

A continuación se publican seis artículos, aún no editados, escritos en los últimos meses por el profesor Hernán Vergara Mardones.

Están destinados a los alumnos de la carrera de Farmacia, en especial para quienes cursan actualmente la asignatura de Introducción a la Farmacia.

Octubre, 2015.

FORMACIÓN FARMACÉUTICA

IDEAS Y BOSQUEJO PARA UN NUEVO PLAN DE ESTUDIOS

Documento preliminar

Borrador de trabajo y discusión

Profesor Hernán Vergara Mardones

INTRODUCCIÓN

Es evidente que el farmacéutico que estamos formando en la Universidad de Chile no cumple en la medida que se requiere con las exigencias sanitarias que está llamado a atender como profesional de la salud.

En este estudio se pretende detectar cuáles son las causas, para corregirlas, y formular ideas para diseñar un nuevo plan de estudios que permita una adecuada convergencia entre la formación farmacéutica y los desafíos y compromisos sociales que deberá asumir en su ejercicio profesional.

1.- PRECARIA IDENTIFICACIÓN SANITARIA

Las causas de esta realidad son conocidas y están analizadas en varios artículos de mi autoría (“Nuevos desafíos farmacéuticos”, Revista Pharmakon, “Estrategia de jerarquización del rol farmacéutico”, Revista Pharmakon.)

Existe un ciclo básico muy intenso identificado con la química en todas sus expresiones y con las disciplinas conectadas con ella: matemáticas, física, fisicoquímica, etc.

Una sólida formación en ciencia básica es fundamental para formar un excelente farmacéutico. Esto no merece discusión. El problema está en que la cantidad parece excesiva y no tiene orientación para enfrentar los temas sanitarios (bioestadística, salud pública, por ejemplo).

Se puede argumentar en contra de esta afirmación que la ciencia no tiene identificación profesional. Pero es evidente que se le puede otorgar una orientación mediante el estudio o análisis de modelos de aproximación concretos vinculado con situaciones biofarmacéuticas o farmacotécnicas.

Por otra parte, no se puede olvidar que la función fundamental de la universidad es formar profesionales

La tendencia que se evidencia en nuestra facultad hace perder al estudiante la perspectiva de su futuro quehacer y, lo que es peor, le causa una deformación de momento que lo orienta hacia motivaciones ajenas a la farmacia, en muchos casos puramente científicas o especulativas, cuando no a química de suelos, química foliar, química de polímeros, electroquímica, etc.

¿No es acaso sintomático que al farmacéutico le agrada que le digan “químico”?

Se puede decir que el ciclo básico es farmacéuticamente asexual.

SOLUCIONES POSIBLES

- A) Reducir en la medida que corresponda la extensión e intensidad del ciclo básico químico y de las asignaturas que lo componen.
- B) Acudir a los aportes de experiencia vivida por profesionales farmacéuticos externos que ejercen en campos donde se aplican especial y específicamente los conocimientos correspondientes a este ciclo. Por ejemplo: Industrias Farmacéuticas y Cosméticas, Estudios Farmacocinéticos, Estudios Clínicos. Cuánta y qué química, física, matemática se requieren. Esa es la idea.

Estos profesionales pueden indicar las materias de mayor proyección en su campo y recomendar modificaciones adecuadas.

- C) Crear seminarios orientados, en cada asignatura, al análisis de modelos farmacéuticos, asignándoles a éstos un porcentaje no menor al 30% del curso. Estos seminarios serían especialmente indicados en las asignaturas comunes con las otras carreras de la facultad.

2.- FORMACIÓN BIOLÓGICA Y CLÍNICA INSUFICIENTES

La línea biológica está insuficientemente desarrollada en la facultad. Se entiende por línea biológica la secuencia biología, anatomía, fisiología y patología. Debe tenerse presente que es en estas asignaturas donde debe obtener la información relacionada con el sustrato donde actuarán los fármacos. De igual manera se detecta un vínculo deficiente con el área clínica.

¿No serán éstas las causas de la dificultad que tiene el farmacéutico para integrarse en Chile a los equipos de salud?

En los países desarrollados está perfilándose positivamente el farmacéutico clínico, cuya formación en las áreas biológica y clínica es fundamental.

SOLUCIONES POSIBLES

- A) Intensificar en grado importante la docencia en esta área, buscando para ello su dictación intramuralmente. De no ser posible, establecer convenios con la facultad de medicina sujetos a un control permanente en cuanto al cumplimiento de objetivos.
- B) Procurar contactos precoces con el campo clínico a través, por ejemplo, de pasantías en hospitales o clínicas, previas al internado.
- C) Crear un curso de semiología e interpretación de exámenes clínicos. Además, desarrollar tratamientos sintomáticos.
- D) Reponer el internado obligatorio.
- E) Diseñar un centro de información de medicamentos (CIM).

3.- REFORZAMIENTO EN BIOQUÍMICA

La bioquímica es una herramienta estrictamente necesaria para conocer científicamente la conducta del sustrato biológico donde actúan los fármacos y entender los mecanismos de acción de éstos, en sus interacciones biofarmacéuticas.

SOLUCIÓN ACONSEJABLE

- A) Duplicar la formación bioquímica del estudiante de farmacia, orientándola, hasta donde sea posible, al dominio farmacológico.

4.- INTENSIFICACIÓN EN FARMACOLOGÍA

Si queremos responder a esa definición que dice que somos expertos en fármacos, se requiere intensificar la formación en esta área – se podría postular – al doble. Es decir, duplicar el número de semestres y aumentar las exigencias docentes.

Un curso de farmacología general debería situarse ya en el 5º semestre.

Deben considerarse en esta área farmacodinamia general, farmacodinamia sistemática, farmacología, biofarmacia y farmacocinética, farmacia clínica.

Una idea digna de considerar es la creación de un “seminario de integración farmacológica” ubicado al término de los ciclos antes señalados, y anterior al internado.

En este seminario cada alumno debería conocer las patologías de mayor prevalencia y dominar los tratamientos farmacoterapéuticos (es decir, una visión ampliada e intensificada de los “seguimientos de tratamientos” que se hacen en “Introducción a la Farmacia”).

5.- COBERTURA DE LA FORMACIÓN PARA FARMACIA TÉCNICA

Estamos entendiendo bajo esta acepción de farmacia técnica el conjunto de actos farmacéuticos que se cumplen en oficinas de farmacia comunitaria, en las farmacias asistenciales, incluyendo atención primaria. También en la gestión farmacéutica en el campo industrial farmacéutico y cosmético. Se podría agregar el control o fiscalización a cargo del ISP, las Seremías y servicios de salud, en sus casos.

MODIFICACIONES PLAUSIBLES

- A) Agregar al curso de farmacia comunitaria el funcionamiento de una farmacia modelo interna de la facultad pero abierta al público. En esta instancia los alumnos pueden familiarizarse con el funcionamiento legal de un establecimiento público y con toda la gama de productos farmacéuticos (presentaciones, identificación corporativa de los laboratorios, alternativas, contraindicaciones)
- B) Incorporar en las asignaturas farmacotécnicas los capítulos de gestión, sea como temas propios de tales asignaturas o ligándolas directamente con el curso de administración y gestión farmacéutica.
- C) Invitar a profesionales externos para desarrollar temas técnicos y prácticos correspondientes a esta área.
- D) Crear como curso obligatorio "Asuntos Regulatorios".
- E) Reforzar las prácticas curriculares en estas materias.
- F) Crear cursos de Atención Farmacéutica y de Farmacovigilancia.

6.- DESARROLLO O REFORZAMIENTO DE TEMAS DE FARMACIA MODERNA

Debe entenderse como tal el conjunto de temas que van surgiendo: Biodisponibilidad para la Bioequivalencia, Ensayos Clínicos, Biofármacos, Farmacogenómica, Nanofarmacología, Drogas Huérfanas, Efectos de la globalización económica en los medicamentos, salud gerenciada, etc.

Algunos de estos temas, si no forman parte de cursos actuales, se pueden desarrollar en seminarios o talleres paralelos a la currícula vigente.

7.- CREACIÓN DE LA DIMENSIÓN SOCIAL DE FARMACIA

Es un hecho fácil de detectar que esta dimensión no está desarrollada en la facultad. Hace falta entender que la profesión farmacéutica está inserta en el medio social y que su objetivo está al servicio de la comunidad.

Para entenderlo es preciso explicar el contexto social y dentro de él la importancia de la salud de la población.

Una determinación importante es fortalecer la asignatura de Salud Pública. Debe darse en dos semestres y comenzar en tercer año.

Para el efecto, se debe crear o recrear:

- a) Un curso de "Sociedad y Salud"
- b) Darle carácter obligatorio a "Farmacia Social" (el mundo de los fármacos y rol social del farmacéutico)
- c) Muy especialmente, fortalecer el curso de "Salud Pública" (dos semestres, a cargo de salubristas).

8.- FORMACIÓN PERSONAL Y CULTURAL

El déficit en esta materia es muy grave. Sea porque nuestros alumnos no privilegian estos aspectos o porque no tienen oportunidades de preocuparse de ellos.

El sistema a que están sometidos en su primer ciclo los castra desde el punto de vista farmacéutico. Estamos formando profesionales farmacéuticamente asexuados, en lugar de farmacéuticos que se "crean el cuento" y se sientan orgullosos de su profesión.

Por la vía de cursos electivos (algunos existentes) se pueden dictar asignaturas destinadas a desarrollar el carácter y la personalidad, la capacidad de relaciones humanas, la capacidad de integración social, el trabajo en equipo, liderazgo, la capacidad de expresión, etc.

De igual manera se debe ofrecer a los alumnos talleres de literatura, teatro, música, pintura, artesanía, etc.

De modo especial, fortalecer prácticas deportivas, tanto de competencia como recreacionales (deporte generalizado).

ESPECIALIDADES PROFESIONALES

Un tema digno de considerar es la creación de especialidades. Es un aspecto que reviste complejidades técnicas de difícil abordamiento.

Está claro que no se puede pretender que un farmacéutico domine la amplia gama de conocimientos contemplados en la actual malla curricular y en la que surgiría de esta propuesta.

Por tal razón, parece recomendable estudiar la creación de dos especialidades: farmacia clínica e ingeniería biofarmacéutica, a las cuales podrán acceder una vez obtenido el título de químico farmacéutico o situando éste en un punto de avance de estas especialidades.

Es decir, comenzar la bifurcación antes del título, pero exigiéndolo como condición para las especialidades.

Este es un tema que exige un estudio muy amplio e intenso, porque es en esta perspectiva donde se proyectará nuestra profesión en las próximas décadas.

Mi visión de la realidad farmacéutica en Chile

En Chile, la profesión farmacéutica no goza de buena salud. No tiene identidad social y la comunidad no le brinda el debido respeto y reconocimiento.

Las causas son muchas. La mayor es seguramente la fuerte connotación comercial que tiene el ambiente donde la gente accede a los medicamentos.

La entrega de fármacos al público se cumple según un procedimiento muy antiguo. Se concreta a través de una transacción comercial que ha sido un verdadero “*karma*” para nuestra profesión. Prevalece la venta sobre la información. En otras palabras, la tangibilidad del medicamento sobre su valor intrínseco.

Esta situación se ha exacerbado en el mercado farmacéutico nacional. El lucro predomina abiertamente por encima del servicio que las farmacias están llamadas a cumplir.

En nuestro país existe uno de los peores modelos de farmacia del mundo. Se llegó a este extremo tras la “desregulación farmacéutica” operada desde los años 80.

Esta se tradujo en la eliminación de la “ley del circuito” (establecía que ninguna nueva farmacia se podía instalar a menos de 500 metros de otra ya existente), apertura del dominio (propiedad) a cualquier comerciante, precio libre y ampliación del horario más allá de 8 horas diarias.

Las farmacias – de cadena e independientes – requieren los servicios profesionales de dos tercios de los farmacéuticos que ejercen en Chile (\pm 66%). Es fácil entender, entonces, cuál es el efecto negativo que se proyecta respecto a nuestra profesión desde las farmacias.

El rol farmacéutico está muy distorsionado, pues el sistema margina a estos profesionales del mesón y los confina a menesteres administrativos y comerciales. Para las empresas el contacto de ellos con el público no es recomendable, pues creen que ralentizan las ventas al destinarle mucho tiempo a la información.

En las farmacias independientes la situación no es mejor. Hay escasa presencia farmacéutica y se despachan medicamentos sin receta, muchos de ellos de prescripción. El público no distingue una farmacia de un negocio cualquiera. El control sanitario sobre estas farmacias es muy escaso.

En los últimos años se ha observado una gran proliferación de farmacias pequeñas en barrios periféricos. Es un fenómeno que no tiene explicación, pues el mercado farmacéutico está controlado en un 90% por las macrocadenas.

Se puede sospechar como causa el lavado de dinero o la existencia de un mercado negro. Como quiera que sea, ni uno ni otro contribuyen a la imagen que debe proyectar una farmacia.

En la Ley de Fármacos, de dictación reciente, se define la farmacia como un “centro de salud”. Sería el ideal, pero a la luz de lo que se observa hoy, hay un mundo de diferencia que costará mucho superar.

En la misma ley se establece que las farmacias deberán contar con un farmacéutico mientras estén abiertas atendiendo público. Con el escaso o nulo control que ejercen las autoridades sanitarias, esta exigencia será letra muerta. Además, podría servir, por escasez de farmacéuticos, para habilitar la dirección de técnicos en farmacia.

La situación que se vive se presta para cualquier cosa.

Hay dos áreas del ejercicio profesional farmacéutico que se pueden mostrar como ejemplos de buena gestión farmacéutica: el área de producción industrial farmacéutica y cosmética y el área asistencial clínica.

En la primera de éstas, se producen y acreditan los medicamentos y cosméticos. La gestión técnica está casi exclusivamente a cargo de farmacéuticos, pero la gente ignora o desconoce esta faceta oculta para el grueso público.

Cuando un médico prescribe dice confiar en el laboratorio productor o importador. Nunca dice que en los profesionales encargados. El medicamento es como un *iceberg*. Solo se ve su parte que aflora, no aquello que está bajo la superficie, que es donde operan los farmacéuticos.

En el área asistencial clínico viene ocurriendo un fenómeno muy interesante que se manifiesta en dos aspectos: la creciente incorporación de farmacéuticos en los equipos clínicos y el aumento de la dotación farmacéutica en hospitales y clínicas para el desempeño en labores asistenciales.

Ha sido un proceso lento, pero sostenido, a pesar de muchas adversidades e incomprensiones. En todo caso, la situación dista aún de ser satisfactoria.

La situación descrita hasta aquí no incluye otros factores de gran incidencia en los aspectos en análisis. Entre éstos se deben incluir las políticas aplicadas a los medicamentos, la concepción del medicamento como bien de consumo, la prevalencia del lucro sobre el servicio, la falta de control y vigilancia sobre el sistema de producción y comercialización de medicamentos.

Por cierto que estos factores son muy gravitantes y determinan que las características del sistema en aplicación sean evidentemente negativas para la población en una materia tan esencial como es la salud.

Se puede afirmar que el modelo de farmacia que tenemos en Chile es uno de los peores del mundo. El acceso a los medicamentos ocurre en un ambiente en que no se garantiza el debido respeto que merecen y exigen los fármacos.

Las farmacias se definen como “puntos de venta”, la llamada “integración vertical” (laboratorios y farmacias de un mismo dueño) es evidente, la velocidad de rotación es la clave de los negocios y las famosas “canelas” constituyen un método muy peligroso porque producen una desviación en la atención de los pacientes. Se puede decir que, definitivamente, es un sistema perverso.

Las empresas farmacéuticas cuentan con una llamativa aceptación de los médicos y de la gente en general (sea por su promoción comercial o su aparente buen servicio). Sin embargo, los precios de sus productos son muy altos y prohibitivos y mucho mayores que en países vecinos, sin que haya una justificación aceptable.

Estas empresas suelen ser beneficiadas con medidas que impiden el desarrollo de alternativas terapéuticas más baratas, como son, entre otras, la vía magistral y la importación de medicamentos escasos o muy caros mediante recetas médicas especiales. Ambas suelen tener trámites burocráticos que desalientan su avance y son obstruidas, no obstante su evidente beneficio, por actitudes proteccionistas de las autoridades sanitarias.

Recién en el último tiempo se está prestando atención a las enfermedades raras y a los medicamentos huérfanos. Pronto se aprobará la llamada “Ley Ricarte Soto”, destinada a atender las necesidades de enfermos que padecen enfermedades raras o crónicas. Está por verse cómo se asumirá

su costo y la extensión del beneficio. Lo más probable es que el Estado será quien financie esta ley. No se aprecia que las grandes empresas farmacéuticas sacrifiquen sus grandes utilidades con criterio social. Además, se han detectado limitaciones en cuanto a cobertura en el proyecto en estudio (mayo 2015).

Por último, hay otro factor demasiado importante para omitirlo en este análisis. Es la falta de cultura del medicamento. Con mucha frecuencia la gente toma decisiones sobre uso de medicamentos aconsejada por amigos, vecinos, parientes. Cuando recibe información en una farmacia, le basta que se la entregue una persona que vista una bata blanca. Son muchos los que creen que todos los que atienden en el mesón son farmacéuticos. Rara vez piden la concurrencia del farmacéutico.

Así como los recién señalados, hay desgraciadamente, muchos otros factores que inciden muy negativamente en la falta de respeto por el medicamento, entre otros, la venta de medicamentos en ferias libres y almacenes de barrio. Se suma al reiterado afán de vender medicamentos sintomáticos fuera de las farmacias.

En los últimos meses se ha observado un notorio incremento de farmacias menores en los barrios. Da para pensar que razones muy sospechosas expliquen tales aumentos. Definitivamente no son "centros de salud" como el país requiere. Hay excepciones que da gusto y satisfacción conocer, por lo general de propiedad de esforzados colegas.

Tal es el panorama que se observa tanto en los niveles directivos, respecto a las políticas de medicamentos, por lo general erradas e insuficientes, como en las expresiones más simples y directas, entre las cuales está cómo la gente accede a los medicamentos.

Nadie puede sentirse satisfecho con lo que se observa. La situación es, definitivamente, insatisfactoria, y no se observan afanes para revertir la situación.

Aquí es donde surge nuestro mayor problema. Los principales actores, que son los farmacéuticos, hacen “*mutis por el foro*”. No se pronuncian, no están presentes, no se juegan, no hacen su aporte rectificador. Se mantienen inertes. Le rinden culto al pH 7.

Las instituciones, por su parte, que tienen a su cargo la función formadora de los farmacéuticos tampoco se manifiestan. No se recuerda algún pronunciamiento de alguna facultad, escuela o departamento encargado de la docencia de esta profesión que haya alzado su voz para dar a conocer su pensamiento o su crítica frente a tantos problemas importantes que afectan al ejercicio profesional farmacéutico, ni menos a políticas de medicamentos que afectan a la gente.

El Colegio Farmacéutico, impedido como está de tener una apropiada representación gremial, desde que, igual que todos los colegios profesionales, fue privado de su condición de entidad de derecho público, ha perdido identidad y aunque ha liderado posiciones para impedir la venta de medicamentos fuera de las farmacias y otras tentativas similares, no ha mostrado la fuerza y claridad suficientes para mostrar a la comunidad los aspectos negativos que la afectan en su acceso a los medicamentos. De los alumnos no se puede esperar mucho porque aún no captan la magnitud del problema y su formación está orientada hacia otros objetivos muy diferentes, ajenos a la salud.

Tal es, a mi juicio, el actual panorama farmacéutico en nuestro país. Habrá que trabajar mucho para recuperar la muy buena cotización que tuvo nuestra profesión antes de la desregulación farmacéutica (años 80 del siglo XX).

CHILE TIENE UNO DE LOS PEORES MODELOS DE FARMACIA DEL MUNDO

Profesor Hernán Vergara Mardones.

Las farmacias de cadena comenzaron a aparecer en Chile antes de la llamada “desregulación farmacéutica” que se implantó durante los años 80 del siglo pasado, pero ésta aceleró su instalación.

La citada desregulación consistió en un conjunto de medidas aplicadas en el mercado farmacéutico con el propósito de sumarlo a la economía liberal ya imperante en otras áreas de la actividad comercial.

Tales medidas fueron fundamentalmente cuatro. La primera de ellas fue la anulación de la llamada “ley del circuito”, que prohibía la instalación de una nueva farmacia a una distancia menor a los 400 metros de otra ya existente.

La disposición señalada le garantizaba un funcionamiento rentable a cada farmacia, condición sin duda esencial para un buen servicio farmacéutico. De esa manera se aseguraba una correcta atención a la comunidad del entorno y una fidelización de los pacientes con “su” farmacia. Por cierto, ambos aspectos son deseados.

Poco después de esta primera medida se decretó el horario libre ampliándolo a tantas horas como el propietario decidiera. El horario anterior era de 8 horas fraccionado en dos períodos iguales, uno matutino y otro vespertino. Se justificaba así el funcionamiento de las farmacias de turno y de urgencia.

Muy pronto se autorizó el dominio (propiedad) de las farmacias extendido a cualquier persona. Es decir, una farmacia pasó a ser legalmente un establecimiento comercial como cualquier otro. Antes, la propiedad tenía que

ser de un farmacéutico o de una sociedad en que hubiese a lo menos un farmacéutico como socio.

Por último, se decretó el precio libre de los medicamentos, clave fundamental en una economía libremercadista, declarándose que así la libre competencia aseguraría menores precios.

Con este esquema ha funcionado el sistema que tenemos a la vista, cuyas características más evidentes son fáciles de observar.

Prima como arma fundamental la “velocidad de rotación”, es decir, mientras más rápido se atiende, más se gana.

Por eso es que se desplaza al farmacéutico del mesón, porque lo califican como ralentizador de las ventas y lo confinan a funciones administrativas y comerciales.

Otra característica es la “integración vertical”, que no es otra cosa que el control en una sola mano de farmacias y laboratorios, o el funcionamiento a través de convenios de productores (laboratorios) y distribuidores (farmacias). Este sistema trae consigo que se privilegie la venta de productos propios y se niegue la venta de aquellos que son ajenos.

Hay además un sistema que estimula la venta de ciertos productos por parte de los vendedores, a través de la conocida “canela” que se usa como un incentivo económico que se asigna en relación directa con la magnitud de las ventas registradas por cada dependiente.

Podríamos agregar el perverso episodio de la colusión de precios concertada hace algunos años entre las tres macrocadenas, operación en la cual subieron los precios de más de 200 productos, rompiendo una de las bases de la economía de libre mercado, y lesionando gravemente a los enfermos.

Siendo muy negativas las características señaladas, lo que debe visualizarse como el problema más grave de fondo es el trato que se le brinda en este sistema al medicamento como bien de consumo y no como un bien social. Esta última definición es la base del fundamento de una correcta política social aplicada a los medicamentos.

El sistema actual concibe la farmacia como un “punto de venta”, no como un “centro de salud”. La ley 20.726, conocida como Ley de Fármacos, define livianamente a la farmacia según el segundo de estos criterios o conceptos, pero llegar a esa deseada condición no será ni fácil ni pronto.

El esquema está tan arraigado que costará mucho romper un modelo que lleva a lo menos 40 años de existencia.

Todo lo anterior le otorga respaldo a la afirmación que hemos hecho: el modelo de farmacia imperante en nuestro país es uno de los peores del mundo.

Se puede afirmar también que las farmacias de cadena le han provocado un gran daño a la profesión farmacéutica, que ha demostrado tener una solidez mayor que la que muchos farmacéuticos creemos poseer. Si no fuera así, ya habría sucumbido.

Son tantos los embates que recibe permanentemente, que a esta altura estaría definitivamente muerta. Pero la verdad es que se mantiene vigente, aunque dañada. Podemos, entonces, sostener la esperanza de recuperar nuestra correcta posición profesional.

¿Qué hacer mientras logramos alcanzar el cambio radical que pretendemos? Supuesto que no será fácil materializar tal objetivo, podemos diseñar, por lo menos, un conjunto de medidas prácticas que permitan jerarquizar nuestra profesión.

Una de tales medidas es asegurar la presencia permanente del servicio farmacéutico mientras la farmacia esté abierta al público. En las grandes farmacias en donde la demanda es mucho mayor, debiese haber más de un farmacéutico simultáneo según una relación simple: un farmacéutico por cada cuatro dependientes o fracción menor (Ej: 6 dependientes → 2 farmacéuticos).

En un lugar destacado del mesón debiese haber un sitio claramente declarado como “consulta farmacéutica” para atender la demanda de información profesional.

Cada receta despachada debería contar con la firma o rúbrica (podría ser el timbre) del farmacéutico antes de ser retirada por el paciente o su familiar.

Sería aconsejable además que el farmacéutico llevase una bata o delantal de color distinto al de los dependientes. A veces la piocha de identificación no basta.

De igual manera, sería una buena medida hacer una especie de ventana en la estantería a través de la cual se pudiera ver al farmacéutico en su escritorio (oficina) cuando no esté en el mesón.

Por último, sería conveniente ubicar letreros en el interior de las farmacias invitando al público a tener una correcta conducta frente a los medicamentos y en los cuales la farmacia declarase cuál es su función y la forma de concretarla.

¿Será posible aplicar estas medidas? Las empresas seguramente no las aceptarían todas. De los farmacéuticos ya sabemos que opinan respecto a algunas de estas medidas no son necesarias y otras son impracticables. Lo consultamos hace algún tiempo y ya sabemos que éstas son las respuestas de muchos de nuestros colegas. Lamentable, pero es lo que hay.

¿Químico?

Mis reflexiones sobre un tema que no es banal

Reiteradamente he rechazado que a los farmacéuticos nos identifiquen como químicos. Ésta no es una reacción emocional. Tampoco es una expresión que responda a una lesión en nuestra dignidad. Es, simplemente, una reivindicación de la connotación sanitaria de nuestra profesión.

La palabra químico suele aparecer asociada con destrucción más que con sanación o salud. Es común oír la expresión químicos para referirse a sustancias tóxicas que se incluyen en productos de uso humano o con las cuales convivimos en el medio ambiente.

Pero no es este principalmente el motivo del rechazo mencionado. Es, en rigor, la pérdida de identidad profesional que produce. Farmacia es una actividad definitivamente ligada a la salud y la denominación químico con que se nos trata en farmacias y hospitales nos aleja de nuestra función clásica y propia, aunque se utilice en áreas sanitarias.

El tema tiene un origen bien conocido. Cuando la confección de medicamentos se trasladó desde las farmacias a laboratorios industriales se creyó que el farmacéutico desaparecería de las farmacias. Se pensó que era la muerte de esta profesión. Se produjo, entonces, en todo el mundo farmacéutico una reacción por salvarla.

La forma de enfrentar el problema se encontró en la química. En lo inmediato, procurando una mejor formación en química para enfrentar las exigencias del nuevo proceso de producción de medicamentos. De igual manera, en el campo de los análisis tanto químicos como clínicos.

Se originó así una mayor dedicación al área química que al área farmacéutica. El mayor desarrollo alcanzado en las disciplinas químicas y en las ciencias conexas, habilitó la idea de cambiar el título de farmacéutico por el de químico farmacéutico. Esto ocurrió en Chile en 1929 y rápidamente se extendió a varios países latinoamericanos, con la excepción de Argentina y Brasil.

Así las cosas, el desarrollo químico dentro de la profesión farmacéutica se hizo en desmedro de la orientación sanitaria, que pasó a ser la expresión menos atendida y considerada.

Algunas experiencias personales confirman mi apreciación en el aspecto en análisis. Pertenezco a una generación cuyo proceso formativo se cumplió en el esquema señalado, el que se ha prolongado hasta nuestros días. Recuerdo que la primera visita, en primer año de la carrera, se hizo a la planta de ácido clorhídrico de la Papelería de Puente Alto. La segunda, en tercer año, al mineral de Sewell y la tercera, en quinto, al laboratorio Sanitas, pero a su planta de colorantes.

La mayor parte de los alumnos deciden estudiar farmacia por su inclinación y aptitud por la química en el colegio. La formación que reciben en la facultad de la Universidad de Chile cuadra con esa condición y por ello no origina rechazo. Parece obvio que así sea. El ciclo básico es farmacéuticamente asexual.

Eso ha ocurrido desde hace muchos años. La formación a que son sometidos los alumnos de la carrera en el ciclo básico satisface las expectativas cifradas en la opción universitaria. Cuando llegan al ciclo profesional se encuentran con un mundo distinto, distante y ajeno.

Durante muchos años fue química analítica el ramo más importante y gravitante, en el proceso educativo, también en la conducción institucional. De allí salieron decanos de gran influencia. Los farmacéuticos directivos, anteriores

a los analíticos, curiosamente orientaron a la facultad hacia áreas ajenas a la farmacia.

En esa época las grandes líneas de investigación, las que otorgaban los mayores créditos académicos, eran química de suelos, química foliar, polímeros, mientras el área farmacéutica se empeñaba gracias a esfuerzos personales en desarrollar nuevos temas como biofarmacia y farmacocinética.

Hubo un decano de gran calidad humana que siempre postulaba que había que actuar con la camiseta farmacéutica puesta y él mismo, a la hora de poner ejemplos de donde actuar así, citaba áreas puramente químicas, ninguna farmacéutica.

La creación de la carrera de bioquímica tuvo un sentido lógico de momento que su conexión con farmacia es plenamente justificada y de extensión universal. No se puede decir lo mismo de las otras carreras de las cuales se hizo cargo nuestra facultad. Con la misma lógica que explicaría la creación de química, se podría deducir que la facultad de medicina debería haber creado la carrera de biología y eso nunca sucedió.

Para precisar como corresponde la relación entre química y farmacia, se debe recordar que siempre, a través de la historia, estuvieron estrechamente relacionadas y fueron recíprocamente dependientes. El tema es otro, la química no puede desviar a la farmacia de sus objetivos. Para decirlo muy claramente: la química es una de las mejores herramientas de que dispone el farmacéutico en el cumplimiento de su rol profesional y social. Es decir, la química para el farmacéutico es una herramienta, no un objetivo.

Molesta observar cómo se manifiesta en las farmacias y hospitales la confusión que origina una denominación equívoca. En las farmacias Salcobrand los farmacéuticos llevan en su bata en forma destacada la palabra químico y con caracteres muy menores farmacéutico.

La profesión química es muy necesaria y respetable, pero no tiene ninguna relación con salud. La confusión que evidenciamos produce una desviación de la identidad farmacéutica. ¿Influirá este hecho en la dificultad que tienen los farmacéuticos para posicionarse en los llamados equipos de salud? Yo creo que sí, por un problema de falta de convicción y por un rechazo del medio, que es refractario frente a un profesional sin una clara definición sanitaria.

Siempre que pienso este tema me viene a la memoria un hecho que pude observar en cierta ocasión, en el proceso de postulación universitaria, cuando los candidatos se informan sobre las alternativas que les ofrecen las universidades.

El hecho que recuerdo ocurrió en el patio Domeyko de la Casa Central de la Universidad de Chile. Cada facultad exhibía sus méritos para atraer a los mejores postulantes. La Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas (Ingeniería) presentaba un pendón que rezaba "Somos los constructores del país". La de Medicina, por su parte, mostraba otro que decía "La salud del país es nuestra tarea". La nuestra, declaraba "Somos una facultad químicamente pura". Por cierto, sobran las palabras.

Esta situación, a mi juicio, no es banal. Es fuertemente gravitante en la actitud y también en la conducta de nuestros colegas, que suelen caer en debilidades y dudas en cuanto a su rol como consecuencias de una formación desviada y de una denominación equívoca.

Para perfilar claramente mi pensamiento declaro que me sentiría más cómodo y ubicado si nuestro título fuese Biofarmacéutico.

FARMACIA MAGISTRAL, ÚTIL, NECESARIA Y VIGENTE.

Q.F. Hernán Vergara Mardones

La vía magistral fue durante siglos la única forma de elaborar medicamentos. La trascendencia de la especie humana acredita de alguna manera la eficacia de este tradicional procedimiento farmacéutico

La revolución industrial que se manifestó fundamentalmente en la segunda mitad del siglo XIX alcanzó también a la confección de medicamentos fuera de los recetarios farmacéuticos. Se creyó que esta nueva modalidad haría desaparecer para siempre la farmacia magistral, pero no fue así.

En efecto, no obstante su evidente disminución como armas farmacoterapéuticas, las formulaciones magistrales mantuvieron su vigencia para enfrentar ciertos problemas que algunos medicamentos industriales no lograban curar de manera tan eficaz como lo habían hecho los productos magistrales. Señalaremos más adelante algunos de estos casos.

En algunos países se restringió casi del todo el procedimiento magistral. Así ocurrió en Francia y Estados Unidos que, posteriormente, se vieron obligados a reponer la vía magistral para dar respuesta a una demanda creciente de terapias personalizadas y centradas en el paciente.

Estas últimas palabras constituyen la esencia y el sentido de la farmacia magistral y justifican su vigencia como un arma necesaria y eficaz identificada totalmente con la profesión farmacéutica. Sirve efectivamente a una terapia personalizada y centrada en el paciente.

Hágase según arte expresaba en la clásica h.s.a. con que los médicos prescribidores cerraban sus recetas, era la orden que el farmacéutico cumplía cabalmente. Era, entonces, un maestro (magister) y un artista (artesano) al servicio de la salud comunitaria.

La tendencia actual en la innovación dentro de las ciencias biomédicas pasa por el paradigma de la medicina molecular. Es decir, por la profundización en el conocimiento de los mecanismos patogénicos a escala molecular, que los encuadra en un amplio mapa que los interconecta entre sí y con el genoma humano.

La farmacogenómica está en pleno desarrollo para explicar y resolver un fenómeno muy frecuente que se manifiesta en reacciones personales diferentes frente a fármacos similares administrados en cantidades iguales.

¿Cómo resolver situaciones como éstas?

El camino es la medicina personalizada, uno de cuyas formas de concreción pasa por la vía magistral. Este es un fenómeno actual que en pocos años más se resolverá con una acreditación de las características personales que se expresará seguramente mediante códigos que el médico tendrá en cuenta en sus prescripciones. ¿Podrán los medicamentos convencionales enfrentar todas las variables que deberán atenderse?

En lo inmediato ya existen muchas situaciones que se resuelven con formulaciones magistrales. Casos como intolerancia a ciertos excipientes, adecuación de dosis, requerimientos de urgencias o desabastecimiento.

El mayor respaldo actual lo constituye, sin duda, la inclusión destacada de capítulos importantes en las principales farmacopeas del mundo relacionados con la vía magistral.

Todo lo dicho hace incomprensible que en Chile se adopten medidas que se manifiesten en limitaciones inhibitorias de la farmacia magistral, como son las que contiene el D.S. 39/10 en vigencia. Una de las principales es la prohibición de confeccionar formulaciones magistrales en forma y dosis iguales a las de productos industriales registrados en el ISP. Otra es la fijación de una vigencia de apenas 40 días a este tipo de formulaciones. A esta se agrega la obligación de hacer seguimiento de farmacovigilancia a productos magistrales se administran pacientes ambulatorios.

El decreto en cuestionamiento es además lesivo para los sectores de menores recursos por cuanto impide el acceso a medicamentos de menor costo. Los productos magistrales no tienen costos de publicidad ni de promoción médica y por ello pueden llegar al público a precios mucho menores. Algunos ejemplos respaldan esta afirmación.

Medicamento	Precio producto de Marca	Precio Recetario Magistral
Ac. Ursodeoxicólico 250 me X 100 cáps.	\$ 57.000 (Furokal)	\$ 31.000
Azatioprina 50 mg X 100 cáps.	\$ 88.000 (Imuran)	\$ 21.000
Hidroxicloroquina 200 mg X 30 cáps.	\$30.000 (Plaquinol)	\$ 7.500

Muy pocas áreas científico–tecnológicas avanzan con un grado de renovación tan alto como la farmacoterapia.

La formulación magistral también ha alcanzado un desarrollo consistente incorporando nuevas formulaciones y procedimientos fármaco-técnico moderno, así como controles de calidad rigurosos de principios activos, excipientes y productos terminados.

No se puede, por lo tanto, argumentar fallas de calidad para inhibir la farmacia magistral. Por último, si los hubiera, un buen control asegura la calidad del sistema.

Agreguemos que una herramienta que tiene un efecto social tan importante para la salud comunitaria no puede ser obstruida por medidas que hay motivos para interpretar como de protección de un sistema que no atiende debidamente las necesidades de la comunidad. El D.S. 79/10 debe ser corregido, eliminando a los menos los errores señalados en este análisis.

Presencia del Químico Farmacéutico en el área clínica

Mis observaciones sobre el particular en mis hospitalizaciones recientes

(junio - julio 2015)

En primer lugar, debo decir que no vi a ningún farmacéutico cumpliendo funciones en los lugares en que estuve hospitalizado (sala intermedio quirúrgico – UTI).

Cuesta descubrir la naturaleza de sus aportes en un sistema que opera muy definidamente, dentro del cual no se ve cuáles podrían ser éstos.

La presencia del médico está muy marcada. Es el que toma decisiones, las comunica y se cumplen, salvo en algunos aspectos menores, que explicaré, por parte de las enfermeras.

Éstas cumplen los protocolos establecidos y en todo momento indican que cuanto hacen es en cumplimiento de órdenes e instrucciones emanadas de los médicos.

No obstante lo anterior, pude observar que decidieron correcciones en dosis y posologías en general, sin que hubiese una autorización directa de un médico. Ignoro si tales cambios están autorizados o si se operan en circunstancias previstas.

Las características de las prestaciones que entregan médicos y enfermeras se aprecian como protocolizadas y establecidas desde tiempos no menores. Los cambios se operan de modo que tienen un alcance generalizado, dependiendo, por cierto, de las características propias de las especialidades médicas.

Al observar este panorama me preguntaba ¿dónde puede entrar el farmacéutico en este esquema?

Durante años he oído y opinado respecto a aspectos relacionados con la incorporación del farmacéutico en los equipos de salud. En verdad, no veo claro ni dónde ni cómo podrían actuar en el desarrollo del servicio hospitalario rutinario.

Se debe pensar, entonces, que su función clínica en contacto con los pacientes sólo puede ocurrir en las anamnesis de medicamentos o en las asesorías en las rondas cuando el médico las pide para observar resultados de los tratamientos o en el cambio de fármacos o en la adecuación de dosis.

Creo que en las circunstancias señaladas no será fácil de implantar la asesoría farmacéutica dada la omnipresencia médica y el dominio que se les supone a estos profesionales en el conocimiento y manejo del arsenal terapéutico.

De todo lo anterior deduzco que la participación farmacéutica, si algún día se abre esta oportunidad, será muy indirecta. Es decir, el químico farmacéutico actuará sin ocupar un primer plano. Efectuando estudios encargados, aportando información farmacéutica, actualizando el conocimiento según la aparición de nuevos fármacos.

En algún tiempo se pensó que tales aportes los entregaría el farmacéutico a través de los CIM (Centros de Información de Medicamentos). La realidad actual dice que la información más corriente está disponible a través de programas de fácil acceso manual.

Por lo tanto, se puede pensar que los aportes señalados se podrán hacer para situaciones específicas, no para casos de rutina ni de menor complejidad.

Me pareció útil hacer estas observaciones ya que me encontraba en condición de paciente en un ambiente clínico donde, supuestamente, habría un lugar claro para el farmacéutico.

Cuando observaba me preguntaba ¿qué haría el farmacéutico en este medio de circunstancias en observación?

Me gustaría cotejar estas apreciaciones con colegas que ejercen en Chile en esta área y saber cómo opera el farmacéutico clínico en países donde esta función está en pleno desarrollo.