específicos, en cuanto a todos los aspectos relacionados con la cobertura de servicios farmacéuticos del paciente internado y de grupos de patologías de alto costo y baja prevalencia en la atención del paciente ambulatorio (HIV, pacientes oncológicos, inmunosupresión, ciertas afecciones neurológicas, etc). El aspecto más relevante que debe ser sujeto de discusión es cual es el canal de dispensación que está mejor preparado para brindar la mejor calidad de atención al paciente. Esta respuesta ya está laudada a nivel internacional y sin lugar a dudas es la Farmacia de Primera categoría la que cuenta con la red más amplia y más accesible para el paciente, siendo el primer lugar de ingreso para aquellos pacientes que carecen de toda cobertura sanitaria. Sin lugar a dudas, la Farmacia de Primera Categoría debería reunir una serie de requisitos para un mejor cumplimiento de su función:

- a) Garantizar a través de la dispensación que la historia clínica del paciente, en sus aspectos del perfil farmacoterapéutico, no se pierda para la Institución a la que pertenece dicho paciente. Por lo tanto, los datos correspondientes a la receta dispensada, deberían volver inmediatamente al Servicio de Salud que pertenece al médico que la ha prescrito.
- b) El uso racional del medicamento comienza por una correcta selección de las herramientas terapéuticas. Esto quiere decir que se debería trabajar con un Vademécum, que las autoridades sanitarias del país, en consenso con las de las Instituciones, establezcan como la cobertura adecuada para los pacientes.
- c) El proceso de cobertura de los servicios farmacéuticos a través del nuevo sistema de dispensación debería ser gradual, comenzando por cubrir las patologías o nivel de atención que el MSP haya fijado con carácter prioritario. Por ejemplo: se puede comenzar por un período de tiempo determinado (uno o dos años) con los medicamentos necesarios para garantizar la cobertura del primer nivel de atención, o si se prefiere en una primera experiencia piloto dar inicio al nuevo sistema con las dos patologías de mayor prevalencia a nivel primario (hipertensión y diabetes).
- d) La actual Farmacia de Primera categoría puede contribuir al uso racional del medicamento, de diferentes maneras: controlando la cantidad de medicación dispensada de modo que un paciente no pueda retirar más de lo necesario para su consumo de un mes, en consonancia con la posología indicada por el médico; evitando duplicaciones innecesarias, y consultando en caso que diferentes profesionales actuantes realicen indicaciones que se superpongan; con el consejo de la mejor forma de uso de la medicación y promoviendo la adherencia a los tratamientos, entre otros aspectos.
- e) Para un cumplimiento de las metas antes comentadas la Farmacia de Primera Categoría debe profesionalizar aún más su servicio. Para ello es necesario contar con un Químico Farmacéutico que desempeñe su rol como profesional de la salud a través de su trabajo diario y con la metodología que le permite la Atención Farmacéutica.
- f) La Facultad de Química, en consonancia con la Asociación de Química y Farmacia del Uruguay, debería brindar las instancias de capacitación que permitan reciclar los conocimientos de aquellos Químicos Farmacéuticos que deseen desempeñar el papel de prestador de servicios que el nuevo sistema requiere.
- g) Las Farmacias deben contar con la infraestructura adecuada: hardware y software que permitan la conexión permanente con el resto del sistema de salud; el espacio físico privado para la entrevista Químico Farmacéutico-paciente; la redefinición del petitorio para aquellas Farmacias que no reúnan los mínimos requisitos que se establezcan.

- h) Las Buenas Prácticas de Farmacia serán objeto de discusión e implementación a través del Grupo Técnico Nacional (OPS; MSP; Facultades de Medicina y Química, Asociación de Química y Farmacia del Uruguay). Los avances que se puedan concretar serán una contribución a los puntos que antes se mencionaron y por lo tanto refuerza las fortalezas de la Farmacia Comunitaria en sus aspectos de gestión profesional. En este marco el proyecto de Atención Farmacéutica en Pacientes Hipertensos, que nuclea a 20 Farmacias, representa otra pequeña contribución al sistema.

Otros aspectos muy relevantes a considerar son:

- a) Distribución del medicamento: la actual Farmacia de Quinta Categoría o Distribuidor Farmacéutico no se encuentra reglamentado. Múltiples proyectos han estado en consideración en el MSP, por diferentes grupos de trabajo que el mismo ha convocado. Pero lamentablemente ninguno contó con la aprobación final. Es de preocupación en particular todos los aspectos relacionados con el transporte de medicamentos. Asimismo existen normas MERCOSUR sobre el tema, las cuales no han sido internalizadas.
- b) El MSP no ha ejercido su función de policía sanitaria con la intensidad y amplitud que el correcto cumplimiento de la legislación vigente lo requiere. Las leyes y reglamentaciones vigentes, tanto para Farmacia de Primera como de Segunda Categoría, el propio MSP ha estado en omisión de velar por el cumplimiento de las mismas. No se respetan los canales de distribución y dispensación que la propia legislación establece.
- c) El Cuerpo Inspectivo del MSP, en el ámbito de las Farmacias y Laboratorios, debería de ser jerarquizado en sus aspectos económicos y profesionales, no pudiendo ejercer funciones en la actividad privada, por existir coincidencia de intereses.



Dr. QF. Eduardo Savio
por Facultad de Química



QF. Elizabeth Ravera
por Asociación de Química y Farmacia

Se deja constancia que la Asociación de Farmacias del Interior está totalmente de acuerdo con estas bases.

Junio 2005