DIPLOMA DE ESTUDIOS AVANZADOS UNIVERSIDAD DE GRANADA, DICIEMBRE 2009



PROYECTO PILOTO: ATENCIÓN FARMACÉUTICA COMO HERRAMIENTA DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO. EXPERIENCIA EN CAJAMARCA (PERÚ).

Alumna: Miriam López Serrano Tutor: Emilio García Jiménez

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor Emilio García, por animarme y apoyarme en la confección de este estudio.

A Ana Moreno por su actitud resolutiva y tan cercana.

A Mary, Mili, Sandra y Luis (equipo trípode) quienes me apoyaron con su trabajo y esfuerzo desde el inicio de la configuración de este proyecto.

A todos los agentes comunitarios de salud que recorrían enormes distancias a pie para recibir las formaciones, gracias por esas lecciones de humildad y entusiasmo por el saber.

A todos los profesionales de salud por su gran interés en seguir aprendiendo,

A todo el equipo de Perú en Acción por dar inicio a este tipo de proyectos revolucionando y creando nuevas perceptivas.

A mis amigos, Silvi, Maria, Mayte y Lucre, por animarme en la construcción de este documento.

A mi familia por confiar en mi y animarme en todo el proceso de creación de este proyecto piloto.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 Salud y desarrollo	5
1.2 Acceso a medicamentos esenciales	6
1.3 Situación del medicamento en el Perú.	7
1.4 Atención Farmacéutica.	13
1.5 Área de desarrollo de actividades: Cajamarca (Perú)	19
1.6 Justificación del estudio	27
2. HIPÓTESIS	28
3. OBJETIVOS	29
3.1 General	29
3.2 Específico	29
4. METODOLOGÍA	30
5. RESULTADOS OBTENIDOS	37
6. DISCUSIÓN	47
7. CONCLUSIONES	50
8. BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXO 1: Cartel publicitario del curso de AF	54
ANEXO 2: Tríptico del curso de AF	55
ANEXO 3: Tríptico del curso de AF	56

1. INTRODUCCIÓN

Este documento es una puesta en común entre la atención farmacéutica y la cooperación al desarrollo en materia sanitaria y como ambos enfoques de trabajo configuran una mejora del estado de salud en cualquier parte del mundo. Aun más en zonas donde los recursos humanos y materiales son escasos.

Con este estudio se quiere demostrar que el farmacéutico a través de múltiples actividades que acoge la atención farmacéutica tiene íntima relación con lo que se deduce de la cooperación al desarrollo, en materia de salud, pudiendo inducir a una mejora en el estado de salud dentro de sus comunidades o localidades.

El departamento de Cajamarca, situado al noroeste de Perú, tiene unas características especiales en cuanto a las infraestructuras sanitarias. Al igual que la mayoría de las regiones de este país, la red sanitaria es escasa por lo que hay zonas donde los profesionales sanitarios se pueden contar con los dedos de una mano, para un gran número de población dispersa por la cordillera andina. En estos casos, a través de los hospitales de provincia, dirigidos por el MINSA y algunas ONG's que trabajan en el sector salud, se entrelazan a través de campañas integrales de salud para poder dar cobertura a aquellas poblaciones mas distantes.

En estas campañas integrales, participan diversos profesionales sanitarios: médicos, enfermeros/as, obstetras, bioquímicos- analistas, odontólogos, formando un equipo que se traslada a zonas distantes de los centros de salud, dando cobertura sanitaria a esta población rural.

Son situaciones donde se necesita la colaboración conjunta de distintos profesionales en pos de la mejora de la situación que se vive.

Ante este escenario surge una pregunta: ¿Cómo el farmacéutico pude involucrarse hacia la mejora del estado de salud de esta población con bajos recursos?

A través de este documento se quiere dar respuesta fiable a esta pregunta, ya que es muy valorable lo que el farmacéutico puede aportar.

El objetivo primordial de la Atención Farmacéutica es conseguir la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente e implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente.1

La cooperación consiste en el trabajo en común llevado a cabo por parte de un grupo de personas o entidades mayores hacia un objetivo compartido, generalmente usando métodos también comunes, en lugar de trabajar de forma separada en competición.

Se entiende por desarrollo un proceso que pretende una mejora general de las condiciones de vida de las personas y de las comunidades.

La noción de desarrollo se ha ido enriqueciendo progresivamente hasta quedar configurado como un concepto multifacético y pluridimensional.

La propia Declaración sobre el derecho al desarrollo, aprobada en 1986 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, se hace eco de esta evolución experimentada por el concepto de desarrollo, hacia la integración de las diferentes dimensiones y perspectivas que hemos citado. Así, en el mismo Preámbulo de la Declaración se reconoce que: "el desarrollo es un proceso global económico, social, cultural y político, que tiende al mejoramiento constante del bienestar de toda la población y de todos los individuos sobre la base de su participación activa, libre y significativa en el desarrollo y en la distribución justa de los beneficios que de él se derivan".

Por su parte, el artículo 1.1 de la Declaración, define que "el derecho al desarrollo es un derecho humano inalienable en virtud del cual todo ser humano y todos los pueblos están facultados para participar en un desarrollo económico, social, cultural y político en el que puedan realizarse plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, a contribuir a ese desarrollo y a disfrutar de él".

Uno de los aspectos más destacables del derecho al desarrollo concebido como derecho humano es que establece un vínculo claro y estrecho entre el desarrollo y el respeto del conjunto de los derechos humanos internacionalmente reconocidos.

Es decir, desde la óptica del derecho al desarrollo, no cabe perseguir el desarrollo anteponiéndolo al disfrute de los derechos humanos, sean éstos de carácter civil o político o de carácter económico, social o cultural. La promoción del derecho al desarrollo no se puede desvincular en ningún momento de un respeto efectivo de todos los derechos humanos.2

El desarrollo de nuestras sociedades es el objetivo universal, siendo este un proceso constituido por actividades que llevan a la utilización, el mejoramiento o la conservación de bienes y servicios naturales o económicos, con el objeto de mantener o mejorar la calidad de la vida.

1.1 SALUD Y DESARROLLO

En el año 1986, la OMS afirmó que la Salud es un Derecho Humano Fundamental entendiendo salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social que va más allá de la ausencia de enfermedad.

La salud, en este sentido, implica que haya paz en el entorno de la persona, vivienda digna, educación, adecuada alimentación, ingresos económicos suficientes, ecosistemas saludables y estables, justicia social, etc. La falta de salud es uno de los obstáculos principales para el desarrollo de los pueblos y, a la vez, el subdesarrollo pone inevitablemente en peligro la salud de los ciudadanos.

Cada vez más desigualdades en el acceso a la salud. Las desigualdades para acceder a la asistencia sanitaria representa la forma más extendida de ataque a la integridad humana. La actual relación hegemónica Norte-Sur, sumada las desigualdades históricas en el nivel de vida, condenan a corto plazo a poblaciones enteras a una salud degradada, que obstaculiza todo esfuerzo de desarrollo.

El 20% de la población mundial vive por debajo del umbral de la pobreza extrema, esto significa que más de mil millones de personas están condenados a no dejar jamás de estar enfermos. La falta de salud es uno de los obstáculos principales para el desarrollo de los pueblos y a su vez, el subdesarrollo pone necesariamente en peligro la salud de los ciudadanos.

Se estima que la tercera parte de la población mundial no tiene acceso regular a medicamentos esenciales. Esta situación se agrava cuando se trata de medicamentos que salvan vidas y que no están al alcance de la población. Se estima que cada año mueren alrededor de 14 millones de personas por infecciones tratables con medicamentos; la cuarta parte de las muertes en todo el mundo. Más del 90% de estas muertes suceden en los países en desarrollo.3

Este círculo vicioso de pobreza y enfermedad, puede empezar a romperse mejorando directamente el nivel de salud de las comunidades, entendiendo salud como el objetivo y la razón de ser de la atención de los profesionales sanitarios y, a su vez, como uno de los principales motores del desarrollo. Invertir en su mejora no será la única estrategia que merezca la pena seguir pero es, sin duda, una de las que ofrece las mayores garantías de eficacia a largo plazo.

A este respecto, los medicamentos juegan un destacado papel tanto en la prevención de la enfermedad como en la restauración de la salud aunque ni son la panacea para todos

los males ni suponen la misma aportación para el bienestar en cualquier sociedad y en todos los países.

Siendo indiscutible que los medicamentos son un elemento esencial para afrontar los problemas de salud, también es necesario tener en cuenta que, en muchos países, mejorar las precarias condiciones de vida de la población, sería el primer paso a dar para aumentar el nivel de salud de su población. Solucionar problemas como la desnutrición y la malnutrición, la falta de agua potable, infraestructuras de saneamiento insuficientes y/o deficientes, falta de viviendas dignas, la inexistente o deficiente educación para la salud mejoraría la salud de la población en mucha mayor medida que el suministro de medicamentos.4

1.2 ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES.

Los medicamentos esenciales son un elemento imprescindible para la mejora de las condiciones de salud. Podemos considerar los medicamentos esenciales como un ente indisociable de la salud.

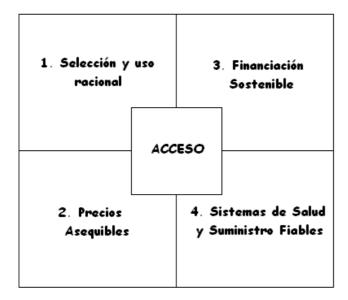
Medicamento esencial (ME) según la OMS son aquellos medicamentos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud en la población. La selección viene dada por: pertinencia para la salud pública, prueba de su eficacia y seguridad, y su eficacia comparativa en relación a su costo. La OMS recomienda que los ME estén disponibles en los sistemas de salud en todo momento, en cantidades suficientes, en la presentación farmacéutica adecuada, con las garantías de calidad e información y a un precio que los pacientes y la comunidad puedan pagar.

Son muchas las iniciativas tomadas por organismos internacionales, ONGD y otras instituciones internacionales, para derrocar a las desigualdades. Así nacen los Objetivos de Desarrollo del Milenio, una iniciativa para combatir la pobreza el hambre y la enfermedad. Se aprobó en el año 2000 de manos de Naciones Unidas y subscrita a 191 países. Cada objetivo tiene unas metas concretas y unos indicadores que permiten valorar hasta que punto se esta avanzando en su consecución.

Uno de los objetivos del milenio establecidos para 2015 es el de "Fomentar una unión mundial para el desarrollo". Dentro del mismo se establecen varias metas, entre ellas la número diecisiete, por la que se pretende que "En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo". 5

Diversos organismos internacionales luchan para conseguir este logro, entre ellas la Organización Mundial de la Salud, y en concordancia con los objetivos, pretende ayudar a salvar vidas y mejorar la salud asegurando la calidad, efectividad, seguridad y uso

racional de los mismos, incluyendo la medicina tradicional.



La visión de la OMS es que cualquier persona en cualquier lugar tenga acceso a los medicamentos esenciales que ellos necesitan; esos medicamentos son seguros, efectivos y de buena calidad, y prescritos y usados racionalmente.

Una de las herramientas que usa la OMS para lograr ese objetivo es la Lista Esencial de Medicamentos.6

1.2.1 Cooperación al desarrollo y el acceso a medicamentos esenciales

Al igual que el trabajo de la OMS, gran parte de las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, fundaciones, etc. que trabajan en el ámbito de la salud, desarrollan su tarea en aras de la consecución de los objetivos previamente explicados.

La misión de la cooperación al desarrollo debe ser realizar todo aquel trabajo que se invierta en mejorar las condiciones de vida de las personas, y como es sabido uno de los grandes pilares para que esto se lleve a cabo es la sanidad.

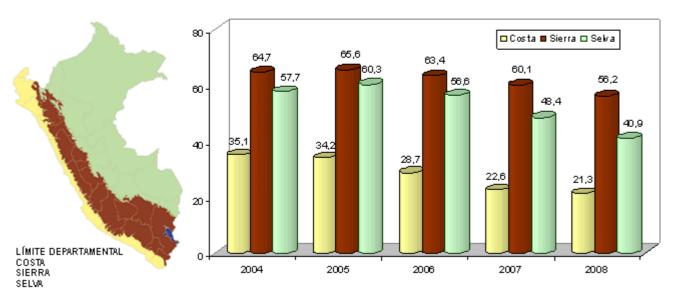
Por otra parte la función de la cooperación debe ir más allá de la consecución del acceso universal a los medicamentos esenciales, también debe incidir en el buen uso de los mismos a través de, la concienciación socio-educativa sobre el papel del medicamento, ya que su uso o su omisión puede dar lugar a diferentes problemas de salud. Aquí todo el conjunto de profesionales sanitarios o individuos relacionados con el mantenimiento y mejora de la salud, tienen la responsabilidad de hacer llegar al resto de la población las indicaciones necesarias, para dar lugar a un buen uso de los medicamentos.

En este campo es necesario que el profesional sanitario, como la figura del farmacéutico acoja un papel importante dentro de su comunidad ejerciendo como agente de desarrollo socio sanitario, a través de la educación e indicación de buenas pautas de prevención y mantenimiento de la salud de la población allegada.

1.3 SITUACIÓN DEL MEDICAMENTO EN PERÚ.

Perú es un país clasificado internacionalmente como un país en vías de desarrollo por los índices que le representan; los datos hablan por si solos:

PERÚ: INCIDENCIA DE LA POBREZA POR REGIONES NATURALES: 2004 - 2008 (Porcentaje)

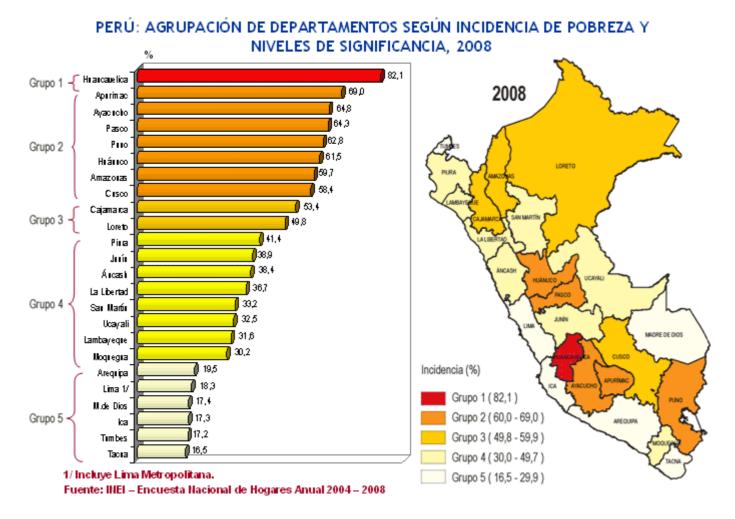


Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares Anual 2004 - 2008

Como se puede observar el país se divide claramente en tres zonas bien diferenciadas geográficamente: costa, sierra, y selva. En consecuencia a su geografía encontramos grandes diferencias respecto a su desarrollo socio-económico, derivado de múltiples factores, entre ellos existencia o no de infraestructura de carreteras, establecimientos sanitarios, distribución de la población, etc.

Así se establece que la zona mas desarrollada del país es la costa, seguido de la selva y por último consideramos la sierra.

La zona sierra es la mas castigada debido a la inexistencia de buenas infraestructuras, por consiguiente su dificultad de conexión con redes mayores y por dificultad de la geografía andina.



En el Perú, varios estudios muestran que gran parte de la población tiene limitado acceso a los medicamentos esenciales, debido a múltiples causas que configuran esta situación. Algunos datos muestran que en el año 2000 el 28% de los peruanos enfermos no adquirieron los medicamentos que necesitabans, este índice se agrava en las poblaciones rurales donde los centros o postas sanitarias son más escasas para una población diversificada en comunidades distantes.

Además, un gran segmento de la población peruana no está protegida formal o efectivamente por ningún seguro, por lo que las familias asignan un alto porcentaje de su presupuesto de salud a medicamentos.9

Existen varios factores que condicionan el acceso a los medicamentos: falta de financiamiento, problemas de suministro, insuficiente capacidad de producción local, inadecuada legislación farmacéutica, influencia de los acuerdos comerciales, débil

conciencia ciudadana en el ejercicio de sus derechos, falta de responsabilidad social del sector privado, des-regulación del mercado y bajo poder adquisitivo de la población.10

Desde el inicio de la década de los 90' se liberalizó el mercado farmacéutico, y los precios se empezaron a definir por la ley de la oferta y la demanda. Posteriormente, con la aplicación del DLN° 25596 (1992) y la Ley General de Salud No26842 (1997), se observó un incremento significativo del número de productos farmacéuticos registrados, aunque sólo un porcentaje relativamente bajo de ellos estaba destinado a atender las necesidades prioritarias de salud del país 11. Se esperaba que a mayor oferta los precios de los medicamentos disminuirían; sin embargo, los datos sobre el volumen de unidades comercializadas frente a los valores totales alcanzados, desde ese entonces, indican que dicha presunción fue errónea. 12

La situación del medicamento en Perú viene secuenciada por una serie de factores que coincidentes en el tiempo dan lugar a este mapa de situación. Entre estos factores podemos destacar:

La llamada "Ley de apertura farmacológica" = ley n 26842- Ley general de salud. Fujimory

"Desde 1992 en el Perú la ley garantiza la importación de medicamentos sin exigir certificación de la calidad antes de ingresar al mercado.

La Ley General de Salud permite registrar un medicamento en 7 días, lo cual no sucede en ningún país del mundo, y con un costo muy bajo lo pone en el mercado para su venta. Recién cuando el fármaco está inscrito se exige muestras del medicamento. El procedimiento debería ser al revés." miércoles, 21 de marzo, 2007 - 12:38:50 Noticias RPP.

La actual legislación farmacéutica peruana requiere una urgente modificación para poner al alcance de la población medicamentos eficaces, con un margen de seguridad aceptable y de calidad, así como garantizar el acceso de la población a medicamentos esenciales para la prevención de las enfermedades y recuperación de su salud.

El Registro Sanitario es un instrumento técnico para proteger la salud de las personas que usan medicamentos. Esto implica que el Estado debe poner en marcha un proceso de evaluación y certificación que le permita avalar la seguridad y eficacia del producto que ingresa al mercado. Esto no ocurre en Perú. Las normas establecidas sobre esta materia han llevado el registro de medicamentos a niveles de permisividad sin precedentes. 13 La actual ley de Salud induce a la existencia de estos factores que disminuyen la calidad del acceso a medicamentos.

Decreto Supremo N° 021-2001-SA. Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos.

Artículo 2°.- Los establecimientos se clasifican en:

a) Farmacias o boticas;

- b) Botiquines;
- c) Droguerías; y
- d) Laboratorios farmacéuticos.

Artículo 3°.- Titulo Primero Disposiciones Generales.

Conforme a lo establecido en la primera disposición complementaria, transitoria y final de la ley general de salud, los establecimientos comprendidos en este reglamento no requieren de autorización sanitaria para su habilitación o funcionamiento.

Capitulo III: de los productos farmacéutico y galénicos y de recursos terapéuticos naturales.

Articulo 50°.- Todos los productos comprendidos en el presente capitulo, requieren de registro sanitario para su fabricación, importación, distribución o expendio. Toda modificación debe, igualmente, constar en dicho registro....

La inscripción en el registro Sanitario de medicamentos es automática, con la sola presentación de los documentos establecidos en la presente disposición, teniendo la autoridad de salud un plazo máximo de 7 días útiles para expedir el documento que acredite el número de registro.

Regulación y calidad de los medicamentos

La eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos son requisitos esenciales que deben ser garantizados para el otorgamiento del Registro Sanitario y durante todo el proceso de comercialización de los productos farmacéuticos.

Para el año 2000, la DIGEMID reportó que del total de medicamentos sometidos a control de calidad, alrededor del 26% presentaron observaciones, tanto para medicamentos de marca como para aquellos que se comercializan con su nombre genérico. Es preocupante también el gran numero de establecimientos que no cumplen con Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y almacenamiento; en ese sentido, se debe hacer cumplir los plazos otorgados para el cumplimiento de la norma de BPM por parte de las empresas.14

- Uso de Medicamentos.

En el Perú, varios estudios dan cuenta de la irracionalidad en el uso de los medicamento.15

La prescripción y dispensación inapropiadas condicionadas por las deficiencias en la formación profesional, así como actitudes y conductas que llevan a incumplir las normas, configuran un escenario que es urgente modificar.

Unido a estos factores, la automedicación no informada invade terrenos donde sólo los profesionales deben indicar el medicamento, cuando corresponde.

Otro de los factores que influye en la calidad de la prescripción, dispensación y uso de los

medicamentos es la promoción comercial que frecuentemente propone usos que no son prudentes, ofrece información parcializada e incompleta y utiliza mecanismos de persuasión, a menudo no éticos, entre los profesionales y público en general.16

1.4 Atención Farmacéutica.

La definición utilizada en el siguiente trabajo es la extraída del tercer consenso de atención farmacéutica, siendo la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento fármaco terapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente.

También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades.

Definición propuesta por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid y aceptada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Es un concepto de práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico.

Es el compendio de actitudes, comportamientos, compromisos, inquietudes, valores éticos, funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y calidad de vida del paciente.17

La atención farmacéutica representa una nueva filosofía de practica profesional del farmacéutico como experto en medicamentos, que hay que adoptar para asegurar que los pacientes reciben todos los beneficios de su farmacoterapia, mejorando los resultados clínicos posibles. Engloba todas las actividades que realiza el farmacéutico orientadas al paciente con el objetivo de conseguir el máximo beneficio posible en términos de salud.

Desde su inicio la Atención Farmacéutica tiene como objetivo final prevenir la morbilidad y la mortalidad ocasionada por los medicamentos mediante una práctica profesional dirigida a asegurar una farmacoterapia apropiada, segura y efectiva para todos los pacientes. 18

Diversos organismos y entre ellos la Organización Mundial de la Salud, establecen la importancia del papel del farmacéutico en los sistemas de salud. En este sentido la OMS afirma que : "Los farmacéuticos tienen un papel fundamental que desempeñar en lo que se refiere a atender las necesidades de los individuos y de la sociedad, con el fin de asegurar una utilización racional y económica de los medicamentos en todos los países, cualquiera que sea su nivel de desarrollo"

Cualquier problema de salud que afecte ampliamente a la población pone en alerta a los sistemas sanitarios en cualquier parte del mundo y de hecho cuando un problema de salud de estas características resulta evitable y es susceptible de ser abordado, el farmacéutico no puede eludir su responsabilidad en el proceso asistencial utilizando sus conocimientos para minimizar en lo posible la aparición de estos problemas y contribuir a resolverlos lo antes posible cuando aparezcan. 19

1.4.1 Objetivos de la Atención Farmacéutica.

El objetivo principal de la Atención Farmacéutica es identificar, prevenir y resolver todas las desviaciones que provocan, que no se alcance el objetivo terapéutico, evaluando los problemas de salud de los pacientes

Trata de conseguir la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento terapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. A su vez, conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades.

Hacer Atención Farmacéutica es asumir responsabilidades sobre el resultado terapéutico del uso de medicamentos por los pacientes.

Como consecuencia de la Atención Farmacéutica el profesional y/o químico farmacéutico pase de ser un simple dispensador de medicamentos, a un pilar más elevado encargándose del cuidado y la atención al paciente.

La situación actual es que existe un problema que produce sufrimiento humano y pérdidas económicas, para el cual existe una solución a través del trabajo profesional del farmacéutico asistencial. Y la necesidad Social es ayudar a los pacientes a obtener el máximo beneficio de sus medicamentos.

1.4.2 Funciones especificas de la Atención Farmacéutica

Las funciones específicas de la Atención Farmacéutica son como bien se describen, son las actividades orientadas al paciente.

Dentro de la atención farmacéutica se distinguen actividades que podrían agruparse en el ámbito de la clínica por estar orientadas a la asistencia al sujeto en el manejo de los medicamentos antes que al medicamentos en sí.

Son actuaciones como:

- la indicación de medicamentos que no requieren prescripción médica,
- educación sanitaria,
- farmacovigilancia,
- seguimiento farmacoterapéutico personalizado,
- uso racional del medicamento,
- y todas aquellas que estén orientadas a la mejora de la salud y prevención de la enfermedad.

Indicación:

Es una de las actividades mas usuales de farmacéutico en el desarrollo de su profesión. Una de las actividades más reconocidas del farmacéutico comunitario es el asesoramiento o consejo en el tratamiento de dolencias de carácter leve.

La indicación farmacéutica se define como, el acto profesional por el que el farmacéutico se responsabiliza de la selección de un medicamento que no necesita receta médica, con el objetivo de aliviar o resolver un problema de salud a instancia del paciente, o su derivación al médico cuando dicho problema necesite de su actuación.

Una característica diferencial de este servicio es que es el paciente quien ha decidido que el farmacéutico ponga remedio a su problema de salud.

Se entiende por automedicación el uso de los medicamentos por los individuos para tratar síntomas o enfermedades auto-identificadas. La automedicación es responsable cuando las personas tratan sus dolencias y afecciones con el uso de medicamentos autorizados, disponibles sin necesidad de prescripción médica.

La OMS establece el papel del farmacéutico en el auto-cuidado y la automedicación como proveedor de medicamentos de calidad, como educador y supervisor, colaborador y como comunicador. Se establece que el farmacéutico debería ser capaz de ayudar al paciente a elegir la automedicación apropiada y responsable, o cuando sea necesario remitir el paciente al médico.20

En Perú, es la actuación más solicitada. La mayoría de los pacientes evitan pasar por la criba médica, por el costo que supone, ya que la gran mayoría de la población no tiene seguro medico que cubra consulta y aun menos la adquisición de los medicamentos.

Farmacovigilancia:

Se define como aquella actividad de salud pública que tiene como objetivo la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos del uso de medicamentos una vez comercializados, dando cuenta así, de los posibles efectos adversos de los medicamentos en una población mas amplia.

Todos los profesionales de salud están obligados a notificar las sospechas de reacciones adversas que detecten.

Existen diferentes definiciones del concepto de reacción adversa a medicamentos, la más aceptada es la de la OMS, "todo efecto nocivo y no deseado de un medicamento que ocurre con una dosis habitualmente usadas para el diagnostico, la terapéutica de una enfermedad o la modificación de una función fisiológica", lo cual implica una relación de causalidad entre la administración del fármaco y la aparición de la reacción.

Para prevenir o reducir los efectos nocivos para el paciente y mejorara así la salud pública es fundamental contar con mecanismos para evaluar y controlar el nivel de seguridad que ofrece el uso clínico de los medicamentos. Lo que en la practica supone poner en marcha un sistema bien organizado de farmacovigilancia, es un elementos clave para que los sistemas de reglamentación farmacéutica, la practica clínica y los programas de salud publica resulten eficaces.21

Es necesaria la farmacovigilancia para controlar la eficacia y seguridad que presenta en condiciones reales una vez puestos en a la venta, los tratamientos nuevos y todavía poco contrastados desde el punto de vista del médico.

Los objetivos principales de la FV son:

- Identificar los efectos indeseados anteriormente no descritos o desconocidos.
- Evaluar la relación de casualidad e identificar los factores de riesgo.
- Cuantificar el riesgo.
- Proponer medidas de salud pública para reducir la incidencia.
- Informar a los prescriptores, otros profesionales sanitarios, las autoridades sanitarias y el público.

Las estrategias de mayor utilización para confirmar y/o cuantificar los efectos adversos son estudios de cohortes, caso -cohorte, caso-control, transversales y clínicos controlados.

Y el método más utilizado internacionalmente para detectar los efectos indeseados es la Notificación espontánea, un método basado en la comunicación, recogida y evaluación de notificaciones de sospechas de reacciones adversas a los medicamentos.

En Perú se instaura en el año 2002, con la consecuente centralización sanitaria del país existe desconocimiento actual entre los profesionales sanitarios y por tanto no funciona dicho sistema de notificación.

Existe una necesidad internacional, de la puesta en marcha del sistema de notificación espontánea (hoja amarilla), porque se esta perdiendo mucha información de gran relevancia en cuanto a reacciones adversas de medicamentos.

Seguimiento Farmacoterapéutico personalizado:

Se define como "la practica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección de problemas relacionados con la medicación (PRM), y la prevención y resolución de resultados asociados a la medicación (RNM), de forma continuada, sistematizada y documentada en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente". Con este servicio se busca alcanzar la máxima efectividad y seguridad de los medicamentos que el paciente va ha utilizar o ya esta utilizando.

El seguimiento farmacoterapéutico es la actividad dentro de la Atención Farmacéutica que se le considera la de mayor nivel de efectividad en la obtención de resultados positivos en salud, cuando se utilizan medicamentos.

La detección de PRM y resolución de RNM, conlleva la monitorización y evaluación continuada de los efectos de los medicamentos que utiliza el paciente y la integración del farmacéutico en un equipo multidisciplinar de salud que atiende al paciente.

Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico fue diseñado por el grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada en 1999, y actualmente esta siendo utilizado en distintos países por cientos de farmacéuticos asistenciales en miles de pacientes.

Se trata de un procedimiento operativo sencillo que permite realizar SFT, a cualquier paciente, en cualquier ámbito asistencial, de forma sistematizada, continuada y documentada. El método Dáder se fundamenta en la obtención de información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente, y así ir elaborando la historia farmcoterapéutica. Como consecuencia de la evaluación y del análisis de los estados de situación se establece un plan de actuación con el paciente, dentro del cual quedarán enmarcadas todas aquellas intervenciones que se consideren oportunas para mejorar o preservar el estado de salud.

Educación sanitaria.

Se trata de unas de las actividades de la Atención Farmacéutica considera mas abstracta y necesaria para modelar la actitud de la población haciéndose mas responsable de su salud y de la salud de sus comunidades.

La Organización Mundial de la Salud ha definido el término Educación para la Salud como: "las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad".22

La educación para la salud aborda la transmisión de información, al igual que el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

La educación sanitaria debe ser considerada un proceso de aprendizaje que modifica los conocimientos sobre cómo conseguir y mantener una buena salud, con el fin de obtener un cambio positivo en las actitudes y en el comportamiento de los individuos, grupos y colectivos. En este sentido, el objetivo final de la educación sanitaria es la modificación de los comportamientos en el sentido favorable a la salud, de manera que los conocimientos y las actitudes son los vehículos para conseguir el cambio de comportamiento.

Es necesario educar al paciente como individuo y como miembro de su comunidad en el auto cuidado de su propia persona y en su corresponsabilidad sobre la asistencia a su propia enfermedad, en caso que caiga enfermo, de manera que llegue a ser la figura clave en la correcta utilización de los recursos sanitarios que tiene a su alcance. Es un hecho reconocido que la información y la educación sanitarias mejoran la calidad de vida, reducen los factores de riesgo, personal y comunitarios y reducen el coste global de la asistencia sanitaria.

Para que la implementación en nuestra sociedad de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tenga el éxito deseado, la acción educativa debe ser suficientemente amplia y extensa que abarque el máximo de población, lo cual requiere la participación de todos los profesionales de la salud, de manera que la cooperación y la aceptación de esta responsabilidad por parte de los farmacéuticos es esencial para la efectividad y la eficiencia de las actividades preventivas.

El farmacéutico comunitario está considerado como un agente de educación sanitaria, ya que como profesional de la salud, forma parte del colectivo social que dispone de una gran capacidad para ejercer una importante contribución positiva o negativa en los conocimientos, actitudes y conductas de salud de la población. Igual que el resto de profesionales, el farmacéutico tiene una doble función: como modelo o ejemplo (rol educativo pasivo) y como educador sanitario (rol educativo activo) y, por tanto, tiene una incidencia muy importante sobre el comportamiento de salud de la población.

La Educación Sanitaria sobre el Uso de los Medicamentos, plantea como objetivos el crear una actitud crítica hacia los medicamentos como solución universal a los problemas de salud, y hacia la publicidad de medicamentos "milagrosos", los pacientes deben recibir información actualizada e individualizada sobre su medicación, definir grupos de acción prioritaria para educación sanitaria sobre medicamentos e identificar sus necesidades específicas.23

1.4.3 Ventajas de la Atención Farmacéutica.

Las ventajas de la Atención Farmacéutica son múltiples:

Para el paciente:

Mayor calidad de vida Mayor satisfacción

Para el prescriptor:

Mejor información para prescribir

Pacientes mejor educados

Para el farmacéutico:

Reprofesionalización Mejor imagen Más fidelidad del paciente Fuente de ingresos Posición más competitiva

Para la sociedad:

Reducción de costos Mejor uso de los profesionales Integración del farmacéutico Control sobre el uso de medicamentos Acceso a datos de resultados terapéuticos

1.5 ÁREA DE DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES: CAJAMARCA.

1.5.1 SITUACIÓN GEOGRÁFICA.

El departamento de Cajamarca se encuentra ubicado en la sierra norte del Perú, y está dividido en 13 provincias y 127 distritos, con una extensión superficial de 33,317.54 km2 y con una densidad poblacional de 40,32 hab/km2 que representa el 2.8% de la superficie total del Perú. Cajamarca está ubicada entre la sierra y selva y alberga una gran variedad de pisos ecológicos, diversas zonas de vida y una multiplicidad de tipos de climas. Cajamarca tiene sus límites del siguiente modo:

NORTE: Con la frontera del Ecuador

SUR : Con el departamento de la Libertad ESTE : Con el departamento de Amazonas

OESTE : Con el departamento de Piura y Lambayeque





Provincias: (13) Cajabamba, Cajamarca, Celendín, Contumazá, Cutervo, Chota, Hualgayoc, Jaén, San Ignacio, San Miguel, San Marcos, San Pablo y Santa Cruz.

La capital del departamento es la provincia de Cajamarca, está ubicada al oeste del valle, margen derecho del río Mashcón, a una altitud de 2,720 m.s.n.m. El área urbana de la ciudad cuenta con una extensión aproximada de 8 kilómetros cuadrados.

La superficie del departamento es de 33,317.54 kilómetros cuadrados y representa el 2.6% del territorio peruano. Desagregado por provincias le corresponde a Cajamarca 2979.78 kilómetros cuadrados, Cajabamba 1807.64 kilómetros cuadrados, Celendín 2641.59 kilómetros cuadrados, Contumazá 2070.33 kilómetros cuadrados, Cutervo 3028.46 kilómetros cuadrados, Chota 3795 kilómetros cuadrados, Hualgayoc 777.15 kilómetros cuadrados, Jaén 5232.57 kilómetros cuadrados, Santa Cruz 1417.93 kilómetros cuadrados, San Miguel 2542.08 kilómetros cuadrados, San Ignacio 4990. 30 kilómetros cuadrados, San Pablo 672.29 kilómetros cuadrados y San Marcos 1362.32 kilómetros cuadrados.

1.5.2 RESEÑA HISTÓRICA.

Cajamarca es uno de los departamentos más significativos en la historia del Perú. Su origen se remonta a la época pre-ínca. Este valle fue el centro de la cultura Caxamarca, la cual logra su desarrollo máximo entre los años 500 y 1000 d.C. La incorporación de estos territorios al imperio del Tahuantinsuyo se llevó a cabo durante el gobierno del Inca Pachacútec, hacia el año 1465, para convertirse en centro administrativo, militar y religioso de singular importancia.

Durante esta época se construyeron templos y palacios, de los cuales quedan algunos vestigios, principalmente el llamado Cuarto del Rescate.

Cajamarca, que por su clima privilegiado y aguas termales fuera lugar favorito de reposo del inca, se convierte el 16 de noviembre de 1532 en el escenario de uno de los episodios más trascendentales de la historia americana, la muerte de Atagualpa el último Inca a manos de Pizarro.

1.5.3 POBLACIÓN

La población de la Región Cajamarca, según el censo del 2005, fue de 1'359,023 habitantes, constituyéndose en la tercera región con mayor población, después de Lima y Piura, y alberga al 5.2% de la población nacional.

Cajamarca, es la provincia más importante en cuanto a volumen de población, pues representa el 20.40% de la población total, Jaén el 13.2%, Chota el 12.2%, Cutervo el 10.5%, San Ignacio el 9.4%, representando en conjunto al 65.7% de la población total. Además, estas provincias se caracterizan por tener más de 100 mil habitantes, constituyéndose en las más pobladas del departamento.

Según el Censo Nacional de 1993, la población urbana de la Región Cajamarca representó el 24.7% y se estimó que llegaría a ser el 21.0% en el año 2005. En cambio, la población rural de la región registrada en el censo de 1993 representó el 75.3%, cifra menor a la del censo del 2005, que fue de 79.0%. A pesar de la pérdida de importancia relativa de la población rural, los pobladores de la región Cajamarca siguen migrando a las zonas urbanas marginales de las principales ciudades.

1.5.4 PERSPECTIVAS DE LA POBREZA

Según el documento Cálculo de la Pobreza ENAHO 2001 – 2004, publicado por el INEI, teniendo en cuenta el Método de la Línea de la Pobreza, se ubicó a Cajamarca en el cuarto lugar en cuanto a la pobreza total se refiere, con un 74.2%, cifra superior al promedio nacional que se calculó en 51.6%. Esto significa que casi la tercera parte de la población cajamarquina tenía un gasto insuficiente como para adquirir la canasta básica de consumo. Sin embargo, el promedio departamental oculta situaciones fuertemente contrastadas a nivel de distritos.

Para la elaboración del mapa de pobreza provincial, las 193 provincias del país se clasificaron en cinco estratos, definidos en función del Índice de Pobreza. De las provincias del departamento de Cajamarca que están consideradas en extrema pobreza, solo Cutervo se encuentra en ese estrato. Las provincias consideradas muy pobres son San Ignacio, Cajabamba, San Marcos, San Miguel, Celendín, Santa Cruz, San Pablo y Chota; en el estrato de provincias pobres se encuentran Hualgayoc, Jaén, Contumazá y Cajamarca. Es preciso notar que no hay ninguna provincia del departamento de Cajamarca con un nivel de vida regular y mucho menos aceptable.

Con relación al ordenamiento de todos los distritos del país, el Mapa de Pobreza pone de manifiesto la extrema desigualdad entre las localidades más pobres y menos pobres. En el departamento de Cajamarca, el 20% de los distritos se encontraron en extrema pobreza, el 56% en la condición de muy pobres, el 22% pobres y solamente el 2% de los distritos se encontraron en un nivel de vida regular. Es necesario mencionar que ningún distrito tiene un nivel de vida aceptable.

El índice de pobreza absoluto presenta al distrito de Choropampa (Chota) como el distrito más pobre del país, con un nivel de pobreza de 80.4%.

Según el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI 2001), el 41.9% de la población del país pertenecían a hogares que presentaban al menos una Necesidad Básica Insatisfecha). De este total el 28.1% tiene una necesidad insatisfecha y el 13.8% de dos a cinco necesidades. En el departamento de Cajamarca, el 61.3% de la población tiene al menos una NBI, el 34.4% tiene una necesidad básica insatisfecha y el 26.9% presenta de 2 a 5 carencias.

El valor del IDH indica cuanto ha avanzado un país a fin de llegar a ciertas metas: duración media de vida de 85 años, acceso a la educación para todos y nivel de vida digno. El rango fluctúa entre cero (0) y uno (1). Cuanto más cercano esté un país de un IDH igual a 1, tanto mayor será su nivel de desarrollo humano. El IDH calculado permite ubicar a cada departamento o provincia en cinco categorías: desarrollo humano alto (0.653-0.755), mediano alto (0.578-0.650), medio (0.540-0.575), medio bajo (0.481-0.535) y desarrollo humano bajo (0.377-0.479).

De acuerdo al Informe sobre Desarrollo Humano 2003 del PNUD, Cajamarca se clasificó como un departamento de desarrollo humano medio bajo, con un IDH de 0.4910.

En el Perú dependiendo en qué provincia se nace y reside, se puede esperar vivir 20 años más o 20 menos. Por esto, el IDH, aplicado por primera vez a escala provincial, nos desvela una realidad y un rostro social que, no solamente indica donde están localizados los pobres — interrogante importante en las coyunturas de crisis o para desarrollar programas asistenciales, sino que el IDH, invita a una nueva lectura de la realidad nacional. Es aquí donde el instrumento (el IDH), ayuda a entender la eficacia de las políticas de crecimiento y distribución.

1.5.5 **SALUD**

Cajamarca es una región peruana de contrastres y contradicciones. Es una de las regiones más ricas del país en recursos minerales, especialmente oro, aunque también con otros metales como cobre, hierro o manganeso, pero también es una de las más pobres del Perú. Su índice de desarrollo humano es 0,491 y es la 3 región en pobreza del Perú y con menor IDH (2005, PNUD). Este contraste marca sin lugar a dudas la situación de la población, gran parte de la cual se encuentra en extrema pobreza, especialmente la campesina.

El mayor de los recursos minerales con los que cuenta Cajamarca es el oro con diferencia.

La descentralización de la sanidad ha creado organismos más independientes de salud como las Direcciones Regionales y Subregionales de Salud y las Redes de Salud, que no cuentan con los recursos que necesitan para hacer frente a las necesidades sanitarias de la población de Cajamarca. Así mismo, el Gobierno Estatal para hacer frente a la situación de extrema pobreza de parte de la población de Cajamarca y resto de regiones, creó el SIS (Servicio Integral de Salud), que es un programa social que trata de garantizar la atención gratuita de salud a los peruanos que se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza.

Las estadísticas muestran que las principales causas de mortalidad infantil registradas son problemas originados por las causas Perinatales, las IRAS (Infecciones Respiratorias Agudas), la diarrea y la desnutrición.

La tendencia de la mortalidad y su comportamiento sociodemográfico entre los niños

menores de 5 años ha sido similar al de la mortalidad infantil; en la actualidad se estima que 76 de cada mil niños fallecen antes de cumplir los 5 años.

Se han registrado grandes avances en los principales indicadores del perfil epidemiológico, tales como la morbimortalidad. Se ha reducido las tasas de mortalidad infantil y aumentada la tasa de esperanza de vida al nacer. Sin embargo, aún existe una reducida cobertura de servicios de salud, carencia de personal especializado, deficiencias en los sistemas administrativos, equipamiento limitado, débil asignación de recursos humanos y financieros y carencia de una política de desarrollo de recursos humanos en salud. Asimismo, la falta de saneamiento ambiental y de servicios básicos, como agua y desagüe es notoria especialmente en zonas rurales.

1.5.6 SERVICIOS SANITARIOS

La oferta de los servicios de salud en el departamento de Cajamarca, esta compuesta principalmente del sector público y un amplio sector privado, los cuales desarrollan actividades simultáneas de curso independiente con poca coordinación funcional entre ellos.

En el sector público se encuentra el Ministerio de Salud (MINSA), como ente rector, el cual presta servicios a la población más pobre y se caracteriza por tener una cobertura en todo el departamento; la Entidad Social de Salud-ESSALUD (antes Instituto Peruano de Seguridad Social - IPSS), la presta de atención de salud a los trabajadores del sector formal y se concentra en las capitales de provincias; y, los servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía, que únicamente atienden al personal de esas instituciones y a sus familiares directos, estos sub sectores con su atención segmentada de servicio, impiden la articulación eficaz de las intervenciones de salud, produciéndose muchas veces duplicidad de acciones y ineficiencia asistencial.

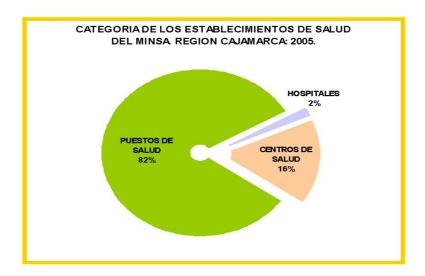
Con respecto al sector privado, el cual es muy heterogéneo y esta conformado por consultorios privados, Entidades Prestadoras de Salud-EPS, hasta clínicas particulares, cuyo financiamiento depende del pago directo de pacientes y familiares. Este sub sector se concentra en las capitales de provincia, con muy poca presencia en las ciudades de poca densidad poblacional y mucho menos en las zonas rurales.

El nivel de complejidad es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzado merced a la especialización y tecnificación de sus recursos, el cual guarda una relación directa con las categorías de establecimientos de salud.

La categoría esta referida a los tipos de establecimientos de salud que comparten funciones, características y niveles de complejidad comunes, las cuales responden a realidades socio-sanitarias similares y están diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.

Según la ENAHO IV 2001, el 54.2% de la demanda de atención por salud es cubierta por

establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), de los cuales el 42.0% se realiza mediante los centros y puestos de salud y el 12.2% por los hospitales. Los establecimientos de salud del MINSA cubren en mayor proporción la demanda de atención de la población pobre del país. En los departamentos de pobreza generalizada, donde se ubica Cajamarca, el 59.1% de las consultas de este estrato social se llevó a cabo en centros y puestos de salud y el 13.4% en los hospitales.



Fuente: Oficina de Estadística. DISAS Cajamarca, Chota, Cutervo y Jaén.

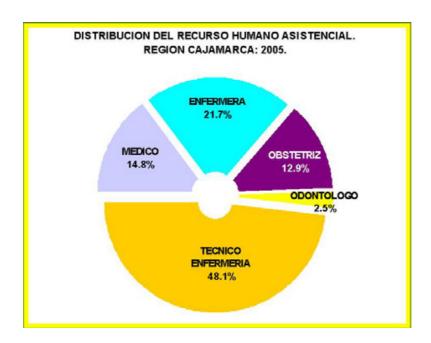
"La organización de la oferta de servicios de salud es un proceso que se configura a partir del análisis de las de las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad para facilitar la gestión, la prestación y la calidad de los servicios de salud".

1.5.7 RECURSOS HUMANOS

La política de recursos humanos aplicada durante la década pasada en el sector salud, no ha tenido una propuesta clara desde el principio, oscilando entre una propuesta liberal de licenciamiento masivo y contratación flexible de personal, y la otra de reconversión de los recursos humanos existentes mediante la capacitación y selección en el propio trabajador, a nivel nacional la primera no se produjo en la cantidad esperada, y se optó por priorizar la segunda, dirigida más ésta a funcionarios y directores y en menor medida con programas de capacitación dirigidas al personal profesional y técnico.

Con relación a la demanda de recursos humanos, la reforma del estado impone a los servicios de salud públicos, condiciones restrictivas para poder incorporar nuevos profesionales y técnicos al sector salud.

En la Región Cajamarca durante el año 2005, los recursos humanos asistenciales (médicos, profesionales de enfermería, profesionales de obstetricia, odontólogos y técnicos en enfermería) que laboraban para el MINSA fueron 2,210 trabajadores; siendo el 48.1% técnicos en enfermería, los que se encuentran en todos los establecimientos de salud de la región y constituyen en recurso humano más numeroso y a la vez el menos remunerado; los profesionales en enfermería representaron el 21.7%; el personal médico el 14.8%; los profesionales en obstetricia el 12.9%; y los odontólogos solamente representaron el 2.5%, quienes atienden principalmente en los hospitales de la región.



Fuente: Oficina de Estadística. DISAS Cajamarca, Chota, Cutervo y Jaén.

Los indicadores de recursos humanos asistenciales en la Región Cajamarca, están muy por debajo de lo que recomienda la OPS; por ejemplo, en la región hubo 2.1 médicos por cada diez mil habitantes, cifra aproximadamente cinco veces menor al estándar internacional, que es de diez médicos por diez mil habitantes. Esta disparidad también se muestra en los otros recursos humanos.

En cuanto a los químicos farmacéuticos y técnicos de farmacia, su indicadores son aun menores trabajadores de la DISAS.

Tabla: Distribución de químicos farmacéuticos y técnicos de farmacia.

DISAS	QUIM. FARM.	TÉCNICOS	TOTAL	HABITANTES	E.S.
CAJAMARCA I	9	197	206	584571	201
CHOTA- CAJAMARCA II	6	183	189	575846	198
CUTERVO- CAJAMARCA III	2	133	135	389714	134

El sistema sanitario esta apoyado por otros organismos de índole no gubernamental, para poder alcanzar una mayor cobertura sanitaria, tal es el caso de las redes de Agentes comunales de salud, reconocidos estatalmente como individuos comprometidos con la mejora y mantenimiento de la salud de sus comunidades. A ambas estructuras socio sanitarias se les suma la intervención de organizaciones no gubernamentales para el desarrollo (ONGD) que trabajan dentro de marco de desarrollo integral.

1.5.8 PERÚ EN ACCIÓN

Perú en Acción, es una organización no gubernamental que trabaja como área de desarrollo de la Fundación Ayuda en Acción.

La Fundación Ayuda en Acción inicia sus actividades en el distrito de Chota a partir de enero del 2001 hasta diciembre del 2004; el equipo de Ayuda en Acción Chota se constituyó en una asociación (ONG) sin fines de lucro, denominada Perú en Acción, debido a la exigencia legal de que una Fundación no puede manejar fondos propios. Se convierte así en el socio estratégico de la Fundación Ayuda en Acción para el desarrollo de Chota, Conchán y Santa Cruz.

Perú en Acción trabaja en Chota en 25 caseríos, en las cuencas del Chotano, Conchano y Doña Ana, con una población de 30,000 habitantes, distribuidos aproximadamente en 6,000 familias.

En Santa Cruz la sede lleva abierta desde enero del 2007 y todavía se encuentra en una primera fase, al igual que la delegación del distrito de Conchán en Chota.

Principios

Compromiso con la misión de la organización y entusiasmo en el trabajo y compromiso con la misión de la organización y actuación con iniciativa y creatividad impulsando el trabajo en equipo.

Se propone trabajar con otras organizaciones a través de redes y alianzas, comprometidas por la erradicación de la pobreza y la construcción de un mundo justo.

El área de salud de la organización desarrolla una política de promoción de la salud, de carácter intersectorial participativa, destinada a lograr estilos de vida y ambientes más saludables, mediante el compromiso activo de la sociedad en la construcción de la salud y calidad de vida. Para ello cuenta con un compromiso de trabajo con las Direcciones de Salud (DISAS) y Redes de salud (organismos dependientes de la Dirección de salud provincial correspondiente).

La Fundación Ayuda en Acción cedió unos Policlínicos Móviles a las DISAS para atender a las poblaciones de las zonas alejadas de centros de salud.

Periódicamente se desarrollan campañas integrales sanitarias rurales con el equipo de profesionales sanitarios de los hospitales de provincia. El equipo de profesionales sanitarios esta configurado por médicos, obstetras, odontólogos y enfermeros.

1.5.9 JUSTIFICACIÓN

En la región de Cajamarca se observa un mal uso de los medicamentos por parte de la población, por una serie de factores determinantes entre ellos, escaso personal sanitario especializado, población con bajo nivel de conocimiento sobre medicamentos, escaso suministro público y gran oferta de dudosa calidad en el suministro privado.

Estudios demuestran que en Cajamarca existe una prevalencia del 82,1% de automedicación general²⁴ debido a la baja cobertura sanitaria y baja renta, sobre todo de las zonas rurales, la población adquiere medicamentos sin receta médica debido a varios factores, de índole cultural, económica y social.

Son muchos los beneficios que se pueden obtener, aplicando la metodología de trabajo que plantea la Atención Farmacéutica a proyectos de cooperación y desarrollo internacional del área de salud, que se desarrollan en países cuyos sistemas sanitarios son deficientes en recursos humanos, material sanitario y lo mas doloroso en acceso a medicamentos esenciales.

Teniendo en cuenta que la población beneficiaria son personas con escasos recursos, es necesario gestionarlos lo mejor posible y en beneficio de los profesionales sanitarios con una mayor involucración por nuestra parte a redes donde demos movilidad a nuestros conocimientos, con gran satisfacción de los resultados.

Este trabajo piloto se basará en la configuración, desde el área de salud de una ONG, de varios cursos de formación- información, dentro del marco de la Atención Farmacéutica, destinándolo a distintos grupos de población, involucrados en el cuidado y atención sanitaria, destacando las zonas rurales, donde los profesionales sanitarios son escasos.

2. HIPÓTESIS

SÍ formamos a los farmacéuticos de la región de Cajamarca en AF y se involucran en redes sociales tales como ONG o las redes del ministerio MINSA, a través de las cuales desarrollan campañas sanitarias de actuación rural donde no existen profesionales sanitarios, mejoraríamos o actualizaríamos los conocimientos sobre salud de éstos, pudiendo intervenir como un agentes de desarrollo social y sanitario aprovechando un recurso humano en conocimiento sanitario y especialista en medicamentos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

 Difundir los fundamentos y brindar la capacitación a los profesionales de Salud y otros agentes de salud en las actividades relacionadas con la implementación y desarrollo de la Atención Farmacéutica en Cajamarca (Perú).

3.2 Objetivos específicos:

- Difusión de la Farmacovigilancia entre los profesionales de salud de las postas sanitarias rurales.
- Proponer modelos de intervención, técnicas y estrategias para la puesta en marcha de servicios y programas de Atención Farmacéutica.
- Estimular la conciencia social entre los farmacéuticos para que intervengan como agentes de desarrollo socio sanitario.

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Diseño del estudio: cuasi-experimental antes -después.

Periodo de estudio: del 10 de Junio de 2007 hasta el 15 de Diciembre de 2007.

Población de estudio:

Personal que se dedique a la promoción de la salud del departamento de Cajamarca:

- Agentes comunales de salud(ACS)*
- Técnicos de farmacia
- Enfermeros
- Obstetras
- Médicos
- Farmacéuticos
- Estudiantes de farmacia

*Agentes Comunitarios de Salud (ACS).

Son aquellas personas voluntarias elegidas por sus comunidades y que se han preparado para realizar labores de promoción de la salud y prevención de enfermedades, desempeñándose en coordinación efectiva con las autoridades y lideres de su organización comunal y el personal de los establecimientos de salud de su jurisdicción. También se incluyen a los Promotores de Salud, Vigías de Salud, Partera tradicional, Delegado de Salud, que son reconocidos y capacitados por el personal de salud.

Se trata de una estrategia de trabajo del MINSA, para poder dar cobertura a un mayor número de población en las zonas rurales donde la infraestructura sanitaria es escasa o casi nula.

Criterios de inclusión:

Personal que desarrolle alguna actividad en promoción de la Salud y acudan a las sesiones de formación.

Criterios de exclusión:

Personal que desarrolle alguna actividad en promoción de la salud, que no quiera participar en los cursos ofertados.

4. 2. DEFINICIONES OPERACIONALES:

VARIABLE DEPENDIENTE.

- Formación, variable cuantitativa continua definida como: Número cursos desarrollados en el departamento de Cajamarca.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

- Género, variable dicotómica definida como:
 - 1) Hombre
 - 2) Mujer
- Localización, variable policotómica definida como:
 - 1) Chota
 - 2) Santa Cruz
 - 3) Bambamarca
 - 4) Cajamarca
- Grupos número de participantes, variable policotómica definida como:
 - 1) Grupo médicos
 - 2) Grupo enfermeros
 - 3) Grupo de obstetras
 - 4) Grupo técnicos de farmacia
 - 5) Grupo farmacéuticos
 - 6) Grupo agentes comunales de salud.
 - 7) Grupo estudiantes de farmacia.
- Grupo nivel cultural, variable policotómica definida como:
 - 1) Sin estudios
 - 2) Estudios primarios-secundarios
 - 3) Estudios universitarios.
- Tipo de actividad, variable policotómica definida como:
 - 1) Curso de farmacovigilancia
 - 2) Curso de atención farmacéutica básica
 - 3) Curso en uso racional de medicamentos
 - 4) Curso de fitoterapia.

4. 3. PROCEDIMIENTO.

- Dentro del área de salud de la ONGD Perú en Acción se explica que es AF y se plantea como se podría integrar dentro de las actividades de formación-información, que desarrollan.
- Se propone un plan de formación en AF y usándola como herramienta de cooperación dando difusión de información relevante para la salud, con una metodología adaptativa para las actividades dirigidas a distintos grupos de población en pos de una mayor cobertura y difusión de conceptos que abarca la Atención Farmacéutica.
- Como ONG de desarrollo integral con un área de salud especifica, que ya venia trabajando con profesionales de salud pertenecientes al MINSA, aprobó sin desacuerdo incluir al sector farmacéutico en sus redes estratégicas, para dar mayor cobertura sanitaria a la población beneficiaria en sus proyectos.

- Desde la aceptación de la propuesta, el grupo del área de salud de la organización comenzamos a elaborar una serie de talleres específicos, para distintos grupos de población interesada en acoger la información ofertada.

Grupos de población diana:

- Agentes Comunitarios de Salud (ACS).
- -Profesionales sanitarios: médicos, obstetras, enfermeros, técnicos de salud y farmacéuticos.
- Se comenzó con seminarios de uso racional de medicamentos dirigidos a los grupos de agentes comunales de salud, dándoles a conocer la importancia de dicho recurso como herramienta de mejora de salud. Estos talleres se organizaban en la sedes de la organización. La convocatoria de los agentes de salud comunales se hacia a través de las redes de trabajo de la ONG.
- Dando inicio a estos seminarios, desde el área de salud de la ONG, nos pusimos en contacto con la Dra. Adela Figueroa, directora de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) de la Dirección de Salud (DISA) Chota, perteneciente al Ministerio de Sanidad (MINSA), para darle a conocer nuestro trabajo.
- Desde este primer contacto se comenzaron a dar una serie de propuestas en torno al desarrollo de seminarios con contenidos de farmacovigilancia, uso racional de medicamentos e introducción a la atención farmacéutica.
- De este modo, comenzamos a configurar un plan de trabajo conjunto entre la ONG y el MINSA, en materia de Atención Farmacéutica, dirigido a los profesionales de salud de las provincias de Chota, Santa Cruz y Bambamarca.
- Tras la gran acogida de estas actividades por parte de la población atendida, se decidió esbozar un curso de mayor magnitud, dirigiéndolo a todos los farmacéuticos del departamento de Cajamarca. Seria el primer curso de Atención Farmacéutica que se daba en la región.
- Para la realización del curso, Perú en Acción contó con la alianza estratégica de las siguientes entidades:
- -Dirección Sub Regional de Salud Chota.
- -DIREMIG Cajamarca.
- -Colegio Químico Farmacéutico de Cajamarca.
- -Red Sudamericana de Atención Farmacéutica.
- -Universidad Privada de Antonio Guillermo Urrelo.
- -La Red Sudamericana de Atención

La Red Sudamericana de Atención Farmacéutica (REDSAF) es una iniciativa académica establecida en el 2006, ofreciendo una plataforma de comunicación para los investigadores, estudiantes y profesionales de la salud del ámbito sudamericano y promoviendo, de este modo, el desarrollo y ejecución de proyectos que son llevados a cabo de modo coordinado y simultáneo en los países de América del Sur.

-DISAS de Cutervo, Chota y Cajamarca

Las DISAS son los organismos dependientes del Ministerio de Salud (MINSA) que se encargan de la dirección de salud en las distintas regiones y provincias, como medida de descentralización de los servicios de salud en Perú.

- Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIREMIG) Cajamarca de la

Dirección Regional de Salud : Organismo directivo del MINSA, encargado de la gestión administrativa de todo el departamento de Cajamarca, en cuanto al medicamento se refiere.

- Colegio de Químicos Farmacéuticos de Cajamarca.

Órgano directivo asambleísta de los químicos farmacéuticos colegiados.

- Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, UPAGU

Unica Universidad en el Departamento que abarca la carrera de Farmacia.

- Localización del curso.

El curso realizo en el salón de grados de la facultad de farmacia y bioquímica UPAGU.

La opción de realizar el curso de Atención Farmacéutica en Cajamarca capital de departamento ofreció las siguientes ventajas:

- Cajamarca es la capital de departamento y esta mejor comunicada, para una mayor asistencia.
- Existe Universidad Privada José Guillermo Urrelo donde se imparte carrera de Farmacia, por lo que se pudo ofertar a alumnos y profesionales.
- Convocatoria del curso:

La difusión publicitaria del curso se hizo a nivel de todo el departamento, a través de carteles, dípticos y anuncios de radio, durante mes y medio previo a su realización.

Con la DISA Chota y DIRESA Cajamarca se coordino la asistencia de los profesionales de la Red de Cutervo, Jaén, Chota y Cajamarca.

Previamente se publicitó el curso en un Encuentro Binacional de Químicos Farmacéuticos que se realizó en Piura a finales de septiembre, para atraer una mayor cantidad de asistentes.

Finalmente se realizaron 4 tipos de cursos de formación, según el perfil del alumno como profesional sanitario. Las características de cada curso fueron:

1) Farmacovigilancia:

- * Dirigido a los profesionales sanitarios del MINSA.
- * Con una duración de 2 h.
- * Comprende los siguientes contenidos.
 - Concepto de Farmacoepidemiologia.
 - Concepto de Farmacovigilancia.
 - Relevancia en la ciencia de la Farmacovigilancia.
 - Antecedentes de la Farcovigilancia.
 - Estructura del sistema peruano de Farmacovigilancia.
 - Definición de Reacción Adversa a Medicamentos (RAM).
 - Clasificación de las RAM, según su magnitud.
 - Métodos de Farmacovigilancia.
 - Tarjeta Amarilla.

2) Atención Farmacéutica Básica.

Este apartado lo dividiremos, en dos:

- a) Conceptos básicos de Atención Farmacéutica.
- * Dirigido a todos los profesionales sanitarios de los hospitales de las provincias de
- * Santa Cruz, Bambamarca y Chota.
- * Con una duración de 2h.
- * Comprende los siguientes contenidos:
 - Definición de Atención Farmacéutica.
 - Problemas relacionados con los medicamentos (PRM y RNM).
 - Seguimiento Farmacoterapeutico.
 - Ventajas de la Atención Farmacéutica.
 - Necesidades de formación en Atención Farmacéutica
- b) Curso básico de Atención Farmacéutica.
- * Dirigido a todos los farmacéuticos, técnicos de farmacia y estudiantes de farmacia del departamento de Cajamarca.
- * Con una duración de 13 h.
- * Comprende los siguientes contenidos:

- Inauguración del curso a cargo del Director de la ONG Perú en Acción, el Ingeniero Marco Leoncio Angulo Casanova, presentación de los ponentes.
- Perfil farmacoepidemiologico del poblador de Cajamarca, dirigido por el Director Regional de medicamentos, insumos y drogas DIRESA Cajamarca, el Dr. Jaime Pacheco Neyra.
- Conceptos básicos en Atención Farmacéutica.
- Calidad de vida relacionada a la salud
- Metodología para el Seguimiento Farmacoterapéutico de pacientes
- Método Dáder de Seguimiento farmacoterapéutico.
- Estrategias de comunicación en el Seguimiento Farmacoterapéutico.
- Fuentes de información en Atención Farmacéutica.
- Resultados Clínicos negativos de la Farmacoterapia.
- Adherencia al tratamiento farmacológico Concepto.

Factores que influyen en la adherencia Métodos de valoración de la adherencia

Estrategias para mejorar la adherencia.

3) Uso racional de medicamentos.

- *Dirigido a los ACS de las provincias de Chota, Bambamarca y Santa Cruz.
- *Con una duración de 2 h.
- *Comprende los siguientes contenidos:
 - Definición de la OMS
- Importancia del uso de medicamentos cuali y cuantitativamente
- Necesidad de información
- Consejo terapéutico
- Necesidad de educación en el uso de medicamentos.

4) Fitoterapia.

- *Dirigido a los ACS de las provincias de Chota, Santa Cruz y Bambamarca.
- *Con una duración de 4 h.
- *Comprende los siguientes contenidos:
- Introducción a la fitoterapia.
- Indicaciones y usos terapéuticos de las plantas medicinales mas comunes
- Teoría de preparados galénicos de plantas medicinales: jarabe, cremas, tinturas, oleomacerados y jabón.
- Dosificación, posología y duración de tratamientos con los preparados.
- Principales interacciones entre medicamentos y las plantas.
- Almacenamiento y conservación adecuados.
- Entrega de material didáctico.
- Turno de preguntas y debate.

- Practica de preparados.

4.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó un análisis de frecuencias (%) y descriptivo, de todas las variables incluidas, utilizando el programa excel 2007.

5. RESULTADOS.

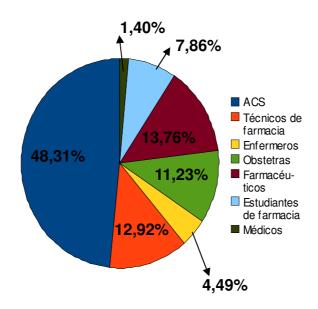
Se realizaron 15 cursos en materia de Atención Farmacéutica, atendiendo a un total de 356 asistentes.

Estadística descriptiva:

5.1 Resultado global y descripción de la población.

Tabla 1: Porcentajes de población receptora de los cursos-seminarios según su formación-profesión.

	N	(%)
ACS	172	48,31 %
Técnicos de farmacia	46	12,92 %
Enfermeros	16	4,49 %
Obstetras	40	11,23 %
Farmacéuticos	49	13,76 %
Estudiantes de farmacia	28	7,86 %
Médicos	5	1,40 %
Total	356	100 %



Gráfica 1: Distribución por grupos de formación de los alumnos atendidos en el departamento de Cajamarca.

Tabla.2 Antes- Después de un programa de AF en el departamento de

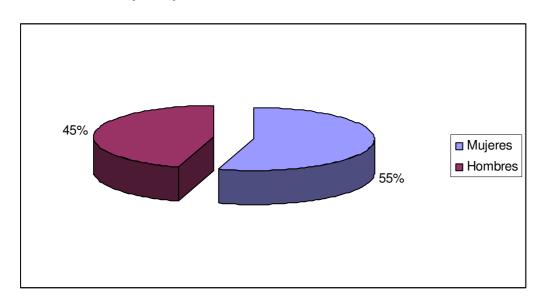
Cajamarca.

Género Mujer 0 195 Hombre 0 133 Nivel de estudios Sin estudios 0 172 Estudios de 1ª-2ª 0 46 Estudios Universitarios 0 159 Localización de las actividades Cajabamba 0 0 Cajamarca 0 1 0 Celendin 0 0 0 Contumazá 0 0 0 Contumazá 0 0 0 Chota 0 5 0 Hualgayoc 0 2 0 Jaén 0 0 0 San Ignacio 0 0 0 San Marcos 0 0 0 San Pablo 0 0 0 Santa Cruz 0 7 0 Cursos de AF Farmacovigilancia 0 3 Atención Farmacéutica Básica Fitoterapia 0 5 Acs	Cajamarca.			
Nivel de estudios			ANTES	DESPUES
Nivel de estudios Sin estudios 0 172 Estudios de 1ª-2ª 0 46 Estudios Universitarios 0 159 Localización de las actividades Cajabamba 0 0 Cajamarca 0 1 0 Celendin 0 0 0 Contumazá 0 0 0 Cutervo 0 0 0 Chota 0 5 0 Hualgayoc 0 2 2 Jaén 0 0 0 San Ignacio 0 0 0 San Marcos 0 0 0 San Pablo 0 0 0 Santa Cruz 0 7 0 Cursos de AF Farmacovigilancia 0 3 Uso Racional de Medicamentos 0 4 Atención 6 4 Farmacovigilancia 0 5 Arención 7 0<	Género	Mujer	0	195
Estudios de 1ª-2ª		Hombre	0	133
Estudios Universitarios	Nivel de estudios	Sin estudios	0	172
Universitarios		Estudios de 1ª-2ª	0	46
Cajamarca Cajamarca Celendin Celendin Celendin Contumazá Cutervo Cutervo Cutervo Chota Chota Chota Cajamarca Cajamarca Cutervo Chota Chota Chota Chota Chota Cajamarca Cajamarca Cutervo Cajamarca Cutervo Cajamarca Caj			0	159
Cajamarca		Cajabamba	0	0
Contumazá 0 0 Cutervo 0 0 Chota 0 5 Hualgayoc 0 2 Jaén 0 0 San Ignacio 0 0 San Miguel 0 0 San Marcos 0 0 San Pablo 0 0 Santa Cruz 0 7 Cursos de AF Farmacovigilancia 0 3 Uso Racional de Medicamentos 0 3 Atención Farmacéutica Básica 0 4 Fitoterapia 0 5 Asistentes ACS 0 172 Técnicos de Salud 0 46 Médicos 0 5 Enfermeros 0 16	actividades	Cajamarca	0	1
Cutervo 0 0 Chota 0 5 Hualgayoc 0 2 Jaén 0 0 San Ignacio 0 0 San Miguel 0 0 San Marcos 0 0 San Pablo 0 0 Santa Cruz 0 7 Cursos de AF Farmacovigilancia 0 3 Uso Racional de Medicamentos 0 3 Atención Farmacéutica Básica 0 4 Fitoterapia 0 5 Asistentes ACS 0 172 Técnicos de Salud 0 46 Médicos 0 5 Enfermeros 0 16		Celendin	0	0
Chota 0 5 Hualgayoc 0 2 Jaén 0 0 San Ignacio 0 0 San Miguel 0 0 San Marcos 0 0 San Pablo 0 0 Santa Cruz 0 7 Cursos de AF Farmacovigilancia 0 3 Uso Racional de Medicamentos 0 3 Atención Farmacéutica Básica 0 4 Fitoterapia 0 5 Asistentes ACS 0 172 Técnicos de Salud 0 46 Médicos 0 5 Enfermeros 0 16		Contumazá	0	0
Hualgayoc 0 2		Cutervo	0	0
Jaén 0 0 0		Chota	0	5
San Ignacio 0 0 San Miguel 0 0 San Marcos 0 0 San Pablo 0 0 Santa Cruz 0 7 Cursos de AF Farmacovigilancia 0 3 Uso Racional de Medicamentos 0 3 Atención Farmacéutica Básica 0 4 Fitoterapia 0 5 Asistentes ACS 0 172 Técnicos de Salud 0 46 Médicos 0 5 Enfermeros 0 16		Hualgayoc	0	2
San Miguel 0 0 San Marcos 0 0 San Pablo 0 0 Santa Cruz 0 7 Cursos de AF Farmacovigilancia 0 3 Uso Racional de Medicamentos 0 3 Atención Farmacéutica Básica 0 4 Fitoterapia 0 5 Asistentes ACS 0 172 Técnicos de Salud 0 46 Médicos 0 5 Enfermeros 0 16		Jaén	0	0
San Marcos 0 0 San Pablo 0 0 Santa Cruz 0 7 Cursos de AF Farmacovigilancia 0 3 Uso Racional de Medicamentos 0 3 Atención Farmacéutica Básica 0 4 Fitoterapia 0 5 Asistentes ACS 0 172 Técnicos de Salud 0 46 Médicos 0 5 Enfermeros 0 16		San Ignacio	0	0
San Pablo 0 0 Santa Cruz 0 7 Cursos de AF Farmacovigilancia 0 3 Uso Racional de Medicamentos 0 3 Atención Farmacéutica Básica 0 4 Fitoterapia 0 5 Asistentes ACS 0 172 Técnicos de Salud 0 46 Médicos 0 5 Enfermeros 0 16		San Miguel	0	0
Santa Cruz 0 7 Cursos de AF Farmacovigilancia 0 3 Uso Racional de Medicamentos 0 3 Atención Farmacéutica Básica 0 4 Fitoterapia 0 5 Asistentes ACS 0 172 Técnicos de Salud 0 46 Médicos 0 5 Enfermeros 0 16		San Marcos	0	0
Cursos de AF Farmacovigilancia 0 3 Uso Racional de Medicamentos 0 3 Atención Farmacéutica Básica 0 4 Fitoterapia 0 5 Asistentes ACS 0 172 Técnicos de Salud 0 46 Médicos 0 5 Enfermeros 0 16		San Pablo	0	0
Uso Racional de Medicamentos 0 3 Atención Farmacéutica Básica 0 4 Fitoterapia 0 5 Asistentes ACS 0 172 Técnicos de Salud 0 46 Médicos 0 5 Enfermeros 0 16		Santa Cruz	0	7
Medicamentos Atención Farmacéutica Básica 0 4 Fitoterapia 0 5 Asistentes ACS 0 172 Técnicos de Salud 0 46 Médicos 0 5 Enfermeros 0 16	Cursos de AF	Farmacovigilancia	0	3
Farmacéutica Básica Fitoterapia 0 5 Asistentes ACS 0 172 Técnicos de Salud 0 46 Médicos 0 5 Enfermeros 0 16			0	3
Asistentes ACS 0 172 Técnicos de Salud 0 46 Médicos 0 5 Enfermeros 0 16			0	4
Técnicos de Salud 0 46 Médicos 0 5 Enfermeros 0 16		Fitoterapia	0	5
Médicos05Enfermeros016	Asistentes	ACS	0	172
Enfermeros 0 16		Técnicos de Salud	0	46
		Médicos	0	5
Obstetras 0 40		Enfermeros	0	16
		Obstetras	0	40

Estudiantes de Farmacia	0	28
Farmacéuticos	0	49

- Atendiendo al género de la población:

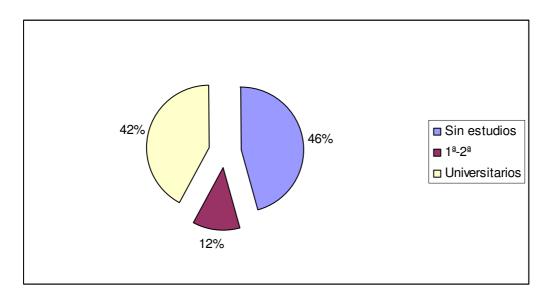
En las distintas clases se atendieron una población total de 356 alumnos. El 54,77% eran mujeres y el 45,30% eran hombres.



Gráfica 2: Distribución por género de la población atendida en las distintas sesiones en el departamento de Cajamarca.

- Atendiendo el nivel de estudios de la población receptora de las actividades:

En la población atendida en las distintas actividades de formación consta que participaron 48,31% sin estudios, 12,92% con estudios técnicos de salud (primaria-secundaria) y 44,66% con estudios universitarios específicos en materia de salud.



Gráfica 3: Distribución por nivel de estudios de la población receptora de las diferentes sesiones y cursos del departamento de Cajamarca.

- Localización de las distintas actividades, realizadas en el departamento de Cajamarca.

Se impartieron un total de 15 cursos seminarios en cuatro de las provincias del departamento de Cajamarca, con la siguiente distribución: 33,33% en Chota, 46,60% en Santa Cruz, 13,33% en Hualgayoc y el 6,66% en Cajamarca.

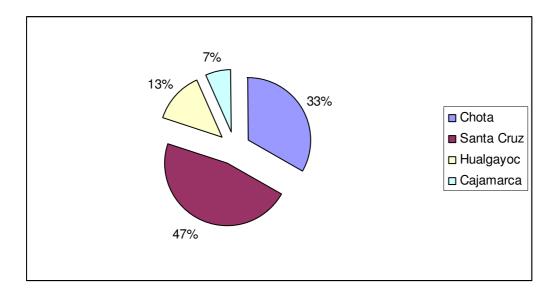


Gráfico 4: Distribución por localización del desarrollo de los seminarios en el departamento de Cajamarca.

5.2 TIPO DE ACTIVIDAD REALIZADA.

Se realizaron 15 sesiones distribuidas en 14 seminarios de una media de 2 horas de duración y 1 curso de 13 horas.

Entre las sesiones realizadas en materia de AF, la distribución de las distintas temáticas fue la siguiente: 33,33% de sesiones de fitoterapia, 26,66% de sesiones de AF Básica, 20,00% de sesiones de uso racional del medicamento y un 20,00% de sesiones de farmacovigilancia.

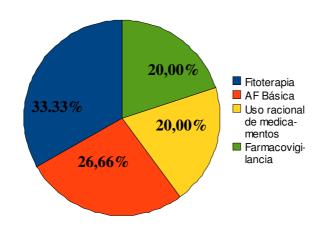


Gráfico 5: Distribución por tipo de seminario o curso realizado en el departamento de Cajamarca.

Se agruparon los resultados en dos categorías:

- Actividades dirigidas a los ACS (actividad 1 y 2)
- Actividades dirigidas a Profesionales de la salud (actividad 3 y 4): que englobaría odontólogos/as, médicos, farmacéuticos, enfermeros/as, técnicos de salud, obstetras y estudiantes de farmacia.
- Actividad 1: Uso racional de medicamentos, con total de asistentes de 68 agentes comunales de salud, todos en la provincia de Santa Cruz.

FECHA	PROVINCIA	LUGAR	DIRIGIDO	ASISTENTES
10/08/07	Santa Cruz	C.S. Catache	ACS	24
21/08/07	Santa Cruz	C.S. Santa Cruz	ACS	20
14/10/07	Santa Cruz	C.S. Chancay	ACS	24
		Baños		

Actividad 2: Fitoterapia, con total de asistentes de 104, agentes comunales de salud.
 Entre las provincias de Santa Cruz y Chota.

FECHA	PROVINCIA	LUGAR	DIRIGIDO	ASISTENTES
25/09/07	Chota	Auditorio Perú en Acción	ACS	18
17/10/07	Chota	Auditorio Perú en Acción	ACS	21
05/11/07	Chota	Auditorio Perú en Acción	ACS	19
10/12/07	Santa Cruz	Salón de actos de la municipalidad de Chankay Baños.	ACS	22
11/12/09	Santa Cruz	Centro de salud de Catache	ACS	24

 Actividad 3: Farmacovigilancia, con un total de asistentes de 89 profesionales de salud.

FECHA	PROVINCIA	LUGAR	DIRIGIDO	ASISTENTES
04/08/07	Santa Cruz	C.S. Santa Cruz	Profesionales de	30
			Salud	
07/09/07	Chota	DISA Chota	Profesionales de	29
			Salud	
24/09/07	Hualgayoc	Red	Profesionales de	30
		Bambamarca	Salud	

De los 89 profesionales de salud participantes en los seminarios de farmacovigilancia, se vio que el 33,70% pertenecían a la red de Santa Cruz, otro 33,70% a la red de Hualgyoc y un 32,58 % a la red de Chota.

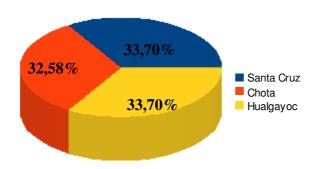


Gráfico 6: Distribución por provincias de Cajamarca de los profesionales sanitarios que participaron en los seminarios de formación en farmacovigilancia.

Actividad 4: Atención Farmacéutica Básica.

En esta actividad diferenciaremos 2 apartados:

A. Seminarios de Atención Farmacéutica, con un total de asistentes de 87 profesionales de salud.

FECHA	PROVINCIA	LUGAR	DIRIGIDO	ASISTENTES
14/08/07	Santa Cruz	C.S. Santa Cruz	Profesionales de	28
			Salud	
17/09/07	Chota	DISA Chota	Profesionales de Salud	29
22/09/07	Hualgayoc	Red Bambamarca	Profesionales de Salud	30

De los 87 profesionales de salud participantes de los seminarios de Atención Farmacéutica Básica, se vio que el 34,48% pertenecían a la red de Hualgayoc, el 33,33% a la red Chota y el 32,18% restante a la red de Santa Cruz.

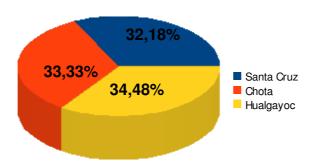


Gráfico 7: Distribución por provincias de Cajamarca de los profesionales de salud que participaron en los seminarios de formación en Atención Farmacéutica Básica.

B. Curso de AF Básica en la Universidad de Cajamarca.

De los participantes en el curso de Atención Farmacéutica Básica realizado en el auditorio de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo de la ciudad de Cajamarca, los días 30 de noviembre y 1 de diciembre con un trabajo efectivo de 13 horas.

Tuvo una asistencia de un total de 72 alumnos:

- 28 estudiantes de la facultad de farmacia de la Universidad Antonio Guillermo Urrelo de Cajamarca.
- 26 técnicos sanitarios, trabajadores de las DISAS de las provincias de Chota, Santa Cruz, Hualgayoc, Cajamarca y Cutervo.
- 24 farmacéuticos, trabajadores de la DISAS de las provincias de Cajamarca, Chota, Santa Cruz, Cajamaba, Jaén, Hualgayoc y Cutervo.

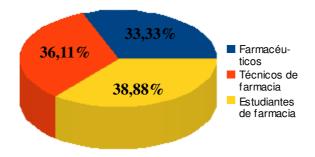


Gráfico 8: Distribución por grupos de formación de los 72 alumnos participantes en el curso de AF Básica.

Tabla 3: Distribución por provincias del departamento de Cajamarca de los 24 farmacéuticos formados en AF Básica durante el un curso de 13h.

Cutervo	3	12,50%
Cajamarca	8	33,33%
Cajabamaba	2	8,33%
Jaén	1	4,16%
Hualgayoc	3	12,50%
Santa Cruz	3	12,50%
Chota	4	16.66%

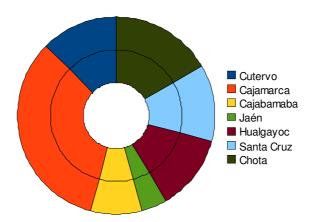


Gráfico 9: Distribución por provincias del departamento de Cajamarca de los farmacéuticos formados en AF Básica durante un curso de 13h.

Tabla 4: Distribución por provincias del departamento de Cajamarca de los 26 técnicos en farmacia formados en AF Básica durante el curso de 13h.

Cutervo	2	8,33%
Cajamarca	10	38,46%
Cajabamaba	2	8,33%
Hualgayoc	3	12,50%
Santa Cruz	4	15,38%
Chota	5	16,66%

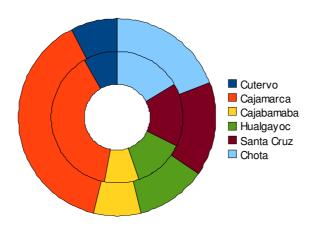


Gráfico 10: Distribución por provincias del departamento de Cajamarca de los técnicos en farmacia, formados en AF Básica durante un curso de 13h.

6. DISCUSIÓN

En este trabajo encontramos varias limitaciones. En primer lugar la reducida extensión por la geografía del territorio cajamarquino, como se vio en la introducción el departamento de Cajamarca tiene 13 provincias. El programa sólo se pudo implantarse en 4 de estas ya que era donde la ONGD Perú en Acción tenía actividad.

Las cuatro provincias donde se implantó el programa eran: Chota, Hualgayoc, Santa Cruz y Cajamarca.

Otra limitación que podemos encontrar es la ausencia de un método de evaluación, para valorar, la calidad de la transferencia de la información en los distintos cursos y seminarios. El uso de un test antes - después de la intervención nos hubiera dado más datos acerca del conocimiento de la población acerca de la materia que se les estaba acercando.

En cuanto a los resultados obtenidos, lo primero es destacar la originalidad del trabajo desarrollado, porque nunca antes se había configurado un programa de difusión de conceptos de AF impulsándolo desde una ONGD en el lugar de desarrollo de sus actividades.

Hay que valorar la buena difusión del programa en las provincias donde la ONGD ejecuta sus actividades, así como la gran amplitud de población atendida que abarcaba desde población sin estudios previos a profesionales específicos en materia de salud.

Este estudio, es un piloto, que nos puede servir como referente, para seguir configurando proyectos similares, impulsando la difusión de la Atención Farmacéutica desde las entidades que trabajan en cooperación para el desarrollo.

6.1 Antes- después del programa de de AF en el Departamento de Cajamarca.

Antes de la intervención del programa de formación en Atención Farmacéutica en el departamento de Cajamarca, no se habían hecho formaciones en esta materia (AF). Gracias a este piloto, la población atendida en el desarrollo del programa, ascendió a 356 personas dedicadas al cuidado de la salud en 5 meses de actividades por la región, permitiendo segmentar a los distintos profesionales y personas que asisten desde el punto de vista de la salud a los pacientes de países en desarrollo.

De esta población es destacar, que casi la mitad, el 48,31%, eran personas que atendían a pacientes y no tenían estudios (agentes comunales de salud), permitiéndonos centrarnos en aspectos del uso seguro y racional del medicamento, y ampliar sus conocimientos en el arsenal terapéutico que utilizan (fitoterapia), aprendiendo a distinguir entre medicamentos y plantas, y sus posibles duplicidades terapéuticas. Éste es un punto básico en estas poblaciones, ya que supone un primer escalón en el cuidado y atención de los pacientes en las zonas rurales desprovistas de servicios y profesionales sanitarios.

Los técnicos de salud representan el 12,92% de la población atendida en las formaciones. Este grupo de profesionales ocupa puestos de responsabilidad, ya que son el único representante sanitario en muchas zonas rurales que se ven desprovistas de otro tipo de profesional sanitario. Esta situación es debida, al plan estratégico del país para abordar el gran déficit de profesionales sanitarios en las zonas menos desarrolladas.

A este grupo, las formaciones se dirigieron en ampliar su conocimiento en aspectos de detección y notificación de reacciones adversas a medicamentos (tarjeta amarilla), además se les dirigió formaciones en conceptos básicos de atención farmacéutica con el objetivo de hacerles participes en la importancia de la indicación de medicamentos y educación sanitaria, y pudieran desarrollarlo en sus puestos de trabajo en las postas sanitarias rurales.

El último rango de población atendida representa el 44,66%, todos con estudios universitarios específicos sanitarios (médicos, enfermeros, obstetras y farmacéuticos). Representan el recurso humano más importante en la escala de la gestión de la atención socio-sanitaria de esta forma, se considero importante fortalecer sus conocimientos en los conceptos que abarca la Atención Farmacéutica, específicamente en indicación, educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico, con el objetivo de abastecerles de herramientas para mejorar la farmacoterápia de sus pacientes.

Las actividades dedicadas a la farmacovigilancia a este rango de población estaban orientadas a hacer hincapié en el hecho de la detección y notificación de reacciones adversas.

En este grupo se buscaba una especial concienciación de la necesidad de actuar como agentes de desarrollo socio-sanitario, induciéndoles en la participación en redes sociales, como la ONGD Perú en Acción, mediante campañas sanitarias y cursos de formación hacia los grupos que representan los técnicos y agentes comunales de salud.

En cuanto a al variable de género, no encontramos diferencias significativas en cuanto al monto de población masculina y el monto de población femenina.

Los diferentes grupos de población atendida, mostraron gran interés sobre la información que se les estaba acercando, para desarrollarla en sus diferentes puestos de trabajo.

6.2 Tipo de actividad.

Se desarrollaron 15 formaciones en materia de Atención Farmacéutica, divididas en 4 tipo de actividades, con los siguientes porcentajes de actuación: 33,33% de sesiones de fitoterapia, 26,66% de sesiones de AF Básica, 20,00% de sesiones de uso racional del medicamento y un 20,00% de sesiones de farmacovigilancia.

- Uso racional de medicamentos con una actuación de 3 seminarios. En esta actividad estaba encaminada a orientales en la importancia del uso del medicamento y hacer una visión crítica a la automedicación, guiándoles a que la medicación fuera indicada y supervisada por un especialista en la materia.
- Fitoterapia, con una actuación de 5 seminarios. Esta actividad se desarrollo en un solo grupo de actuación, los agentes comunales de salud, siendo el grupo con menos recursos y asiduos al uso de terapias naturales y económicas, era de especial importancia hacerles llegar conocimientos sobre el tipo de plantas que utilizan y la forma de preparación de las mismas.
- Farmacovigilancia, con una actuación de 3 seminarios. Esta actividad se desarrollo con el objetivo de activar el sistema notificación, aun inactivo en la región, ya que la farmacovigilancia se instauró en Perú en el 2002 y aun no esta vigente en muchas zonas del país.
- Atención Farmacéutica Básica, con una actuación de 4 sesiones. El objetivo directo de esta actividad era actualizar y consolidar los conocimientos de los profesionales sanitarios y en especial al colectivo farmacéutico. Haciéndoles participes de su importancia de su funciones, dentro del colectivo sanitario, e induciéndoles a su participación en redes sociales desde donde pudieran transmitir sus conocimientos en base al uso de medicamentos.

La capacitación permanente en las actividades relacionadas con los cuidados de la salud brinda la base científica que permitirá alcanzar la calidad de la atención sanitaria hacia la población cajamarquina.

El farmacéutico puede contribuir de forma directa a la mejora del desarrollo sociosanitario de su municipio o localidad. Esto se acentúa aun más en zonas donde están desprovistos de profesionales sanitarios suficientes y los recursos materiales son escasos.

7. CONCLUSIONES

- 1. La Atención Farmacéutica, como herramienta de Cooperación al Desarrollo ha permitido actualizar los conocimientos de los profesionales de salud y agentes comunales de salud, a la vez que también surge un campo nuevo de trabajo para aquellas entidades no gubernamentales que trabajan en áreas de salud, para el desarrollo de poblaciones con bajos recursos.
- 2. Se ha conseguido dar difusión de la Farmacovigilancia entre los profesionales de salud de las postas sanitarias rurales de las provincias donde se actuó.
- 3. A través de este programa piloto se ha conseguido proponer modelos de intervención, técnicas y estrategias para la puesta en marcha de servicios y programas de Atención Farmacéutica desde una nueva vertiente, la cooperación al desarrollo desde una ONG.
- 4. Con esta nueva experiencia de trabajo en el ámbito de la Cooperación al Desarrollo, se ha podido incluir a los químicos farmacéuticos, como un agente más de desarrollo en el ámbito sanitario, potenciando la formación en aspectos como son los problemas relacionados con los medicamentos, y el buen uso de los mismo, aumentando la interacción de estos profesionales sanitarios con la población, contribuyendo de esta forma a la educación sanitaria de los miembros de sus comunidades.
- 5. Con este tipo de proyectos, se comprueba como si aunamos esfuerzos trabajando cooperativamente desde todas las entidades involucradas en un mismo fin, ya sean privadas o públicas, mejor será el resultado esperado, eliminando el recelo y la competitividad que nos aleja de un estado de bien estar común, mejorado así nuestra calidad en salud, nuestra calidad de vida.

8. BIBLIOGRAFÍA.

- Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharm 2007; 48 (1): 5-17.
- 2. HEGOA. Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional, Universidad del País Vasco. (2000) diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo. Karlos Pérez de Armiño (director) Icaria Editorial.
- 3. MSF. The DND Conference: about the crisis, 9.3.2002, http://www.neglecteddiseases.org/thecrisis.shtml. Consultado el 24-06-2008.
- 4. Articulo Medicamentos y desarrollo. Medicus Mundi 2003.
- Informe de Salud y Objetivos del Milenio. OMS 2005. httpp://www.who.int/mdg/publications/MDG_Report_08_2005.pdf. Consultado el 10-06-2008.
- 6. Perspectivas políticas de la OMS sobre los medicamentos esenciales. Marzo 2004. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- 7. Ministerio de Salud, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Evaluación de la situación de los medicamentos en el Perú. Lima- Perú 2006.
- 8. Beltrán A. Et al. "Desarrollo de una estrategia social para el Perú". Universidad del Pacífico, Centro de Investigación. Lima, Agosto 2001.
- 9. Petrera M. y col. Consumo de Medicamentos en la Población Peruana. Análisis de Equidad a partir de la Encuesta Nacional de Hogares 2002, nov. 2003. Lima. Perú.
- 10. Evaluación de la situación de los medicamentos. Ministerio de salud, dirección general de medicamentos, insumos y drogas. Lima 2006.
- 11. Ministerio de Salud, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas: Análisis de los productos farmacéuticos con registro sanitario vigente a 1997, 1999.
- 12. Valladares G., Medicamentos en el país (1): Mercado y acceso. Revista de Salud y Medicamentos. Servicio de Medicinas PRO -VIDA. Año 14, No54. Junio, 2001.
- 13. Acción Internacional para la Salud. Urge una mejora de la legislación farmacéutica en Perú. Marzo Lima. 2004.
- 14. RM-055-99-SA/DM. Aprueban Manual de Buenas Prácticas de Manufactura.

- 15. Servicios de Medicinas PROVIDA. Apuntes Técnicos Relacionados a Medicamentos Genéricos. Revista Salud y Medicamentos pp 10 – 13. Año 12, No14, Julio de 1999.
- 16. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ 2002;324:886-891(April 13)
- 17. Organización Mundial de la Salud. 1993 informe de Tokio.
- 18. Strand L. M. Hepler C. Opportunities and Responsabilities in Pharmaceutical Care. Am J Hosp Pharm 1990; 1: 47.
- 19. Baena MI, Calleja MA; Romero JM, Vargas J, Zarzuelo A, Jiménez Martín J y Faus MJ. Validación de un cuestionario para la identificación de problemas relacionados conlos medicamentos en usuarios de un servicio de urgencias hospitalario. Ars Pharm 2001; 42:3-4:147-169.
- 20. 4th WHO consultative Group the role of the pharmacist. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. The Hague: WHO; 1998.
- 21. Organización Mundial de la Salud. Perceptivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Farmacovigilancia: garantía de seguridad en el uso de los medicamentos. Ginebra: OMS; 2004.
- 22. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. Traducido por la Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Ginebra: OMS; 1998.
- 23. Uso Racional de Medicamentos: Progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la Organización Mundial de la Salud. OMS: 2006.
- 24. Perfil farmacoepimediologico del poblador de Cajamarca. 2003. Jaime Pacheco Neyra.

ANEXOS

ANEXO 1: Cartel informativo del curso.

HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA

CURSO BÁSICO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA











"Perú en Acción, Ayuda en Acción, el MINSA, el Colegio de Químicos Farmacéuticos y la Red SAF vienen aunando esfuerzo para contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad ocasionadas por los medicamentos y asegurar una farmacoterapia apropiada, segura y efectiva para todos los pacientes".

30 de Noviembre 01 de Diciembre





¡Haga de la atención farmacéutica una venta definitiva para el químico farmacéutico!

PONENTES

Dra. Edith J. Tafur Valderrama

- Químico Farmacéutica egresada de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Maestría en Farmacología UNMSM
- Máster en Atención Farmacéutica Universidad de Granada (España) Coordinadora de la Red Sudamericana de Atención Farmacéutica
- Diplomado en Estudios Avanzados Universidad de Granada (España) Doctorado en Farmacia Asistencial Universidad de Granada (España)
- Farmacéutico Asistencial. Programa TARGA. CEMENA

Dr. Aldo R. Alvarez Risco

- Químico Farmacéutico egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Maestría en Farmacología UNMSM
- Máster en Atención Farmacéutica Universidad de Granada (España)
- MBA Master en Dirección y Administración de Empresas Online Universidad Complutense Instituto Superior de Educación, Administración y Desarrollo Centro Universitario Villanueva (España)
- Coordinador de la Red Sudamericana de Atención Farmacéutica

CARGA LECTIVA: 01 CRÉDITO

INCLUYE MATERIAL DEL CURSO

LUGAR: CAJAMARCA

INFORMES:

Perú en Acción - Tlf: 076-351790

Email: peruenaccion@peruenaccion.org

DISA Chota

- TIf: 076-351745

Email: sismed_chota@hotmail.com

ANEXO 2: Díptico informativo del curso.



ANEXO 3: Contenido del curso.

