

La Farmacia comunitaria: atención en salud y pluralismo asistencial

Rev. O.F.I.L. 2013, 23;4:152-163

PIBERNAT-MIR L¹, VENTURA-GARCIA L², SILVA-CASTRO MM³

1 Máster en Antropología Médica y Salud Internacional. Universidad Rovira i Virgili. Licenciada en Biología. Universidad Pompeu Fabra. España

2 Máster en Antropología Médica y Salud Internacional. Universidad Rovira i Virgili. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Universitat de Barcelona. Licenciada en Psicología. Universidad de Barcelona. España

3 Doctora en Farmacia. Master en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Química Farmacéutica Universidad Nacional de Colombia

RAMA (Grupo de Investigación Social aplicada a la Salud)

Universitat Rovira i Virgili de Tarragona

Unidad de Optimización de la Farmacoterapia. Olivet Farmacia. Granollers. Barcelona. España

Resumen

La farmacia comunitaria está inmersa en profundos cambios que suponen serios retos para las funciones que se le han adjudicado hasta el momento. La presente revisión introduce y explora el concepto del pluralismo asistencial como marco en el cual la farmacia comunitaria se entiende como pieza clave de la asistencia sanitaria para las poblaciones que tienen acceso a este recurso de salud. Tras la exploración del concepto –acuñado desde la antropología médica–, se discuten las implicaciones y responsabilidades que conlleva para el desempeño asistencial de la farmacia. A partir de la perspectiva integradora del pluralismo asistencial, se discuten las transformaciones necesarias para formalizar la Atención Farmacéutica, ratificar la Optimización de la Farmacoterapia y garantizar la máxima ganancia en la salud de las poblaciones atendidas, a nivel individual y comunitario. Para ello, la formalización de las actividades asistenciales es organizada en: (1) *back-office*, o actividades de soporte a la asistencia; (2) *front-office*, o actividades asistenciales propiamente dichas; y finalmente, imprescindible para colmar el rol asistencial en el marco plural de asistencia, (3) *out-office*, o proyección e integración de la asistencia farmacéutica en el entorno socio-sanitario y el conjunto de la comunidad. Esta revisión invita a reforzar el rol asistencial centrado en el paciente y más allá de él, promoviendo la coordinación con las otras piezas del puzle asistencial para ofrecer servicios ajustados a las necesidades de la comunidad. Finalmente, se plantea que el reconocimiento del pluralismo asistencial es fundamental para la consolidación y optimización, actualmente tan necesarias, del papel asistencial de las farmacias comunitarias.

Palabras clave: Farmacia comunitaria, pluralismo asistencial, atención primaria en salud, atención farmacéutica, búsqueda de atención, antropología de la salud.

Correspondencia:

Martha Milena Silva-Castro

Correo electrónico: mmsilvacastro@sftospital.com

Community Pharmacy: healthcare and medical pluralism

Summary

Whereas the key moment for Community Pharmacy, this article introduces and explores the concept of Health Care Pluralism as a framework in which Community Pharmacy is considered a key element in the health care of people access to this health resource. After a revision of the concept, originated in Medical Anthropology, we discuss the implications and responsibilities that the performance of clinical care at pharmacies entails. From the perspective of Health Care Pluralism, the discussion outlines the need of changes to optimize pharmaceutical care and ensure maximum health outcomes for the populations assisted, at both individual and community levels. In order to achieve this aim, the formalization of clinical care activities is organized into: (1) *back-office*, or support activities for the assistance, (2) *front-office*, or proper care activities, and finally, essential to fulfill the care role in the health plural framework: (3) the *out-office*, or projection and integration of pharmaceutical care in the social-health setting and in the community. The review calls for strengthening the role of patient-centered care and promoting coordination with other healthcare puzzle pieces to offer services appropriate to the needs of the community. From the review and discussion mentioned above, we conclude that the acknowledgement of Health Care Pluralism and the formalization of pharmaceutical care are the steps that guarantee the consolidation and optimization of the community pharmacies care role, nowadays highly required.

Key Words: Community pharmacy, medical pluralism, primary health care, pharmaceutical care, health seeking, medical anthropology.

La farmacia comunitaria: espacio de atención en salud

La farmacia comunitaria es el concepto internacionalmente aceptado que define a la farmacia que tiene una vocación de servicio a su comunidad por su interacción con el entorno social y por los servicios directos que se brindan a los pacientes. En este sentido, la misión del farmacéutico comunitario es ofrecer una atención sanitaria integral a la población en todo lo relacionado con el uso de medicamentos: desde la dispensación de recetas médicas, continuando con el asesoramiento de tratamientos para trastornos menores, hasta el seguimiento y control de tratamientos farmacológicos complejos¹.

En la Unión Europea hay 154.000 farmacias comunitarias. Las farmacias son el establecimiento sanitario más ampliamente distribuido en Europa y son accesibles a más de 500 millones de ciudadanos. Anualmente, se dispensan más de 9,5 billones de envases de medicamen-

tos con receta en Europa, la gran mayoría prescritos en centros de atención primaria².

En España, la farmacia comunitaria denominada también oficina de farmacia es un establecimiento sanitario donde, de acuerdo con la Ley 16/1997, se dispensan los medicamentos a los pacientes, aconsejando e informando sobre su utilización; se elaboran las fórmulas magistrales y los preparados oficinales; y se colabora con los pacientes y con las Administraciones públicas en el uso racional del medicamento y en diferentes servicios sanitarios³. Actualmente, la Ley 29/2006 de 27 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios refrenda el modelo de farmacia vigente y, en el capítulo IV, reitera las oficinas de farmacia como **establecimientos sanitarios privados de interés público e incorpora el concepto de Atención Farmacéutica** en su articulado, reconociendo así **la labor del farmacéutico como agente de salud**⁴.

A finales de 2012, el 99% de la población española cuenta con una farmacia en su lugar de residencia⁵. Las oficinas de farmacia, que en gran parte son de tradición familiar y pasan de generación en generación, se hallan insertas en las redes comerciales de barrios y pueblos. Su distribución se establece en función de módulos geográficos, poblacionales y distancias, siguiendo el modelo de ordenación farmacéutica española, que a su vez sigue los criterios de planificación de farmacias de la Ley estatal 16/1997 antes citada, teniendo en cuenta las características particulares que las diferentes Comunidades Autónomas han establecido en su ámbito territorial⁶.

Todas estas características mencionadas facilitan la representación social que la población tiene de las oficinas de farmacia como un lugar *cercano*, y facilita que la gente acuda habitualmente a su farmacia de referencia. Algunos estudios cualitativos sobre las representaciones sociales, percepciones, actitudes y creencias de la población respecto la oficina de farmacia, como el de Llanes et al.⁷, dan cuenta de cómo **los usuarios atribuyen a la farmacia y al farmacéutico una función similar a la de la atención primaria**. La comparación frecuente de «*ir al médico*» con «*bajar a la farmacia*», da cuenta de esta concepción de ambos como recursos asistenciales de referencia. En un trabajo posterior de Pibernat-Mir⁸, 71 de los 77 entrevistados respondieron acudir siempre a la misma farmacia.

«Normalmente voy a la mía, a la de mi casa...». «... y siempre, a la hora que vayas del día, siempre está allí...».

«Es un poco como el concepto que teníamos del médico de cabecera, que ya te conocía tu historia de toda tu familia.»...

(Citas de informantes en Llanes et al.)⁷

Las oficinas de farmacia cuentan con horarios de apertura más amplios que otros establecimientos sanitarios, incluyendo rotaciones y guardias que garantizan que los pacientes puedan acceder a sus servicios con facilidad. Es por ello que puede que el paciente encuentre también en la farmacia el espacio y el tiempo para pedir consejos y resolver sus dudas en salud. Además, lo encuentra cerca de su hogar, sin necesidad de cita previa ni esperas para consultar al profesional sanitario. Por otro lado, el hecho de que algunos productos farmacéuticos puedan adquirirse bajo consejo del farmacéutico sin

necesidad de prescripción médica obligatoria facilita el hecho de que la gente se dirija directamente a la farmacia sin pasar previamente por la consulta médica.

En su análisis del discurso sobre las representaciones de la población, Llanes et al.⁷ plantean que existe cierta tendencia a la consulta farmacéutica en casos de “dolencias menores”, eso es, aquellas que son percibidas “como una disminución pasajera de la calidad de vida o de la capacidad funcional”. Mientras que la consulta médica acostumbra a realizarse en situaciones percibidas como amenazas mayores para la salud. Estos hechos muestran de nuevo cómo la población piensa en la oficina de farmacia como un lugar de atención en salud, y no sólo como un espacio de venta de productos sanitarios².

Finalmente, cabe destacar que, en la media española, un 35% de la población consume medicamentos a diario (pacientes crónicos), y otro 7% tiene un tratamiento médico regular (aunque no diario)⁹. En los últimos años, tras la implantación del sistema de receta electrónica, la visita al médico de los pacientes con tratamientos regulares y/o crónicos se ha espaciado, de manera que estas personas acuden habitualmente a la farmacia con mayor frecuencia que al médico.

Por todo lo anterior, se puede decir que las farmacias comunitarias realizan un rol asistencial fundamental en la atención a la salud. Más allá de lo que percibe la población, el rol de las farmacias como uno de los espacios básicos de atención en salud es un hecho que no puede menospreciarse; y este hecho llama la atención por el contraste con la concepción «oficial», que restringe la atención primaria al centro de salud. Varios gobiernos ya han reconocido los roles asistenciales de la farmacia comunitaria en pro del beneficio del sistema de salud y de la población¹⁰⁻¹³. En los estudios realizados en Reino Unido^{10,11} y Estados Unidos¹² se destaca que puede que la población desconozca los límites de lo que es una dolencia menor, así como de los sistemas que tienen múltiples coberturas, y de los protocolos clínicos que estructuran la actuación de los profesionales ante una situación clínica determinada. La cuestión que se plantea es *¿qué se hace desde la farmacia comunitaria para maximizar los beneficios de la asistencia en la atención primaria en salud y reducir los riesgos sanitarios por un desconocimiento de los límites de*

cada tipo de asistencia, teniendo en cuenta que, en la práctica, gran parte de la población percibe y utiliza la oficina de farmacia como espacio de atención en salud?

A partir de estos argumentos, el objetivo particular de la presente revisión es el de introducir el concepto de **pluralismo asistencial**, entendido como **la red de dispositivos de asistencia –reconocidos y no reconocidos oficialmente– a los que la población se dirige para mejorar su salud y/o para solucionar un problema de salud específico**^{14,15}. Reconociendo al pluralismo asistencial como una realidad actual en todas las sociedades, se presenta la farmacia comunitaria como pieza clave de asistencia sanitaria para las poblaciones que tienen acceso a este recurso de salud, discutiendo finalmente las responsabilidades que ello conlleva para el desempeño asistencial de la farmacia.

Pluralismo Asistencial: una visión integradora

A lo largo de la vida de las personas, hay ciertos acontecimientos que pueden ser críticos para su salud. El desarrollo de mecanismos que permitan gestionar dichos acontecimientos es un hecho estructural en toda sociedad. Ello significa que, en cualquier contexto, existen una serie de conocimientos, creencias y prácticas sobre la naturaleza de la enfermedad, sus causas y efectos. De modo análogo, una serie de **recursos terapéuticos**^a emergen en cada entorno socio-económico determinado, influidos por aspectos de orden socio-cultural, político e histórico. Desde la antropología de la salud, **la coexistencia en un determinado espacio-tiempo de modelos diversos de representar y actuar en la salud y la enfermedad es lo que se conoce como pluralismo médico, terapéutico o asistencial**^{16,17}.

Recurriendo a una clasificación que facilite la comprensión del pluralismo asistencial, se pueden identificar **cinco grandes modelos médicos y de atención que pueden estar presentes de forma sincrónica en una sociedad** dada: el modelo biomédico, el tradicional, el alternativo, el folk, y el popular o de auto-atención. Así, el hospital, el centro de salud –público o privado–, o la farmacia representarían un modelo basado fundamentalmente en la biomedicina;

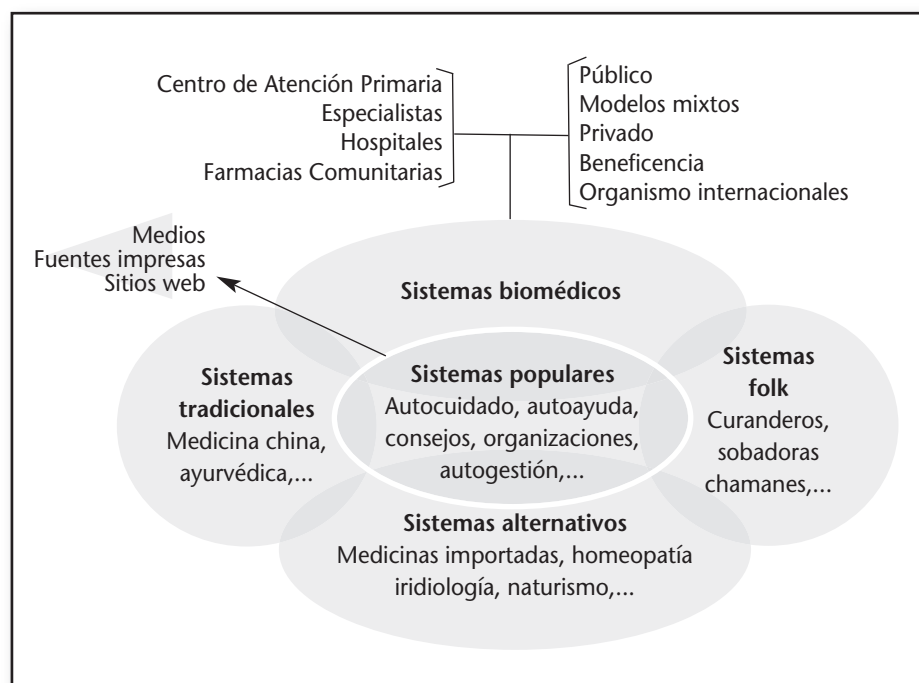
mientras que la práctica de la medicina china, o el terapeuta que maneja la medicina ayurvédica, formarían parte de un modelo tradicional. Otro tipo de recursos como el naturismo, la homeopatía o la iridiología podrían clasificarse como alternativos en ciertas sociedades. Los curanderos, sobadoras, chamanes, entre otros, formarían parte de modelos de origen folk. Finalmente, hallamos el modelo popular o de auto-atención, presente también en toda sociedad, tal y como plantea Menéndez¹⁸.

En su estudio sobre **pluralismo médico y procesos asistenciales**, Muela¹⁵ plantea que la configuración de cada sistema médico plural variará de una sociedad a otra en función de los diferentes modelos médicos presentes, y de cómo se organizan los dispositivos formales de atención. En relación a éste último punto, cabe mencionar que el contexto político, social y cultural tiene un peso decisivo en la configuración del sistema asistencial específico. Sin ir más lejos, **distintas políticas sociales y de salud pueden dar lugar a condiciones y prácticas diferenciadas de utilización de los recursos asistenciales que, articuladas en contextos socio-culturales diversos, facilitan un abanico dispar de prácticas de uso y consumo de los distintos modelos asistenciales**. Por poner algunos ejemplos, en 2009 en España, hubo un gasto farmacéutico público de un 1,32% del PIB, y privado (gasto por hogar) de un 0,47% del PIB. Mientras en EE.UU., por ejemplo, fue de un 1% y un 1,09% respectivamente, y en México, fue de un 0,84% y un 0,90% respectivamente. Los distintos grados de gasto farmacéutico (% PIB) público y privado a escala internacional dan cuenta de la diversidad de las condiciones de financiación de los productos farmacéuticos alrededor del mundo. Estos distintos escenarios de financiación son relevantes en la medida en que favorecen que la población acceda a unos recursos u otros en función de cada situación (Figura 1).

Desde una perspectiva integradora basada en la idea del pluralismo asistencial en el marco de la farmacia comunitaria, el modelo popular merece una especial consideración. Tal y como destaca Haro¹⁹, los modelos de cuidado lego han demostrado abarcar una amplio abanico de actividades que van desde el auto-cuidado cotidiano como conducta protectora de la salud

^a Los **recursos terapéuticos** son la oferta existente de atención en salud en un contexto dado, e incluyen los especialistas e instituciones de distintas tradiciones médicas -ya sean formales o no formales-, cuyas prácticas están orientadas a prevenir y atender la enfermedad, o a promover la salud.

Figura 1
Modelos de atención en salud



Fuente: Elaboración propia, adaptación a partir de Martínez-Hernández A (2008). Los itinerarios terapéuticos y la relación médico-paciente. Publicación on line. Health for All in Latin America (www.healthinlatinamerica.org) y Haro J (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. Capítulo 6 del libro de E. Perdiguerro y J.M.ª Comelles, eds., Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina, Bellaterra, Barcelona.

–alimentación, limpieza, higiene–, a la prevención, diagnóstico y el auto-tratamiento en caso de enfermedades o malestares –utilización de remedios caseros, recurrir a la opinión de personas legas, vendedores ambulantes, entre otros casos presentes en distintas sociedades. En el modelo de auto-atención se dan actividades que, *a priori*, no siempre se reconocen como prácticas relacionadas con la salud. Sin embargo, muchas de ellas implican la activación de redes socio-familiares e incluso, a veces, la formación de grupos organizados de autogestión de la salud que construyen sus propios dispositivos de atención sanitaria y de protección social, independientemente de los sectores profesionales. Si bien, por lo general, estas formas populares de cuidado en salud no han recibido el reconocimiento apropiado por parte de los sistemas sanitarios oficiales, su consideración desde la farmacia comunitaria, como se verá más adelante, puede resultar crucial.

Además de todo lo anterior, tal y como plantea Muela¹⁵, la complejidad del pluralismo asistencial se agudiza si tenemos en cuenta que, en

ejemplo de estas interrelaciones es el aumento cada vez mayor, en las oficinas de farmacia, de la venta de productos y la oferta de servicios de homeopatía, fitoterapia, flores de Bach, y otros remedios “no biomédicos”. Estos productos originales de otras medicinas se vinculan con representaciones y lógicas explicativas acerca de la salud que son distintas de aquellas que fundamentan la farmacoterapia alopática. El fenómeno, que podríamos llamar “**la farmacia sincrética**”, da cuenta de cómo los distintos modelos permean entre ellos, dándose en la práctica adaptaciones y apropiaciones particulares de los elementos provenientes de otros modelos. Como se puede observar, los sistemas médicos y las ideas sobre la salud y la enfermedad, en toda sociedad dada, son plurales, complejos y dinámicos; es decir, están en constante evolución.

Por otro lado, el estudio de los **procesos asistenciales** que, tal y como describen Comelles y Martínez²⁰, remiten a los **pasos específicos que los grupos sociales llevan a cabo para gestionar su salud en cada contexto determinado**, permi-

la práctica, los distintos modelos de asistencia no se desarrollan cada uno al margen de los otros. Por el contrario, éstos interactúan y se articulan, estableciéndose entre ellos una serie de relaciones de incorporación, transformación, integración, apropiación, exclusión y/o conflicto¹⁴. El tipo de relaciones que se establecen entre los modelos y recursos terapéuticos –que dependerá de aspectos sociales, políticos, económicos, culturales o históricos– conducirá a una configuración local determinada de cada sistema médico plural. Un buen

tirán indagar en la demanda y el uso que hace la población de dichas medicinas y recursos, y cómo son articulados en la práctica. Dichos procesos se basan en las *representaciones* que se tienen sobre la salud y la enfermedad. Según Kleinmann²¹, las formas de pensar la salud y la enfermedad –*las representaciones*^b– tienen que ver con los conocimientos e ideas que se comparten socialmente, y que nos sirven para interpretar la realidad, de forma que orientan las prácticas y comportamientos que la población lleva a cabo respecto su salud, así como la utilización que hace de los diferentes recursos terapéuticos disponibles en cada sistema particular de atención en salud.

Las investigaciones llevadas a cabo desde la antropología de la salud plantean que la población acostumbra a buscar atención en salud en los diferentes recursos terapéuticos que se han estado revisando en este apartado, y no solo en uno de ellos. Por ejemplo, una persona puede “auto-diagnosticarse” un catarro y tomar infusiones o vitamina C; aunque si el problema va a más, puede que tome pastillas adquiridas en la farmacia; en el caso de que empeorara la situación, puede que busque atención en el centro de salud, a la vez que se continúan tomando las infusiones, y la vecina recomienda unos baños de vapor. Es decir, los diferentes recursos terapéuticos son normalmente utilizados de forma complementaria, ya sea consecutivamente, substituyéndose los unos a los otros, o acudiendo a uno y a otro de forma zigzagueante. Dichos usos y comportamientos suelen ser pragmáticos, basados en el intento y en el error²², e influenciados por factores relacionados con la accesibilidad (geográfica, económica y cultural), la cobertura de los dispositivos y la calidad de los servicios¹⁵.

La farmacia comunitaria, realidad, responsabilidad y coordinación asistencial

La mirada desde el pluralismo terapéutico o asistencial refuerza la consideración de la farmacia como lugar de atención y cuidados en salud. Tal y como se describe anteriormente, el desempeño asistencial de la farmacia, como parte del

entramado plural de atención en salud, conlleva para la farmacia una serie de responsabilidades ineludibles. *¿Qué atención se ofrece a los usuarios?, ¿cómo se organiza esta atención dentro del funcionamiento de la farmacia?, si la farmacia comunitaria es entendida por los usuarios como un espacio asistencial, ¿responde la farmacia a esta visión, o tiene otros intereses? Finalmente, ¿cómo se articula la Atención Farmacéutica con el resto de recursos y dispositivos usados por el paciente?*

Para comprender la forma como la farmacia comunitaria se articula con los recursos y dispositivos usados por el paciente se podrían simplificar en tres grupos las acciones y servicios que se brindan a la comunidad, que se han adaptado de la propuesta de la Agrupación Farmacéutica de La Unión Europea² planteada en el Libro Blanco de la Farmacia Comunitaria Europea:

1. Acciones para garantizar el acceso a los medicamentos.
2. Acciones y servicios para optimizar los resultados de salud en los pacientes.
 - a. Optimizar la farmacoterapia.
 - b. Mejorar la salud pública.
3. Acciones para la integración de los procesos asistenciales de la farmacia comunitaria con otros procesos asistenciales del entorno socio-sanitario.

En todas y cada una de las actividades farmacéuticas, **la farmacia comunitaria tiene la posibilidad de brindar una asistencia con un enfoque holístico si comprende los procesos asistenciales de salud/enfermedad/atención/prevenición que experimentan los pacientes atendidos**. A este nivel, urge una revisión de los enfoques de los servicios y protocolos por enfermedad, para plantearse modelos integrales de atención a la farmacoterapia que engloben el conjunto de tratamientos que el usuario sigue (Figura 2).

La gestión de los medicamentos. Acciones de *back-office* como soporte a las actividades asistenciales

La gran mayoría de las actividades que se realizan en las farmacias comunitarias para garantizar el **acceso a los medicamentos** de la población en general, y que fundamental-

^b Siguiendo a Osorio, las *representaciones de la salud y la enfermedad* tienen que ver con los conocimientos, las imágenes, los valores que se elaboran y comparten socialmente, y que proporcionan una matriz a partir de la cual los grupos sociales y los sujetos aprehenden e interpretan la realidad, moldean sus experiencias y orientan sus prácticas en salud. (Osorio MT. Atender y entender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. *Salud pública Méx* 2001;45:5).

Figura 2
Acciones y servicios que se brindan a la comunidad desde la farmacia comunitaria



Fuente: Elaboración propia. Imágenes Olivet Farmacia. Granollers (Barcelona).

mente son el **soporte a las actividades asistenciales**, se realizan en el **interior de la farmacia**; es decir: no se hacen de cara a los pacientes y, coloquialmente, se denominan **acciones de back-office**. Corresponden a la gestión administrativa básica asumida por las farmacias en procesos como la selección, adquisición, fabricación de fórmulas magistrales, almacenamiento y distribución de medicamentos que aseguran el abastecimiento y garantía del stock en la farmacia. En el contexto español, que cuenta con cobertura estatal, como función soporte a las actividades clínicas, la disponibilidad no sólo requiere tener el medicamento adecuado para el paciente en el momento oportuno, seguido del asesoramiento adecuado, sino que la farmacia es responsable de garantizar la calidad de los medicamentos que dispensa. En términos de la garantía de calidad de los medicamentos, la farmacia comunitaria, como último punto de la cadena de distribución antes de que los medicamentos lleguen a manos de los pacientes, debe cumplir con unos requisitos regulatorios complejos siguiendo la legislación española y europea.

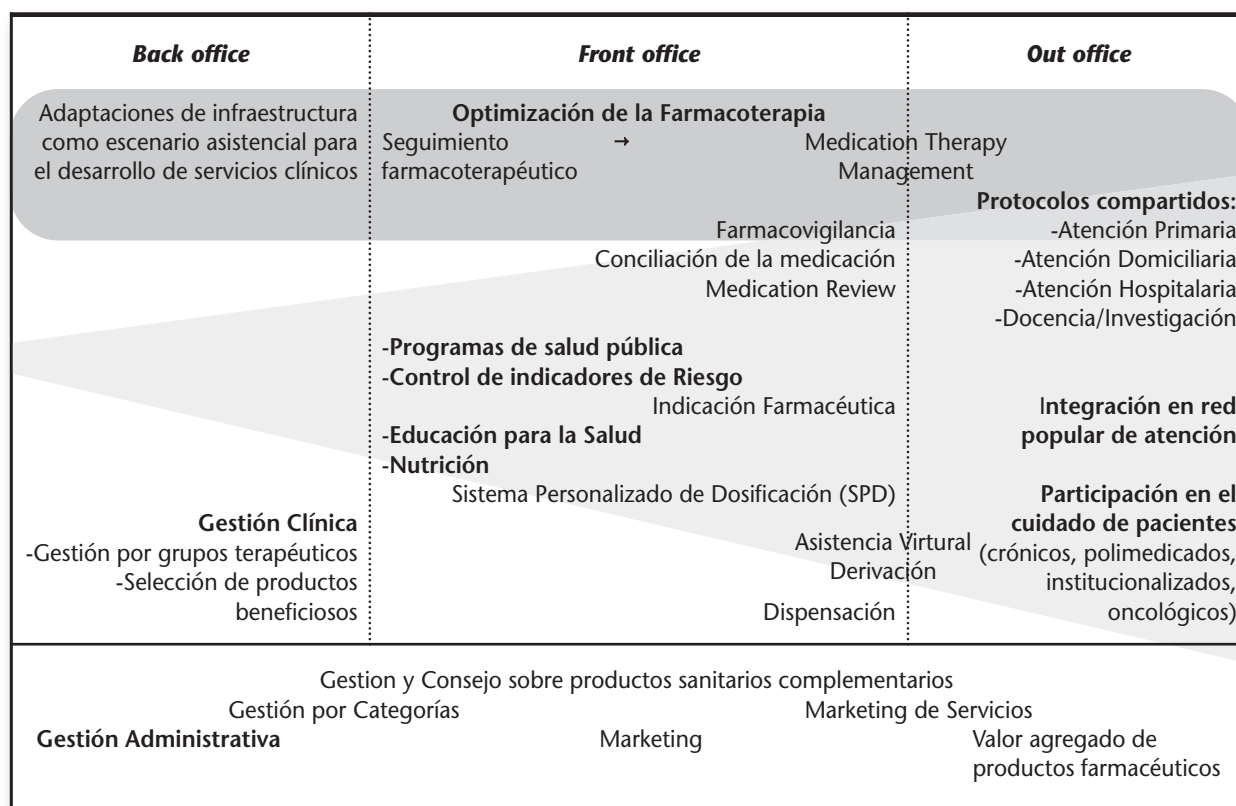
Optimización de los resultados en la salud de los pacientes. Acciones de **front-office**, actividades asistenciales relacionadas con la farmacoterapia y la salud pública

Para optimizar los resultados de salud en los pacientes y, concretamente, en lo que a los medicamentos se refiere, existe un amplio abanico de actividades de complejidad dispar, que corresponden al concepto de Atención Farmacéutica. Estas actividades, denominadas *actividades orientadas*

*al paciente*²³, son fundamentalmente las acciones farmacéuticas que pueden llamarse de **front-office**, por ser aquellas actividades propiamente dichas en las que el profesional interactúa directamente con el usuario que acude a la farmacia. Tales actividades van desde la dispensación, los sistemas personalizados de dosificación pasando por la indicación farmacéutica hasta procesos clínicos de mayor complejidad como el Seguimiento Farmacoterapéutico y el *Medication-Therapy-Management*² (Figura 3).

Desde el punto de vista de la optimización de los resultados en la salud de los pacientes, la actividad clínica central es el seguimiento farmacoterapéutico²⁵⁻²⁷, que está avanzando hacia el *Medication-Therapy-Management*^{23, 28,29} y entendido dentro del marco de la Optimización de la Farmacoterapia³⁰. Al incorporar la perspectiva de la Optimización de la Farmacoterapia se va más allá en tanto que, para garantizar la calidad del cuidado de los pacientes, debe haber una integración activa de servicios farmacéuticos profesionalizados con la comunidad. Es decir, la detección, prevención y resolución de las nece-

Figura 3
Mapa de servicios farmacéuticos que se brindan a la población desde la farmacia comunitaria



Fuente: Elaboración propia.

sidades farmacoterapéuticas de los pacientes se realiza de una manera directa e integrada con el resto del **equipo de salud** y de los **agentes sociales** que participan en el cuidado de cada persona. Se centra en las necesidades socio-sanitarias de los pacientes y en sus experiencias farmacoterapéuticas para mejorar los resultados de la farmacoterapia, reducir el gasto, y mejorar la seguridad del paciente de manera integral. En última instancia, se ayuda a fomentar la toma de decisiones en sus tratamientos y a conseguir la mejor "inversión" en el uso de medicamentos.

La Optimización de la Farmacoterapia basada en la experiencia farmacoterapéutica de la persona³¹ tiene el propósito asistencial de abordar la enfermedad integrada con la farmacoterapia a partir de la experiencia de cada paciente, que es única, con diferentes necesidades individuales, y propia del colectivo al que pertenece y del lugar en el que se encuentre³². Estos son los motivos por los que estos servicios asistenciales se basan en la cooperación entre el profesional y el pa-

ciente, y en el intercambio de experiencias sobre la farmacoterapia^{33,34} ajustándolos a la influencia de su entorno. De esta manera se promueve el cuidado de la farmacoterapia de manera coordinada con todos los demás actores sanitarios y sociales adaptándose al contexto socio-cultural donde el individuo utiliza los medicamentos. Además, incorpora el trabajo participativo de los pacientes y cuidadores teniendo en cuenta sus roles en el entramado socio-familiar (pej, paciente mujer en su rol de esposa/ madre, cuidador hombre en su rol de esposo/ padre) e **incorpora las tendencias asistenciales de lo cotidiano**, eso es, los cuidados del llamado sistema popular, que hacen parte fundamental en los procesos de salud/enfermedad/atención/prevenición³⁵.

En cuanto a optimizar los resultados de salud en los pacientes y, concretamente, **en lo que a la salud pública se refiere** en la farmacia comunitaria se realizan otras actividades clínicas, como parte de otros recursos asistenciales posibles, como son la medición de indicadores de riesgo,

el consejo nutricional, la educación para la salud, además de aquellas derivadas de la farmacovigilancia y los programas de salud pública tales como los cribados y las campañas sanitarias.

Integración de los servicios farmacéuticos con otros procesos asistenciales del entorno socio-sanitario. Acciones de *out-office*

Llegado este punto de la discusión, merece la pena citar el destacado rol asistencial de todas aquellas actividades farmacéuticas que se proyectan en el entorno socio-sanitario de sus pacientes y, en general, de la comunidad a la que ofrecen sus servicios. Las acciones que las autoras hemos denominado de *out-office*, es el tercer nivel de actividad que culmina el escenario asistencial de las oficinas de farmacia, **al fortalecer la integración de la atención farmacéutica con el resto de recursos terapéuticos del sistema de asistencia plural.**

Las actividades asistenciales *front-office* tienen como destinatarios a los pacientes que acuden a la farmacia, pero también pueden tener repercusiones en los resultados en salud de los colectivos a los que pertenecen dichos pacientes, e incluso en otros escenarios socio-sanitarios. La farmacia comunitaria no se puede pensar con un lugar asistencial aislado, sino que debe pensarse como parte del sistema socio-sanitario y plural de asistencia. De hecho, **la perspectiva del pluralismo asistencial pretende que la farmacia comunitaria visualice su papel y su función desde una mirada global e integral para la sociedad en la que está inmersa.** Y en este sentido, las actividades *out-office* sirven para formalizar y potenciar tal integración.

Entre las actividades asistenciales que concreten mecanismos de integración y proyección en los entornos sanitarios, se pueden mencionar: la **derivación** del paciente a otros profesionales sanitarios ya sea en atención básica o especializada, la **coordinación de actividades entre diferentes niveles asistenciales**, la **participación en el cuidado directo de pacientes** como es el caso de los pacientes crónicos, **colaboración con las redes populares de auto-cuidado de la comunidad**, la **participación en procesos virtuales de asistencia** cuyo ejemplo más actual es la receta electrónica, la investigación asistencial de los resultados y del uso habitual de los medicamentos, en estudios postautorización de medicamentos, farmacovigilancia y en el acom-

pañamiento de pacientes, y pero último, la **docencia** para estudiantes de farmacia y/o técnicos, para profesionales en formación especializada o continuada, para otros profesionales sanitarios y por supuesto, para los pacientes y sus cuidadores.

Es así que, ante el evidente incremento en la esperanza de vida de nuestras poblaciones y de los retos que plantea la cronicidad de las enfermedades y de uso de medicamentos, **la participación directa en los cuidados de los pacientes crónicos, pluripatológicos y/o polimedcados, pacientes con medicaciones complejas y/o pacientes atendidos en sus domicilios** está tomando día tras día una importancia mayor para la farmacia comunitaria. Esta participación en el cuidado no sólo está mediada por la mera dispensación de "muchos" medicamentos, sino por la complejidad farmacoterapéutica de las terapias que se están prescribiendo a pacientes no institucionalizados. Tal y como se ha descrito para los pacientes oncológicos³⁶ y la atención domiciliaria³⁷, es preciso incorporar las tendencias asistenciales del paciente en lo cotidiano y trabajar junto con todos los demás actores sanitarios y socio-familiares para que la atención sea adecuada al contexto socio-cultural donde el individuo utiliza los medicamentos. **Tal adecuación es fundamental para garantizar el éxito terapéutico.**

Por otro lado, en esta atención de gran complejidad a la comunidad, cobra importancia el **conocimiento de las redes de auto-cuidado desarrolladas y funcionales en la comunidad.** En primer lugar, a nivel de la atención personalizada, tal conocimiento logra garantizar un acercamiento eficaz y una mayor comprensión de la experiencia asistencial del paciente y usuario de la farmacia. Y en segundo lugar, a un nivel más amplio, puede conducir a establecer interesantes relaciones que favorecen la integración de la farmacia en el tejido social de la comunidad. La articulación de la farmacia con otros dispositivos de auto-cuidado existentes en el entorno permite un mayor conocimiento de las necesidades asistenciales de la población y una mayor coordinación entre ambos. Si esto se realiza con el objetivo común de maximizar la ganancia en salud de la comunidad, dicha colaboración se traduce en una mayor eficacia y cualidad de las actividades farmacéuticas y, por ende, de la asistencia farmacéutica. Un ejemplo concreto de ello podría ser la coordinación con grupos de auto-

ayuda, asociaciones de pacientes, entre aquellos existentes en la comunidad.

Finalmente, el reconocimiento oficial de la farmacia comunitaria como lugar de asistencia pone de relieve otras consideraciones institucionales complejas, que van más allá de la gestión interna de la farmacia, y que se relacionan con el resto de dispositivos e instituciones del ámbito biomédico. Desde hace décadas, está siendo reconocida la contribución de la farmacia comunitaria a la atención primaria y la salud pública³⁸⁻⁴⁰, y actualmente vuelve a cobrar importancia dados los nuevos retos que plantea el envejecimiento de la población, la cronicidad, los nuevos medicamentos, y la reducción de recursos sanitarios disponibles para medicamentos^{2,6}. Por tanto, **mejorar el papel asistencial que la farmacia comunitaria que juega en la actualidad requiere, además de todo lo anterior, optimizar la coordinación con el resto de dispositivos biomédicos (públicos y privados)**. Esta coordinación pasa por el desarrollo de protocolos compartidos y por el fortalecimiento de los sistemas de información sobre los pacientes, comunes y contruidos por todos los profesionales implicados en su cuidado. De este modo se asentarían las bases necesarias para una coordinación integrada de la gestión clínica con la que alcanzar los mejores resultados en la salud de las poblaciones atendidas.

Conclusiones

El estudio del *pluralismo asistencial* permite dar cuenta de la existencia de diferentes recursos de atención a la salud en una sociedad dada, destacando la importancia del modelo popular a menudo menospreciado. A su vez, los *procesos asistenciales* permiten entender cómo la población articula estos recursos de atención en salud, basándose en las *representaciones de la salud y la enfermedad*, así como en las interrelaciones que se dan, en cada sociedad concreta, entre modelos y recursos asistenciales.

La **perspectiva del pluralismo asistencial invita a la farmacia comunitaria a conocer en profundidad el marco plural de asistencia en el que se inscribe, así como entender tanto los comportamientos y prácticas de la población respecto su salud, como las representaciones en salud de los pacientes que atiende**. Esta visión integradora permite reforzar el rol asistencial centrado en el paciente y promover la coordina-

ción con las otras piezas del puzzle asistencial ofreciendo servicios ajustados a las necesidades de la comunidad. En síntesis, la perspectiva aquí planteada no sólo reconoce la farmacia como lugar de atención en salud, sino que dibuja un marco a partir del cual desarrollar y optimizar la asistencia farmacéutica ofrecida a la comunidad.

Como ha sido expuesto, el desarrollo de las actividades asistenciales centradas en los pacientes deberían ser implementadas considerando su transversalidad (*back-office, front-office, out-office*) a partir del rol farmacéutico asistencial. Tal y como muestran los elementos de formalización de la Atención Farmacéutica expuestos en la discusión, asumir y aprovechar el papel asistencial de la farmacia comunitaria requiere concretar dos transformaciones básicas: **la transformación de actividad centrada en el producto, a una actividad centrada en el servicio a las personas; y una transformación de profesionales dirigidos y focalizados en la venta de productos, a profesionales enfocados a prestar asistencia, eso es, centrados en la atención a las necesidades de los pacientes**.

Sin olvidar el momento crucial que está viviendo la farmacia comunitaria, con la presente revisión se advierte de la importancia de la gestión de la calidad de los servicios que la farmacia comunitaria debe brindar a la población. Y en síntesis, se plantea que **la formalización del papel asistencial de los dispositivos de farmacia es el primer paso a partir del cual focalizar las labores de investigación, desarrollo, optimización e innovación en los servicios ofrecidos a los pacientes**; y en último término, lograr la calidad asistencial requerida.

En definitiva, una verdadera colaboración entre recursos, en el marco de contextos donde el pluralismo asistencial es una realidad ineludible, supone el reto de usar la perspectiva del pluralismo asistencial, descrita desde la antropología de la salud. En esta dirección, la presente revisión afronta el reto adicional de ampliar las herramientas disponibles para los profesionales farmacéuticos, y al mismo tiempo, y más allá de ello, fortalecer el acercamiento y los vínculos de colaboración entre la farmacia y las ciencias sociales en general, y la antropología médica o de la salud en particular. Tal y como ya había expresado Pibernat-Mir⁴¹, también concluimos que, aunque somos conscientes de que nuestras disciplinas se fundamentan a me-

nudo en concepciones epistemológicas distantes, desde nuestro punto de vista, los desencuentros epistemológicos existentes entre disciplinas suponen más un reto que una limitación para la construcción de propuestas innovadoras. Es por ello que, las autoras del presente artículo defendemos el potencial de una verdadera colaboración interdisciplinar y trabajamos para un acercamiento real entre ambas disciplinas basado en un reconocimiento científico mutuo, y con unos objetivos e intereses comunes: la ganancia en salud de las poblaciones. Es momento de apertura y colaboración.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. ¿Qué puede hacer su farmacéutico comunitario por su salud? Madrid: SEFAC; 2012. Disponible en: <http://www.sefac.org/>.
2. Pharmaceutical Group of European Union. Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea. Libro Blanco de la Farmacia Comunitaria Europea. Bélgica: PGEU; 2012. Disponible en: <http://www.pgeu.eu>.
3. Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia. Boletín Oficial del Estado, n° 100, 26 de abril de 1997.
4. Ley 29/2006 de 27 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, n° 178, de 27 de julio de 2006.
5. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2012. Madrid: CGCOF; 2013; 62. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/infoestadistica/Documents/Estadisticas2012.pdf>.
6. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. La Oficina de Farmacia en España. Organización Farmacéutica Colegial. Madrid: CGCOF; 2012. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacioncolegial/profesionfarma/Paginas/colegiaciondatestadisticos.aspx>.
7. Llanes R, Aragón A, Sillero MI, Martín MD. ¿Ir al centro de salud o bajar a la farmacia? Las oficinas de farmacia como recurso de atención primaria. *Aten Primaria* 2000;26(1):11-15.
8. Pibernat-Mir L. Descontrol diabético: Controversias en las prácticas terapéuticas de la DM2 [Trabajo final de máster] Tarragona: Master en Antropología Médica y Salud Internacional. Universitat Rovira i Virgili; 2012.
9. Lago Moneo JA, Viveros Cuásquer JE, Yzquierdo Heredia J. El gasto farmacéutico en España. Evolución internacional, situación nacional y medidas de control del gasto. EAE Business School. 2012; 16. Disponible en: http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/eae_gasto_farmaceutico.pdf.
10. Silcock J, Raynor DK, Petty D. The organisation and development of primary care pharmacy in the United Kingdom. *Health Policy* 2004;67(2):207-14.
11. Noyce PR. Providing patient care through community pharmacies in the UK: policy, practice, and research. *Ann Pharmacother* 2007;41(5):861-8.
12. Christensen DB, Farris KB. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in the US. *Ann Pharmacother*. 2006;40(7-8):1400-6.
13. Bell JS, Väänänen M, Ovaskainen H, Närhi U, Airaksinen MS. Providing patient care in community pharmacies: practice and research in Finland. *Ann Pharmacother* 2007;41(6):1039-46.
14. Field M. The modern medical system: The Soviet variant. En Leslie, C. (ed.) *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley: University of California Press; 1976.
15. Cosminsky S. Medical Pluralism in Mesoamerica. En Kendall C, Hawkins J, Bossen L, eds. *Heritage of Conquest: Thirty Years Later*. Albuquerque: University of New Mexico Press 1983;159-173.
16. Muela J. Malaria en Lipangalala. Pluralismo médico y procesos asistenciales para malaria infantil en una comunidad africana. Tomo I y II. [Tesis doctoral]. Barcelona: Departamento de Antropología Social y Cultural. Universidad Autónoma de Barcelona; 2007.
17. Menéndez EL. Intencionalidad, experiencia y función: La articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social* 2005;14:33-69.
18. Menéndez E. La enfermedad y la curación

- ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 1994;4(7):71-83.
19. Haro JA. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguero E, Comelles JM, eds. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Editorial Bellaterra; 2000.
20. Comelles JM, Martínez A. *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid; EUDEMA: 1993.
21. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems, en Curren C, Stacey M. (eds.) *Concepts of Health, Illness and Disease*. Berg Pub.Ltd: 1986.
22. Cosminsky S, Scrimshaw M. Medical pluralism on a Guatemala plantation, *Social Science and Medicine* 1980;14(B):267-278.
23. Faus MJ, Amariles P, Martínez-Martínez F. *Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos*. Madrid: Ergon; 2008.
24. Cipolle R, Strand LM, Morley P. *Pharmaceutical Care Practice. The Patient Centered Approach to Medication Management*. Third edition. New York: McGraw-Hill companies; 2012.
25. Strand LM, Cipolle R, Morley P, Frakes M. The impact of Pharmaceutical Care on the patient in the Ambulatory Practice Setting: Twenty-five years of experience. *Curr Pharm Design* 2004;10(31):3987-4001.
26. Sabater D, Silva-Castro MM, Faus MJ. *Método Dáder: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico*. Granada: GIAF-UGR; 2007.
27. Machuca M. *Seguimiento Farmacoterapéutico*. Barcelona: Ediciones Mayo; 2008.
28. Machuca M, Paciaroni J, Mastroianni P, Arriagada L, Silva-Castro MM, Escutia R, et al. *Guía para la Implantación de Servicios de Gestión Integral de la Farmacoterapia*. Sevilla: OFIL; 2012.
29. Ramalho de Oliveira D, Brummel AR, Miller DB. Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. *J Manag Care Pharm*. 2010;16(3):185-95.
30. Royal Pharmaceutical Society. *Medicines Optimisation: Helping patients to make the most of medicines Good practice guidance for healthcare professionals in England*. London; 2013
31. Shoemaker SJ, Ramalho de Oliveira D. Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience. *Pharm World Sci* 2008;30(1):86-91.
32. Silva-Castro MM. Análisis cualitativo de la experiencia farmacoterapéutica: el caso del dolor tratado con medicamentos como fenómeno abordable desde la antropología de la salud. *Rev. O.F.I.L.* 2012; 22(3):111-122.
33. Tuneu L, Silva-Castro MM. El paciente como centro del seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp* 2008;10(3):120-130.
34. Coulter A. *Engaging Patients in Healthcare*. Berkshire; Open University Press. McGraw-Hill Education: 2011.
35. Menéndez EL. Participación social en salud: las representaciones y las prácticas. En: Menéndez EL, Spinelli HG. *Participación Social ¿Para qué?* Colección Salud Colectiva. Buenos Aires; Lugar Editorial: 2006.
36. Silva-Castro MM. Gestión integral de la farmacoterapia en la atención del paciente oncológico. *OFIL* 2013;23(2):63-68.
37. Silva-Castro MM, Rius Font L, Font Olivet A. Optimización de la Farmacoterapia. Estrategias para una mejora de la calidad asistencial en la Atención Sanitaria Domiciliaria. *OFIL* 2013;23(2):45-48.
38. Organización Mundial de la Salud. *El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud*. Informe Tokio: OMS; 1993.
39. Segunda Reunión de la OMS sobre la función del farmacéutico: Servicios farmacéuticos de calidad: Ventajas para los gobiernos y el público. Septiembre de 1993.Tokio: OMS; 1993.
40. Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento de Consenso. Foro en Atención Farmacéutica. Madrid: MSC; 2008.
41. Pibernat-Mir L. Epistemological reflexivity in diabetes research: learning from interdisciplinarity. Encounters and engagements: creating new agendas for medical anthropology. Joint International Conference. Tarragona: EASA Medical Anthropology Network. AAA Society for Medical Anthropology Universitat Rovira I Virgili; 2013. Disponible en: <http://www.medical-anthropology-urv.cat/>.