

# La vertiente farmacéutica de la Reforma Sanitaria

Por Pedro CAPILLA MARTINEZ \*

**El autor de este artículo interpreta para «Revista de Fomento Social» los criterios del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España en torno a los puntos más cruciales y controvertidos de la reforma sanitaria en elaboración.**

## *Asesoramiento técnico para la Reforma*

Antes de entrar en el contenido mismo de la Reforma Sanitaria estima en su informe el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España que en todo el proceso de elaboración de aquella Reforma no se ha contado suficientemente con la opinión de las personas y organismos técnicos interesados. De acuerdo con que las leyes tienen unos cauces políticos formales de gestación vía representación parlamentaria. De acuerdo también con que existen competentes técnicos sanitarios en los engranajes de la Administración Pública y del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, que son quienes han tomado la iniciativa y presentado hasta ahora los documentos iniciales. ¿Pero qué duda cabe, a pesar de todo, de que los borradores de la Reforma podrían quedar considerablemente enriquecidos si se recabaran los puntos de vista y los criterios de las organizaciones profesionales más interesadas? En concreto estimamos nosotros que en la documentación previa a la Reforma, hasta ahora disponible, la vertiente farmacéutica de la misma está poco representada, tiene escaso relieve.

## *¿Reforma médica o reforma sanitaria?*

Basta leer el documento «Líneas Generales de la Reforma Sanitaria» para ver que se ocupa casi exclusivamente del problema médico. Y lo mismo sucede con el nuevo escrito «consensuado», redactado en la Comisión de Sanidad de las Cortes. Es cierto que hay un capítulo dedicado a la far-

---

\* Secretario General del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España.

macia, otro capítulo dedicado a la veterinaria, pero tan exiguos, tan pequeños, tan poco desarrollados que confirman nuestra afirmación de que se trata de una reforma médica más que de una reforma sanitaria. Que se le llame entonces reforma médica, que parece ser lo que se pretende. Porque si se le llama reforma sanitaria hay que tocar mucho más en conjunto todos los temas sanitarios. La sanidad, en efecto, comprende a un conjunto de profesionales, a todos los que ejercen en su demarcación específica. Un ayudante técnico sanitario es un sanitario, un odontólogo es un sanitario, un farmacéutico es un sanitario, un veterinario es un sanitario. Si la reforma no se ocupa más que del problema médico, del problema de hospitales desde el punto de vista médico, de asistencia primaria, de asistencia de segundo nivel o centro de salud y todo gira y se centra en torno al médico, hay que definirlo como un proyecto médico. Nosotros no estamos en contra, ni mucho menos, de una reforma sanitaria, ni de muchas de las cosas que se dicen en los borradores del Ministerio y de las Cortes sobre la reforma pero sí de que se capitidisminuya de esa forma al sector nuestro, en concreto—cada sector tendrá su opinión—y que haya sido tratado bastante pobremente.

#### *El farmacéutico y la educación sanitaria de la comunidad*

El farmacéutico, en realidad, tiene que jugar un papel de informador del medicamento, de educador sanitario desde el medicamento y de garante del mismo medicamento. Por otra parte, el farmacéutico está en condiciones de poder desarrollar esta función desde este mismo momento. Es necesario que el farmacéutico se incorpore a todos los programas de educación sanitaria que se lleven a cabo. La educación sanitaria de hecho se hace, aunque muy primitivamente, si queremos llamarlo así, a través del mostrador de una farmacia. En cuestión de dietas, en cuestión de dosis, en materia de incompatibilidades entre medicinas, en temas alimentarios, etc., son muy frecuentes las consultas en las farmacias y otras muchas las ocasiones en que el farmacéutico, conocedor personal de numerosos enfermos, espontáneamente les aconseja desde la naturaleza del medicamento o desde la multiplicidad de los mismos que muy a menudo se le demandan. Este papel de educador es el que hay que programarlo un poco para que sea efectivo a nivel general desde el mostrador de una oficina de farmacia por un lado y, por otro, a niveles comunitarios: comunidad de vecinos, comunidad parroquial, comunidad municipal, etc. Porque la educación sanitaria, particularmente la educación sanitaria desde el medicamento, es cada día más necesaria en todos estos niveles, integrándose de esta manera la educación desde la farmacia con la educación desde la medicina en una verdadera educación sanitaria.

Por otra parte, la educación desde el medicamento tiene cada día más importancia. Hoy se maneja, en efecto, un auténtico arsenal terapéutico; hoy existe una serie de medicamentos con una potencialidad tal que es precisa más que nunca la presencia del farmacéutico como profesional de los mismos. Algunos creen que el farmacéutico ha perdido su misión porque tiene que utilizar mucho menos que antes el mortero o el pildorero. No

caen en la cuenta de que hoy, por el contrario, tiene que tener una formación mucho mayor para saber de incompatibilidades entre medicamentos, de interacciones entre medicamentos. En realidad todos los días se están produciendo accidentes; son cada día más frecuentes los ingresos en una institución sanitaria con motivo del medicamento. Fenómenos de alergia, de interacciones entre medicamentos potenciándolos o anulándose la acción con lo cual no hay posibilidad de que se corte la enfermedad, problemas derivados de un embarazo con una medicación determinada que ha traído efectos secundarios, etc. A diario se están produciendo infinidad de casos de este tipo. ¿Por qué? Por falta de conocimiento de la medicina, no subsanado por una consulta informativa al técnico del medicamento que es el profesional de la farmacia.

Se habla hoy de educación médica, de centros de planificación familiar, etc., pero apenas nunca se cuenta con el farmacéutico en los programas. Sin embargo, él es el que puede decir con verdad si es bueno tomar aquella hormona o aquella píldora o cualquiera de aquella infinidad de medicinas que se están utilizando un poco alegremente o que se están recetando en cantidades que rebasan ya claramente los niveles adecuados. En ese sitio tiene que estar, evidentemente, el farmacéutico con una presencia calificada. Y tiene que estar de esta forma en todos los niveles que se precizan en la reforma. A nivel rural tiene que estar en perfecta convivencia con el médico, intercambiando opiniones, las propias de dos profesionales que se complementan y participando, asimismo, en el análisis clínico. El farmacéutico es, de hecho, un analista superextendido por todo el territorio nacional. En el medio rural hay innumerables farmacias con laboratorios perfectamente dotados no sólo para hacer análisis elementales de sangre u orina, sino también para hacer verdaderas especialidades en el análisis. Con paralelas funciones debe estar el farmacéutico a otros niveles: a nivel secundario o de centro de salud, a nivel hospitalario, etc., como ya lo está en buena medida.

#### *El sistema de «igualada» y el principio de la libre elección de médico*

Personalmente no soy partidario en absoluto del sistema de «igualada». Llevo ya muchos años defendiendo, por el contrario, la libre elección de médico y la figura del médico de familia, de quien ahora se habla como si se lo acabara de inventar, cuando lo cierto es que se enterró en su día el de cabecera. Libre elección y médico de familia son hoy dos cosas supernecesarias para la medicina. No se puede llegar a lo que ha llegado hoy la Seguridad Social que en realidad ha sido un poco frustradora del médico y del farmacéutico. La Seguridad Social ha planteado y tratado casi todo desde el aspecto económico, con un enfoque económico; se ha perdido así en esa economía y no piensa en sanitario; de ahí la frustración profesional del médico y del farmacéutico. Al médico se le ha dicho: Usted tiene ahí un número de cartillas, ¡a funcionar! Entonces queda única y exclusivamente a su conciencia el incentivo profesional. Un médico con ciencia profesional íntegra, vocacional, concluirá a pesar de todo: voy a seguir estudiando. Pero podría decir también: A mí me es igual; yo cobro 50.000 ó

100.000 pesetas en cualquier caso porque tengo tales cartillas asignadas. Luego sí no queremos dejarlo todo a los resortes vocacionales, la libre elección de médico se debe incentivar de alguna forma, para que un médico en función del número de enfermos que reciba, cobre. Con la libre elección de médico hay, pues, que reactivar los estímulos profesionales.

En cuanto a la «iguala» pienso que no es sistema. El sistema es el de pago por acto médico, es decir, que se cobre en virtud del número de enfermos que se atiende, pero no por el sistema de «iguala», no por una especie de apéndice fiscal suelto para la medicina. Podrá ser un sueldo mínimo más un tanto por consulta efectiva según diferentes modalidades que, al margen de la «iguala», se podrían adoptar. Son los médicos quienes tendrían que decir, en diálogo con la Administración, cuáles consideran más idóneas. La «iguala», lo mismo que el número de cartillas de la Seguridad Social, no incentiva profesionalmente al médico. Hay muchos procedimientos: el del recorte de cupón por acto médico prestado, el de los talonarios que utilizan las sociedades de seguro médico, etc. Se tiene miedo, es verdad, a una serie de picarescas; pero no se puede programar sólo con el objetivo de cortar picarescas; se debe programar sobre todo en virtud de estimular a los honrados.

#### *El medicamento en la economía de costes de la reforma sanitaria*

Nosotros ya hemos dicho que, en general, la reforma hay que estudiarla desde el punto de vista económico con absoluta seriedad. Ahora bien; desde el punto de vista del medicamento la demagogia ha sido tal que todo el mundo se lo ha llegado ya hasta creer. El medicamento supone un coste, por supuesto, que en algunos casos está por encima de lo que debiera de ser porque ha habido una serie de abusos, etc. Pero el hecho de que el consumo de medicamentos esté desmesurado en un 2, un 8, un 28 por 100, no significa en absoluto que el gasto global en medicamentos sea lo grave que nos lo está presentando desde hace largos años la Seguridad Social. Hay un coste de medicamentos. Desde luego. El coste está un poco desfasado porque hay unos abusos. De acuerdo. Pero a pesar del costo y de los abusos también es verdad que del coste de los medicamentos se ha hecho una demagogia total porque todo el mundo cree entender del tema del medicamento y no entra en otros gastos que son verdaderamente cuantiosos y verdaderamente graves en los que no se ha querido profundizar. Hace unos años se decía, por ejemplo: ¡Es horroroso! El coste del medicamento supone el 50 por 100 del gasto de la asistencia sanitaria total.

Pero, ¿por qué? Porque no había hospitales, porque no había camas, porque no había atención al enfermo, porque no había médicos. ¿Qué se hacía? Todo a través del medicamento. Claro que era un gasto; pero era, al mismo tiempo, un ahorro en una serie de instituciones; un ahorro, se entiende, desde el punto de vista económico; desde el punto de vista sanitario era un desastre. ¿Qué ocurre en el momento actual cuando crecen esas instituciones? Que el gasto en medicamentos en el global de las estadísticas sanitarias no llega a representar un 27 por 100. ¿Ha disminuido

el gasto en medicamentos? No. Lo que sucede es que ha subido el resto de los gastos a su verdadero nivel. El gasto en medicamentos estuvo a nivel europeo desde el principio, cosa que no sucedía con buena parte del resto de las instituciones sanitarias. Ahora, que esto ya se ha alcanzado, se empieza a clamar y a preguntar por qué no se corta esa asistencia primaria, a más bajo nivel, en hospitales; ese es el origen del «centro de salud». Se han alarmado con fundamento porque cuesta 17.000 pesetas una cama o 15.000 ó 20.000, y unas simples anginas que asustan a un enfermo o a un médico o que entran por urgencias sucede que le resultan carísimas a la sociedad. Hay, pues, otros capítulos; el medicamento no es relativamente tan caro como dicen.

Para demostrar en este punto lo contrario de lo que pretende la Seguridad Social conviene tener en cuenta que a todo gasto debe corresponder una partida de ingreso o de beneficio. ¿Cuál es en este caso esa partida? El número de hospitalizaciones o de absentismos que se evitan por causa del medicamento. Solamente en catarros o en gripes que exigirían en otros tiempos quedarse en una cama supone miles de millones de pesetas ese ahorro para la sociedad. Pero parece como si todo esto no interesara decirlo. En el medicamento se ha buscado como un chivo expiatorio para cargar sobre él todas las responsabilidades y ocultar la cara de donde están los verdaderos gastos de todo tipo, de material, de personal, los que surgen de otras partidas, pero que por no entender tanto de ellas la sociedad apenas se someten a la crítica de la opinión pública. Eso es precisamente lo que hay que analizar muy profundamente; ver si esos gastos están bien generados y abandonar la persecución del medicamento como chivo expiatorio.

*El pago por el enfermo asegurado de un porcentaje del precio del medicamento*

Siempre he defendido, y lo defiendo ahora, que el beneficiario tendría que llegar a pagar una parte más importante que hasta ahora en el medicamento. Eso existe en todos los sitios y el gasto del medicamento así lo requiere. Para cortar abusos, todo lo que se quiera. Pero antes de eso se han debido cambiar otra serie de estructuras. Yo pienso sinceramente que si la asistencia ambulatoria no tiene un buen nivel, está supermasificada y, por tanto, no se puede hacer un auténtico diagnóstico, se está dando lugar, por este fallo de estructura, a que el beneficiario consuma más medicamentos de lo que debe consumir y, en definitiva, a hacerle pagar por una cosa que no es equivocación suya. Yo pienso que la estructura se ha debido abordar mucho más seriamente antes; desde hace mucho tiempo se ha debido introducir alguna cantidad a cargo del beneficiario para luego ir subiendo algo; pero ahora quizás se estén desbordando demasiado en el planteamiento de esas subidas. No estoy en contra de que se pague el 40 o el 50 por 100, pero con tal de que se hayan realizado previamente esas otras reformas.

De no hacerlo sucede lo que está sucediendo, que la medicina ambulatoria está cambiando el diagnóstico-receta, que sería lo correcto, por

la repetición de exploraciones. Porque si vamos al ambulatorio y, no por receta-diagnóstico, causa fundamental de los gastos inútiles originados por culpa del médico, el enfermo se encuentra ante un médico y le cuenta como él puede y sabe contar unos síntomas, y en virtud de esos síntomas se receta precipitadamente porque no hay tiempo, porque está supermasificada la consulta, automáticamente ya empezamos a hacer lo contrario: en virtud de unos síntomas no suficientemente bien explicados se receta; luego el diagnóstico no se ha hecho; se ha cambiado el recetar por el diagnóstico, se ha anticipado la receta al diagnóstico. Posteriormente si el enfermo no va bien, viene una segunda y una tercera receta. Todo esto produce un mayor gasto y el beneficiario es el que paga el 20 o el 40 por 100 de esos posibles errores.

*La colonización económica de los laboratorios por las compañías multinacionales*

Para mí el sector de industria de oficinas de farmacia, de farmacias de la calle, está pasando una crisis gravísima. Y creo que se hace una demagogia fácil cuando se habla de las multinacionales. Lo cual no quiere decir que yo no esté de acuerdo con que hay un coloniaje de las multinacionales; pero hay un coloniaje de las multinacionales en todos los sectores, porque es el coloniaje del capitalismo o como se quiera definir. Yo no entro ahora en profundidades políticas o sociológicas, pero es una realidad viva que estamos colonizados en una serie de sectores y no sólo en el de la farmacia. Hay un coloniaje como consecuencia de una falta de medios. Para investigar un nuevo producto se necesitan muchos millones de pesetas. Esto lo pueden hacer las grandes compañías internacionales americanas, alemanas o suizas, porque son compañías de una fuerza económica impresionante. Frente al coloniaje es preciso de todas formas ir promocionando la industria nacional, dándole una serie de incentivos para que poco a poco vaya haciendo investigación. Hay que proteger la industria nacional, pero no se puede acabar de un plumazo, como da la impresión que se pretende a veces en declaraciones grandilocuentes de políticos, con la colonización económica de las multinacionales. Yo les preguntaría, si sale el último producto anticancerígeno en los Estados Unidos y nos atuviéramos sólo a los productos de nuestra propia industria, como sucede en los países del Este, sin permitir la entrada a las multinacionales, si entonces no estaríamos clamando porque aquel producto llegara. Hay un coloniaje en los laboratorios como lo hay en todas las grandes inversiones técnicas del mundo entero. Frente a ello no basta la demagogia; hay que cuidar la industria nacional, vigilar la entrada de productos extranjeros y no pagar por ello derechos excesivos, pero hay que mantener hoy por hoy alguna conexión con las multinacionales que son las que realmente están descubriendo los nuevos principios medicamentales. Vayamos, si no, a los sistemas del Este. Pero tengamos en cuenta que por cada principio que se descubre en el Este se descubren muchos más en Occidente. Las multinacionales son hoy necesarias, nos guste o no nos guste. Eso provoca un tipo de coloniaje. Ese cordón de coloniaje hay que procurar estirarlo lo más posible para arbitrar una serie de cosas que se pueden arbitrar. Se pueden vigilar las entradas, los precios, las no repeticiones de productos que ya hayan entrado de fuera. Conviene concentrar más la indus-

tria nacional para que haya un mayor poder económico, conviene estimular la investigación, etc.

*Un título universitario tras el mostrador de la farmacia*

Se ha ponderado mucho la figura superentrañable del farmacéutico tradicional del mortero, pero hay que comparar lo que manejaba ese farmacéutico, que eran unos veinte principios activos, muy activos, con los cientos que hoy se manejan en la oficina de farmacia. Y la persona que está detrás del mostrador tiene que tener un conocimiento de esos productos bastante profundo, no en plan de especialista, sino en plan de conocedor de una serie de materias que hacen que el farmacéutico de una oficina de farmacia sea, dentro de la farmacia como profesión, el equivalente al médico de familia en la medicina. Son personas que tienen que tener una visión global de todo el tema del medicamento, aunque no sean especialistas en farmacología o en otra serie de materias. Del mismo modo que el médico es un hombre que conoce de pulmón, de riñón, de corazón, aunque no sea especialista en ninguna de esas cuestiones. La sociedad va a necesitar hoy al farmacéutico de una oficina de farmacia mucho más que nunca, aunque hoy no se dé cuenta; y lo va a necesitar por lo que antes aludía de las interacciones entre medicinas, de los efectos secundarios, de las alergias, de las interacciones de las medicinas con los alimentos, de las consecuencias de la medicación en los resultados de los análisis clínicos, etc. Todo esto lo debe conocer una persona que está en convivencia con esa sociedad a través de un mostrador; ese es el farmacéutico de familia, que tiene que estar muy bien preparado. Si fuéramos conscientes exigiríamos una titulación como la que tienen, sabiendo que estamos muy necesitados de ese conocimiento. Es un vigilante; es la única persona que está en contacto directo con el médico, con el enfermo, con la distribución farmacéutica (almacenes), con el laboratorio, con la Seguridad Social. Está así en disposición de descubrir muchas realidades que han servido de base para corregir muchos defectos de la sanidad.

*Función del farmacéutico en la Asistencia Primaria*

En este nivel de asistencia, interpreta nuestro Consejo General que no tienen razón de existir dispositivos para efectuar análisis elementales de sangre y orina, puesto que el farmacéutico rural debe ser el encargado de este análisis, como ya se ha ofertado reiteradamente a la Seguridad Social por la Corporación Farmacéutica. Y no sólo este tipo de análisis, sino otros de alto nivel analítico, puesto que en la zona rural, en gran número de casos, los farmacéuticos poseen laboratorios perfectamente equipados para efectuarlos.

No se busca con esto un interés económico personal del farmacéutico, sino un ahorro de gastos para la Seguridad Social y un beneficio para el paciente, que le evite hacer desplazamientos. El tener servicios concertados —siempre que sea posible—, seguimos manteniendo que es más económico

y eficaz que los aumentos de plantillas e instalaciones, pues existe un ahorro en inversiones y en dotación.

La farmacia rural, en general—se pueden ampliar estos conceptos al distrito correspondiente en el medio urbano, en donde existe también multitud de analistas, médicos y farmacéuticos—está perfectamente equipada para ello, e insistimos, en que este concierto no se ha ofrecido desde un punto de vista económico, pues la mayoría de los beneficiarios, cuando saben que tienen que desplazarse, suelen hacerse los análisis a título privado y para el farmacéutico, esto es más rentable que el establecer un concierto.

Las misiones que puede realizar el farmacéutico en este nivel de asistencia primaria serán:

- Informar al médico sobre interacciones de medicamentos.
- Participar con el equipo sanitario en la promoción de la salud y en la educación sanitaria de la población.
- Informar de efectos adversos de los medicamentos que revistan gravedad o importancia a los centros subcomarcales del sector.
- Participar en el adiestramiento profesional de estudiantes de farmacia.
- Realizar análisis elementales de sangre y orina por el médico de familia.
- Informará en el campo de su competencia, sobre primeros auxilios, protección civil, toxicología, etc., dadas las características del medio en que tiene que realizar su función.
- Estará en conexión con el centro subcomarcal o comarcal, debiendo conocer perfectamente la función de los farmacéuticos en dichos centros.
- Se coordinarán las oficinas de farmacia del entorno, para establecer correspondientes turnos que permitan las sustituciones, ausencias por vacaciones, asistencia a cursos y congresos, bajas por enfermedad, turnos de urgencia, etc.
- Informar y colaborar en las campañas de estudio sobre la contaminación, tanto química como bacteriana, de las aguas del mar, en aquellas comarcas costeras, ya sea aisladamente con sus propios medios o en ayuda de los centros comarcales de salud o las delegaciones territoriales del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

*Función del farmacéutico en la asistencia sanitaria a nivel subcomarcal o de distrito.*

Opina nuestro Consejero General que el farmacéutico debe tener igualdad de derechos que el médico para acceder a las plazas de análisis clínicos, microbiología, etc.

## LA FARMACIA EN LA REFORMA SANITARIA

En este apartado, entendemos que puede estudiarse un tipo de concierto para análisis elementales de sangre y orina, con farmacias y laboratorios de análisis de la subcomarca o del distrito, dejando los más especializados para dentro del centro. Se ganaría en funcionalidad—puesto que dichos análisis, en la mayoría de los casos, no son de urgencia—y economía, en dotaciones y personal. Por otra parte, a ese tipo de enfermos, que necesita llevar un control periódico de sus constantes analíticas, por ejemplo el diabético o los que padecen procesos renales o hepáticos, etc., se les facilitarían mucho las cosas; como también evitarían las masificaciones del centro, con lo que éste podría dedicarse a análisis más completos, ganando en especialización.

— Estará en conexión funcional con el servicio farmacéutico del centro comarcal y con la delegación territorial correspondiente.

— Al no existir camas en este tipo de centros, se responsabilizará de la medicación de urgencia para aplicación dentro del centro.

— Informará sobre interacciones de medicamentos a los diferentes médicos y especialistas del centro.

— Asesorará sobre los medicamentos que aparecen en el mercado farmacéutico, señalando las que constituyen auténticas novedades.

— Llevará el archivo de ficha-medamento de los pacientes, en cuanto a los medicamentos aplicados a los mismos, que hayan pasado por el centro.

— Informará y llevará estadística sobre efectos secundarios en los medicamentos aparecidos en los diversos tratamientos.

— Recabará informe de las oficinas de farmacia de la subcomarca, sobre aumentos en la demanda de determinados medicamentos, sin receta, por parte de la población (anfetaminas, anovulatorios, hormonas, etc.).

— Participará en las estadísticas sanitarias en lo relativo a medicamentos en general y, principalmente, en los que producen fármaco-dependencia, estudiando las variaciones en los consumos, desde todos los ángulos, dando interpretación científica de los resultados.

— Participará en los cursos de orientación familiar, así como en las funciones docentes propias de su profesión.

— Realizará análisis bromatológicos, encaminados a conocer el estado de la subcomarca, que permitirá un mejor estudio de la etiología de determinadas enfermedades por carencias alimenticias o especiales condiciones de las aguas.

*Función del farmacéutico en la Asistencia Sanitaria,  
a nivel de centro médico sanitario*

Dicho centro deberá denominarse, a nuestro juicio «Centro Sanitario».

— Tendrá igualdad de derechos para acceder a las plazas de análisis clínicos, microbiología, etc., que el médico especialista. Seguimos insistiendo aquí, en la idea de que los análisis elementales de sangre y orina, se deberían concertar con las oficinas de farmacia y laboratorios particulares de análisis.

— Estará en conexión funcional con el servicio farmacéutico del hospital, del que depende el centro.

— Al existir camas en estos centros médicos, se ocupará de la distribución de los medicamentos a pacientes, y asesorará e informará sobre los mismos al médico. En ningún caso, este servicio de farmacia asumirá o duplicará las funciones desarrolladas o que puedan desarrollar las oficinas de farmacia privadas.

— Se responsabilizará de que los medicamentos bajo su custodia, sean aplicados en el centro, llevando un especial control de los medicamentos de especial vigilancia de una forma periódica y continua (estupefacientes, citostáticos, hormonas de crecimiento, etc.).

— Informará sobre interacciones de medicamentos a los diferentes médicos y especialistas del centro.

— Asesorará sobre los medicamentos que aparecen en el mercado farmacéutico, señalando los que constituyen auténticas novedades.

— Llevará el archivo de ficha-medicamentos de los pacientes, en cuanto a los medicamentos aplicados a los enfermos que hayan pasado por el centro.

— Informará y llevará estadística sobre efectos secundarios producidos por medicamentos en los pacientes tratados en el Centro.

Recabará informes de los farmacéuticos de los centros subcomarcales, sobre aumentos en la demanda sin receta de determinados medicamentos, por parte de la población (anfetaminas, anovulatorios, hormonas, etc.).

— Participará en las estadísticas sanitarias, en lo relativo a medicamentos en general y, principalmente en los que producen fármaco-dependencia, estudiando las variaciones en los consumos, desde todos los ángulos, dando interpretación científica de los resultados.

— Participará en los cursos de orientación familiar, así como en las funciones docentes propias de su profesión.

— Estudiará los resultados de los análisis bromatológicos y de aguas y bebidas de las subcomarcas, que permitirá un mejor estudio de la etiología de determinadas enfermedades por carencias alimenticias o especial condición de las aguas.

— Participará en las unidades médico sociales—cuya denominación deberá ser sanatorio-sociales—, para asesorar sobre los medicamentos recetados a estos enfermos que son atendidos por estas unidades.

— Estará en conexión con los servicios farmacéuticos de la delegación territorial, para todas las funciones que el farmacéutico pueda desarrollar: vigilancia y defensa del medio ambiente, campañas sanitarias, campañas de vacunación, epidemiología y estadísticas sanitarias, etc.

#### *Función de farmacéutico en la asistencia hospitalaria*

Los servicios farmacéuticos del hospital, han experimentado una notable expansión, dada la importancia de los mismos en el equipo hospitalario.

El medicamento es punto de convergencia de todo un complicado proceso que no acaba con su preparación o dispensación. Tanto el médico como el farmacéutico, desde sus campos respectivos, habrán de estudiar también, el alcance, y eficacia reales de su acción terapéutica, así como los efectos de todo tipo, que su administración aislada o unida a la de otros, pueda originar en el hospital.

De ahí que el farmacéutico deba ser el responsable de la preparación, conservación, dispensación, formas correctas de utilización y seguimiento de sus efectos, procurando la más eficaz y económica gestión en el uso de los productos y preparados.

Los servicios farmacéuticos hospitalarios deberán extenderse a toda la red hospitalaria nacional, con unas exigencias mínimas en su instalación y utillaje y con un equipo profesional, capaz de realizar la misión de adquirir, controlar, conservar, elaborar, distribuir y dispensar medicamentos y productos afines; efectuar tareas de información de medicamentos de farmacia clínica, de farmacovigilancia y otras, e integrados funcional, jurídica y económicamente en el equipo hospitalario.

Serán funciones de los servicios farmacéuticos de hospitales, prácticamente las mismas que se han señalado para las del centro médico, más todas las incluidas en la orden de 1 de febrero de 1977, por la que se regulan los servicios farmacéuticos de hospitales.

#### *Programa de interacciones medicamentosas*

En Consejo General de Farmacéuticos, desde el comienzo de la década de los 70, comenzó por elaborar un catálogo de especialidades que progresivamente ha ido mejorando. Su finalidad era la de facilitar al farmacéutico una información lo más completa posible, sobre el medicamento.

Siguiendo en esta línea se dispone desde principios de 1979 de un ordenador en el que se han introducido una serie de programas e informacio-

P. CAPILLA MARTINEZ

nes, que tienen como finalidad la creación de un poderoso Centro de Información y Documentación al servicio del farmacéutico. Al final de 1979 ya estaba terminado el programa de información sobre 3.000 medicamentos, ya sea por marcas o principios activos, sinonimias, etc.

Esta información coloca a España en uno de los primeros lugares del mundo sobre información de medicamentos y podrá ser facilitada por el farmacéutico al médico a corto plazo.

*Este programa permite y permitirá conocer:*

— Descripción de los principios activos de las respectivas especiales o medicamentos que se recetan a un enfermo.

— Si uno o más medicamentos son compatibles o incompatibles entre sí.

— Tiempo de interacción.—Aumento o disminución de la acción entre dos o más medicamentos, aumento o disminución de la toxicidad, desplazamiento de proteínas plasmáticas, etc.

— Medidas a tomar.—Controles que se deben llevar, supresión de alguno de los medicamentos, medidas dietéticas como supresión de algún tipo de alimentos o bebidas alcohólicas, recomendación de no conducir u otro tipo de actividad bajo los efectos de un determinado medicamento...

— Mecanismo de las interacciones.—Descripción científica del por qué de cada una de las interacciones.

— Datos clínicos.—Experiencia clínica en enfermos y sus resultados, que ratifican desde un punto de vista práctico todo lo descrito anteriormente.

— Bibliografía.

Naturalmente, toda esta información es susceptible de ampliación, y de hecho se está trabajando para más adelante incorporarla.

Por otra parte también se están manteniendo contactos con organismos europeos, principalmente del Mercado Común, para colaborar en programas de mejoramiento en todo lo concerniente a la informática.

Pues bien, todo lo anterior es de una vital importancia para la auténtica sanidad integral y creemos debería estar muy presente a la hora de concertar cualquier tipo de reforma sanitaria para nuestro país.