



# La farmacia hospitalaria en Perú

M. Viñas Véliz

*Presidente de la Sociedad Peruana de Farmacia Hospitalaria.*

## INTRODUCCIÓN

Para hablar de la farmacia hospitalaria en el Perú tendríamos que remontarnos a una de las primeras tesis universitarias sobre el tema, del año 1961<sup>1</sup>, como un aporte a su fundación. Pero para referirnos a su desarrollo y consolidación debemos ubicarnos en los últimos 20 años. En dicho trabajo de investigación se planteaban las áreas y las funciones del farmacéutico que en parte persisten hasta hoy, y se reconocía la necesidad de la especialización, entendida como el desarrollo de las competencias necesarias para una correcta preparación, dispensación y control de calidad de los medicamentos, así como para el servicio de trato personal que debemos brindar a los pacientes.

Para comprender los mecanismos de desarrollo de la farmacia hospitalaria en el Perú es necesario conocer el sistema de salud, al menos de manera básica, por lo que expondremos algunos datos relevantes. El Perú tiene un sistema de aseguramiento en salud integral para todos los trabajadores que se encuentran en una planilla y, por tanto, hay un aporte por parte de ellos (que ejecuta el empleador); este sistema se denomina Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su cobertura en términos numéricos abarca a casi 7 millones de habitantes (más del 25% de la población nacional). Para los pacientes asegurados, el total de los servicios brindados, incluidos los medicamentos, es gratuito. No más de un 5% de la población recibe cobertura sanitaria del sistema privado o de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, mientras que el resto está en manos del Ministerio de Salud (MINSA), es decir, de los centros asistenciales del Estado. Si bien desde hace más de 15 años el Estado ha iniciado un proceso progresivo de aseguramiento para grupos vulnerables (escolares, madres-gestantes, etc.) hasta llegar al llamado Seguro Integral de Salud (SIS), todavía el grueso de pacientes debe costearse la atención. En otras palabras, en estos hospitales, las farmacias deben cobrar por cada medicamento dispensado. Esto es importante mencionarlo porque el hecho de contar con un sistema de aseguramiento ha sido un factor determinante en el despegue de la farmacia hospitalaria.

Por otro lado, aunque el desarrollo de los servicios farmacéuticos en el hospital no ha ido precisamente de la mano de la evo-

lución del marco normativo, los tiempos actuales son muy positivos, pues estamos viviendo un período de regulación y estandarización, y de compartir experiencias.

## LA ESPECIALIZACIÓN DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO

En el Perú y en nuestra profesión, el título profesional es el de Químico Farmacéutico. En 1980, en el furor de la farmacia clínica y la conversión del farmacéutico dispensador a un proveedor activo y actualizado de información de medicamentos, se crea en la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos la especialidad de Farmacia Clínica la cual, con muchos inconvenientes y altibajos, subsiste hasta hoy. Esta especialidad tiene una duración de 3 años y está basada en el modelo de residencia, es decir, la experiencia del aprendizaje en convivencia diaria con la realidad hospitalaria y los pacientes. Esta residencia se ha realizado tradicionalmente en el Hospital Central de la Policía Nacional y, desde hace 4 años, en el Hospital Militar Central, ambos en Lima. Hasta la fecha han egresado más de 180 especialistas, aunque su desempeño dista mucho del modelo americano bajo el cual fue creado.

En 1997, un grupo de farmacéuticos hospitalarios y docentes de la misma facultad propuso un nuevo modelo de formación de especialistas en el que se tenía en cuenta que en el hospital se deben poseer determinadas competencias para ejercer la profesión en áreas y actividades específicas y cuyo punto de partida no eran las actividades exclusivamente clínicas, sino las capacidades para la gestión. Entonces se aprobó la especialidad de Farmacia Hospitalaria, también con 3 años de duración y con la residencia como parte del proceso de formación. Sin embargo, no fue satisfactoria para quienes esperábamos expectantes la nueva especialidad.

En el año 2005, al cumplir 25 años, la especialidad de Farmacia Clínica, al no haberse desarrollado la Farmacia Hospitalaria con tal grado de formación (salvo en el hospital de Policía), se planteó la unificación en una sola especialidad que potenciara las competencias y las gestión, así como las clínicas

necesarias para consolidar la Farmacia Hospitalaria en el país, sin ningún resultado. Salvo algunas universidades que incluyen asignaturas de Farmacia Clínica u Hospitalaria en el pregrado (Universidad Católica de Santa María de Arequipa o San Luis Gonzaga de Ica) o, de manera adicional, programas de posgrado en el pasado (Universidad Nacional de Trujillo), la Universidad de San Marcos es la única que ha desarrollado la especialidad en el país y, por tanto, explica la concentración de los especialistas en la capital. Sin embargo, en el presente año, la Universidad Inca Garcilaso de la Vega ha lanzado una Diplomatura en Gestión Farmacéutica y Farmacia Hospitalaria que servirá de punto de partida de una especialidad en esta área y que propone un esquema distinto, que incluye los temas de gestión, legislación y farmacoterapia necesarios para un adecuado desenvolvimiento. Del mismo modo, la Universidad Wiener está promoviendo la especialidad en Farmacia Clínica en 2 años a partir del 2008 y está trabajando la especialidad de Farmacia Hospitalaria con una modalidad facilitada para los que ya ejercen la profesión en este campo desde hace varios años.

En conclusión, somos aún muy pocos los especialistas, pero se está tomando conciencia en las instituciones públicas de su necesidad en los hospitales.

## ORGANIZACIÓN CIENTÍFICA

Los farmacéuticos hospitalarios tuvieron su primer intento de organización formal y conocida en el año 1991, cuando conformaron la Asociación de Farmacéuticos Hospitalarios. Ésta llegó a funcionar durante casi un año pero sin la energía necesaria para organizar alguna actividad y mantenerse en el medio. Recién en 1995, con la realización del Primer Curso Internacional de Farmacia Hospitalaria promovido por el Departamento de Farmacotecnia de la Facultad de Farmacia de San Marcos, y con la fuerte motivación de su expositor principal, el Dr. José María González de la Riva (past-presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria), se logró un verdadero despertar y el inicio de la consolidación de una organización que se mantiene vigente hasta hoy y que, a pesar de algunas dificultades, ha logrado posicionarse en el ámbito nacional, siendo una voz autorizada en el quehacer profesional. Hasta el momento ha organizado 5 congresos nacionales y 7 cursos internacionales (uno anual de manera intercalada), 7 cursos nacionales de actualización para técnicos de farmacia de hospital y otras actividades académicas, nacionales e internacionales, coorganizadas con universidades o colegios farmacéuticos departamentales en varias ciudades del Perú. Desde su reinscripción formal en el año 2000 como Sociedad Peruana de Farmacia Hospitalaria se potenciaron las delegaciones departamentales de la sociedad, las mismas que han permitido que el desarrollo no sólo sea capitalino. Son miembros de la sociedad cerca de 300 farmacéuticos hospitalarios (aproximadamente, el 35% del total), y nos encontramos en franco crecimiento.

## MARCO NORMATIVO

El desarrollo de la farmacia hospitalaria no guarda relación con la dación de leyes o normas. En el Perú hay un Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos<sup>2</sup> desde el año 2001 el cual sólo menciona a los Servicios de Farmacia Hospitalaria, pero indica que para efectos de la legislación sean considerados de la misma forma que una farmacia o botica comunitaria. Es decir, no contamos con una reglamentación específica en la que se establezcan parámetros, estándares, requisitos o características técnicas que permitan delinear una farmacia hospitalaria peruana.

Esta desincronización se evidencia, además, de dos formas. En algunos temas, la legislación se ha adelantado a las circunstancias, como es el caso de la farmacovigilancia, donde en el año 2000 se crea el Sistema Nacional de Farmacovigilancia y toda una normativa específica que llega a procedimientos técnicos de valoración de reacciones adversas. Sin embargo, hasta hoy no se ha logrado la motivación, la capacitación y la organización suficiente por parte del farmacéutico hospitalario para desarrollarla. En el MINSA, la responsabilidad recae en gran parte sobre los servicios de farmacia y el farmacéutico tiene una función no sólo de notificador, sino sobre todo de engranaje en el sistema. En ESSALUD es reciente la aprobación de una normativa institucional que regula la conformación de los comités de farmacovigilancia de ámbito nacional, donde la presencia del farmacéutico es contrariamente minoritaria.

Lo mismo sucede en el campo de los ensayos clínicos. El 27 de julio de 2006 se aprueba el reglamento de Ensayos Clínicos en el Perú, el mismo que los regula en todo sentido y que incluye la responsabilidad de los servicios de farmacia a través de la instalación de una Unidad de Dispensación para Medicamentos en Ensayos a cargo de químicos farmacéuticos competentes. Se dio plazo de un año para su cumplimiento; sin embargo, de momento ninguna farmacia de hospital la ha implementado. Los primeros días de febrero de este año, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) ha convocado a los farmacéuticos hospitalarios para elaborar una norma técnica que establezca su adecuada constitución.

Por otro lado, en el campo de las mezclas intravenosas, el panorama es distinto. Los hospitales nacionales o institutos especializados, tanto de ESSALUD como de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú y algunos del MINSA, cuentan hoy día con áreas de mezclas intravenosas donde preparan nutrición artificial y mezclas oncológicas cumpliendo algunos estándares internacionales (Brasil y Chile tienen normativa específica en estos temas). En febrero del 2008 se ha iniciado la convocatoria de la DIGEMID a los especialistas en este tema, para la elaboración de una norma técnica al respecto.

El 4 de julio de 2007 se produjo un hecho histórico para los farmacéuticos hospitalarios: la publicación de la Norma Técnica sobre el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria<sup>3</sup> después de muchos años de espera y trabajo, estableciéndose la formalidad en el sector de la salud de una estrategia

efectiva para la optimización del uso de los medicamentos. Cabe mencionar que en ESSALUD se hizo en el año 2002 (Res. GNS n.º 016-ESSALUD).

Este último aspecto pone de manifiesto un problema, no sólo para los farmacéuticos hospitalarios, sino para todo el sector salud, debido a que las normativas del Ministerio de Salud no tienen un alcance realmente integral, es decir, en la práctica, cada sector se rige de acuerdo con sus propias normas (ESSALUD, la Sanidad de la Marina, del Ejército, de la Fuerza Aérea y de la Policía Nacional). Esto dificulta un desarrollo armónico de la farmacia hospitalaria en nuestro país.

## DESARROLLO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA

Definitivamente, el gran salto de la farmacia hospitalaria peruana se inició cuando el sistema de dosis unitaria se fue implementando en los hospitales. La farmacia tradicional, caracterizada por la producción de medicamentos<sup>4</sup>, con gran apogeo en las décadas de 1950 y 1960, de donde todavía se puede observar en los grandes hospitales los amplios ambientes de preparación, tenía ligado al farmacéutico a la supervisión de dicho proceso y, por supuesto, a la dispensación, cuyo modelo en esos años era el de la dispensación global por servicio. La dosis unitaria libera al farmacéutico del desconocimiento del paciente hospitalizado, lo inicia en un proceso de integración al proceso dinámico de la medicación y al equipo asistencial, y lo obliga a preocuparse un poco más de los temas fisiopatológicos que del suministro. El primer proyecto de dosis unitaria se inició en 1994 en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, establecimiento sanitario emblemático de la Seguridad Social, casi simultáneamente con la primera tesis de investigación sobre la implementación de dicho sistema en el Hospital Naval, que concluyó al año siguiente<sup>5</sup>.

El hecho de contar con un sistema de aseguramiento que permita dispensar los medicamentos sin coste alguno en la Seguridad Social y en los hospitales de las Fuerzas Armadas ha permitido que todos ellos, en el Perú de hoy, un 90% cuente con el sistema implementado. Las primeras experiencias de los años 1996-2000 en los hospitales del MINSA no tuvieron continuidad y se quedaron en el camino al poco tiempo de iniciado. Sin embargo, con la reciente aprobación del marco técnico-normativo, el proceso de implementación en estos hospitales se potenciará.

En el tema de las mezclas intravenosas la historia es más reciente. Parece que lo que más nos ha costado es recuperar terreno en actividades que se realizaban fuera de farmacia. La preparación de las mezclas oncológicas, en área aséptica y con cabina de flujo laminar, se inició a mediados de la década de 1990 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas por parte de las enfermeras. La preparación de la nutrición parenteral en el Hospital Edgardo Rebagliati se inició en el año 1984, en el Departamento de Cirugía, con enfermeras y la colaboración de una interna de farmacia. En el hospital Guillermo Almenara, el número 2 de la Seguridad Social en tamaño, se inició en el departamento

de cuidados intensivos, con un equipo multidisciplinario, pero que incluía un farmacéutico pasante. Hoy en día, los farmacéuticos hemos tomado conciencia de que es nuestra responsabilidad la correcta preparación de la dosis unitaria parenteral y que se deben seguir lineamientos para la implementación de las áreas asépticas. En la actualidad, las unidades de mezclas oncológicas y nutrición parenteral se están implementando en las farmacias de todos los hospitales nacionales. En el Rebagliati, desde hace más de 3 años, se ha iniciado la preparación de antibióticos parenterales en dosis unitaria, lo que abre mayores posibilidades de colaboración en el uso racional de medicamentos.

Los últimos 10 años son testigos de un mejor posicionamiento del farmacéutico en el hospital. El Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos (SISMED) en los hospitales del MINSA le ha dado la confianza y la oportunidad de demostrar que tiene la capacidad de gestión suficiente para una utilización óptima de los recursos, y la posibilidad de identificarlo como un aliado en la guerra contra la enfermedad. Asimismo, se observa su participación cada vez más activa en los diferentes comités hospitalarios, no sólo en los comités farmacológicos, donde después de la dación del reglamento nacional se inició su posicionamiento.

## RETOS DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO

Es imprescindible inyectar una dosis de entusiasmo en los farmacéuticos hospitalarios para asumir las decisiones de implementar modernos servicios farmacéuticos. La sociedad en su conjunto, y no sólo el equipo asistencial, reclaman un papel más dinámico y orientador en el uso de los medicamentos, y esto se consigue aportando un «extra» en tiempo, capacitación y dedicación. Si no demostramos nuestra utilidad en la asistencia sanitaria y la capacidad de generar eficacia y ahorro en la gestión hospitalaria, difícilmente podremos mejorar nuestra presencia profesional.

En estos últimos años observamos un mayor interés por la actualización en el campo hospitalario, pero para que las futuras generaciones tengan mejores resultados será necesario abrir las puertas de la universidad a los farmacéuticos que, con un poco de experiencia y visión, pueden ejercer la docencia en actividad, en el hospital. Los currículos deben ser flexibles a los acontecimientos y las necesidades del país, así como al avance de la farmacia en el mundo.

Nos corresponde a las organizaciones científicas brindar el soporte necesario para que este camino iniciado, en un proceso aún lento, tenga un final feliz. Como escribió el gran poeta peruano César Vallejo en su poema «Nueve monstruos», «hay, hermanos, muchísimo que hacer».

## Bibliografía

1. Valverde Bernal R. Contribución al Estudio de la Farmacia Hospitalaria en el Perú. Tesis doctoral. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1961.

2. Ministerio de Salud, Digemid, Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, DS-021-SA, Lima, 2001.
3. Ministerio de Salud, Digemid, Norma Técnica en Salud sobre el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria, NTS N.º 057-MINSA/DIGEMID, Lima, 2007.
4. Juárez Eyzaguirre JR. Farmacia Hospitalaria en el Perú: una opción de liderazgo para el Farmacéutico. Encuentro OFIL América-España, Extremadura, 2001.
5. Viñas Véliz MJ. La implementación de la dosis unitaria en el Perú. *Gestión Médica*. 2002;217:18-9.