

Revisiones · Reviews

Atención Farmacéutica, Determinantes sociales de la Salud y Comunidad: nuevo paradigma

Pharmaceutical Care, Social Determinants of Health and
Community: a new paradigm

Información

Fechas:

Recibido: 13/10/2022

Aceptado: 30/03/2023

Publicado: 15/04/2023

Correspondencia:

Antonio Villafaina Barroso
farmacia@lacomunitaria.es

Conflicto de intereses:

Todos los autores de este artículo excepto AAS, trabajan en Farmacia Comunitaria que, según la normativa, se financia de los medicamentos y mercancías que se venden y no de los servicios que se prestan.

Financiación:

Este artículo ha sido financiado con fondos propios de la Farmacia La Comunitaria Dr. Antonio Villafaina Barroso.

Agradecimientos

A Adrian Alonso Ruiz por sus aportaciones, sus sugerencias han enriquecido este texto.

© 4.0 BY-NC-SA

Autorías

Antonio Villafaina-Barroso^{1,2}  0000-0003-2998-7526

Nicolas Mba Bee-Nchama^{1,2}  0000-0002-6253-9285

Natalia Correa-Magdalena¹  0000-0002-9614-3297

Javier Vicente-Cardoso¹  0000-0003-4335-088X

Analia Abt-Sacks³  0000-0001-7153-8586

¹Farmacia la Comunitaria, San Isidro, Granadilla de Abona, Santa Cruz de Tenerife. España. <https://www.lacomunitaria.es/>

²Fundación para la Innovación, la Investigación, la Formación y el Desarrollo Comunitario. <http://www.fundec.org/>

³Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS).

Contribución de autorías

Todas las personas firmantes han contribuido por igual en la investigación y la elaboración de este trabajo.

Cómo citar este trabajo

Villafaina-Barroso A, Mba Bee-Nchama N, Correa-Magdalena N, Vicente-Cardoso J, Abt-Sacks A. Atención Farmacéutica, Determinantes sociales de la Salud y Comunidad: nuevo paradigma. Pharm Care Esp. 2023;25(2):50-64.

RESUMEN

Este trabajo analiza las limitaciones de la conceptualización actual de la Atención Farmacéutica, revisando los distintos enfoques comunitarios centrados en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y propone una evolución hacia la Atención Farmacéutica Comunitaria, definida como i) la participación activa de la farmacia en la asistencia a su comunidad a través del mapeo de, la coordinación y la derivación hacia otros recursos y profesionales de dentro y fuera del sistema sanitario, ii) el diagnóstico de salud de su barrio y iii) la catalización de procesos comunitarios, a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente y de su comunidad. De este modo, los autores proponen un nuevo paradigma de Farmacia Catalizadora de Salud Comunitaria.

Palabras clave: Atención Farmacéutica; Determinantes Sociales de la Salud: Abordaje comunitario.

ABSTRACT

This paper analyzes the limitations of the current conceptualization of Pharmaceutical Care, reviewing the different community approaches focused on the Social Determinants of Health (SDH) and proposes an evolution towards Community Pharmaceutical Care, defined as i) active participation of the pharmacy in assisting its community through mapping, coordination and referral to other resources and professionals inside and outside the health system, ii) the health diagnosis of its neighborhood and iii) the catalysation of community processes in order to achieve results that improve the quality of life of the patient and its community. In this way, the authors propose a new paradigm of the Pharmacy as a catalyst for the Community Health.

Key Words: Pharmaceutical Care; Social Determinants of Health; Community approach.

Introducción

Para los Sistemas Sanitarios de todo el mundo, la crisis del COVID-19 ha llevado a la ampliación de roles profesionales, responsabilidades y una importante adaptación de los modelos de atención⁽¹⁾. La farmacia comunitaria en España (FC) no ha sido ajena a estos cambios y pese a la evolución histórica de los marcos de la Atención Farmacéutica (AF) y los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA), estos se han visto sobrepasados por la necesidad y la urgencia de la crisis sanitaria.

Por otro lado, se ha visto una vez más cómo la comunidad surge como un actor imprescindible ante las necesidades crecientes y el tensionamiento de los sistemas de bienestar. Esto se evidencia en los países de Europa del Sur, donde la familia asume buena parte de la responsabilidad de cuidados y se apela a la comunidad para socializar el riesgo asociado a los cuidados en un sistema donde lo común se convierte en una parte integrante de los derechos y deberes de ciudadanía⁽²⁾.

La relación entre la farmacia y la comunidad aparece aquí como elemento que es necesario explorar con el objetivo de conocer cómo se configuran los espacios de reconocimiento común, es decir, de lo comunitario. En una investigación sobre las representaciones sociales en torno a la farmacia comunitaria, Llanes de Torres y colaboradores sugirieron que los usuarios las perciben como un elemento accesible y de confianza ejemplificándolo, por ejemplo, a través de las imágenes asociadas a “ir al médico”, que carecen de la cercanía y familiaridad de las asociadas a “bajar a la farmacia”⁽³⁾.

Esta noción de cercanía va más allá de lo físico, pues como dice Martínez Gutiérrez, en barrios y pueblos, el espacio físico y el social tienen el potencial de confundirse: “la trama de uno actúa el entramado del otro y viceversa; el lugar deviene vínculo, el vínculo acredita al lugar”⁽⁴⁾. De este modo, las farmacias de barrios y zonas rurales aparecen como espacios donde se genera identidad y pertenencia, desarrollándose vínculos entre los miembros de la comunidad que se basan, en parte, en la proximidad espacial⁽⁵⁾. Son lugares de vecindad permeable a los vínculos de quienes los habitan, sus conversaciones y desigualdades, expuestas al desorden de lo cotidiano⁽⁶⁾.

En este marco conceptual, la Farmacia Comunitaria aparece en una posición privilegiada para poder desarrollar programas de salud comunitarios con un alto impacto, desarrollando alianzas y sinergias desde su estratégica posición en la comunidad.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar las limitaciones de la conceptualización actual de la Atención Farmacéutica y los Servicios relacionados con la

Salud Comunitaria, ambos enmarcados en los SPFA, revisando los distintos enfoques comunitarios centrados en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y proponer un nuevo paradigma donde los DSS y la Comunidad sean elementos centrales.

Limitaciones de la atención Farmacéutica

Nuestra experiencia a lo largo de estas décadas y la crisis del Covid-19 nos ha llevado a constatar que la Atención Farmacéutica se ha quedado limitada a la hora de contestar a una serie de preguntas que se desprenden de su propio ejercicio: ¿cómo responder ante el problema de la creciente medicalización de la vida?, ¿qué pasa con el obstáculo que suponen los DSS para la adherencia terapéutica y el uso adecuado del medicamento? o ¿cómo se puede hacer Atención Farmacéutica continuada y sostenible en un contexto de crisis de la Atención Primaria en Salud que imposibilita la coordinación efectiva con los Equipos de Atención Primaria? Estas y otras preguntas, no encuentran respuesta satisfactoria solo añadiendo actividades comunitarias a los SPFA dejando intacto el concepto de AF, como ha sido planteado⁽⁷⁾, sino que buscan reformular ambos elementos de los SPFA a través de enfoques biopsicosociales y de equidad en salud desde la FC.

La conceptualización histórica de la AF en España, está dividida en las actividades orientadas al medicamento y en las actividades orientadas al paciente⁽⁸⁾, como recoge la Figura 1 y más recientemente el Foro de AF-FC⁽⁷⁾ ha enunciado los servicios relacionados con la salud comunitaria SRSC, definiéndolos como “Aquellas actividades realizadas desde la Farmacia Comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales en la educación, promoción y protección de la salud, así como en la prevención de la enfermedad, utilizando, en cada caso, los programas de salud pública y/o recursos adecuados, en colaboración con todos los agentes implicados.”(Figura 2).

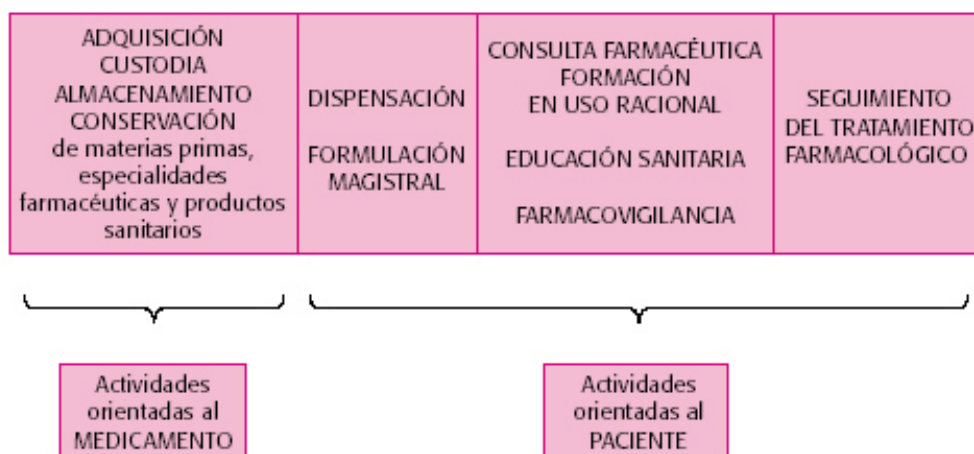
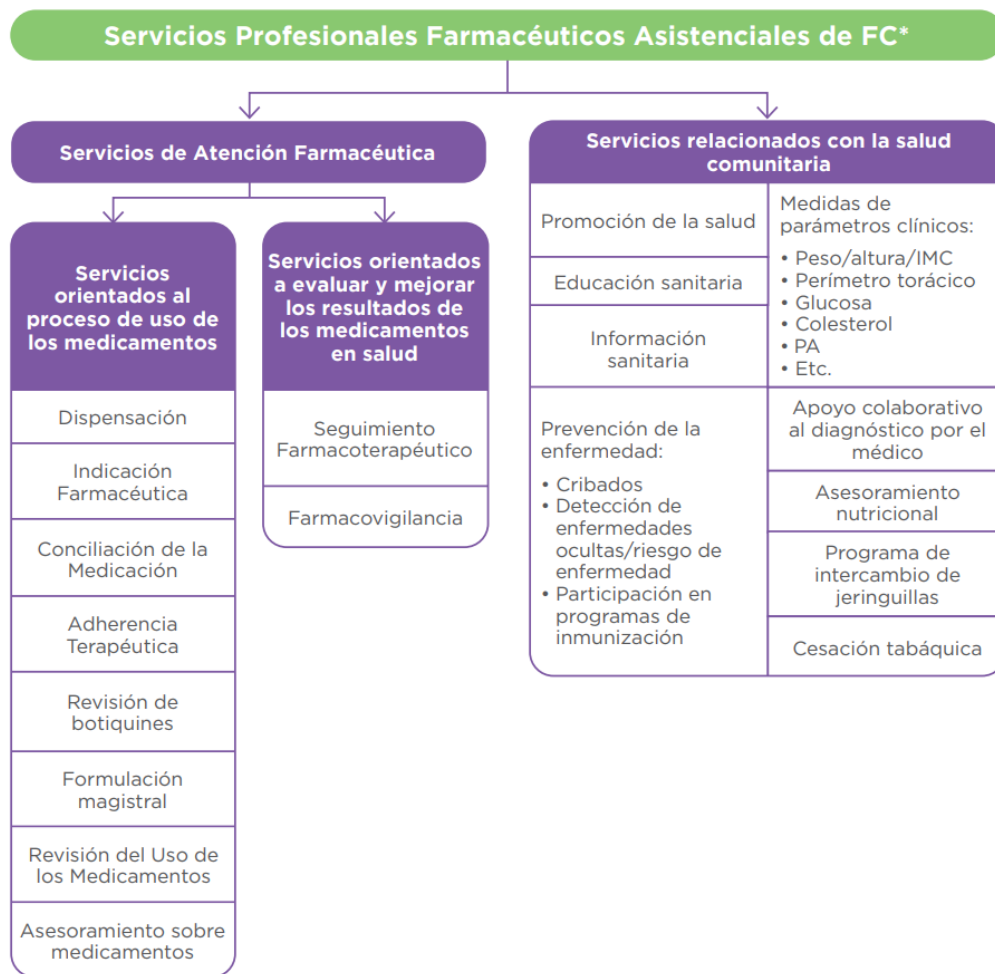


Figura 1. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Fuente: Ministerio de Sanidad⁹.

Figura 2. Clasificación de los SPFA. Foro AF-FC, 2019⁷.



*Esta clasificación no excluye otros SPFA que pueden ser contemplados.

Este marco, que parece dar una base sólida sobre la que trabajar construida de manera compartida y conjunta hasta convertirse en un consenso, presenta algunos problemas relevantes: en primer lugar, no ha conseguido la integración de la FC con el resto del sistema sanitario. En segundo lugar, no dota de las herramientas para abordar situaciones que aún, afectando directamente al estado de salud del paciente y medicalizándose, escapan de la relación tradicional con el sistema sanitario (pobreza energética, violencias machistas o racistas, desempleo, etc.). Estas circunstancias (sociales, ambientales, económicas, políticas, culturales, educativas, geográficas y sanitarias), que se han venido a llamar Determinantes Sociales de la Salud (DSS)⁽¹⁰⁾, son fundamentales en el desarrollo y perpetuación de desigualdades en salud, entre las que podemos encontrar un desigual acceso y adherencia a tratamientos⁽¹¹⁾. En tercer lugar, en lo que respecta específicamente a la AF, se trata de un enfoque restrictivo de la misma que obvia la existencia de otras definiciones que ya incluían la mirada biopsicosocial⁽¹²⁾, proponiendo identificar las circunstancias sociales, económicas y psicológicas del paciente como factores que impactan en la farmacoterapia⁽¹³⁾. En cuarto lugar,

	Año y ref.
"la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente"	Hepler CD, Strand LM. 1990 ⁽⁸⁾
"La atención de cualquier persona a un paciente en el campo de la farmacoterapia mediante el seguimiento continuo de sus efectos clínicos y psicosociales."	Munroe W, Dalmady-Israel C 1998
"la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, 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"	MSC 2002 ⁽⁹⁾
"la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente mediante la Dispensación, Indicación Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico. Esta participación implica la cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios, para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, así como su intervención en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades. Se trata de una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos."	foro de AF-FC 2008 ⁽¹⁴⁾
"Es la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente a través de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales. Esta participación implica la cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios, para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, así como su intervención en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades. Se trata de una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos."	foro de AF-FC 2021 ⁽⁷⁾

la lista de SRSC del Foro AF-FC no deja de ser una extensión de actividades clínicas con una denominación distinta, pues a pesar de incluir la Promoción de la Salud y la Educación Sanitaria, estas actividades sin un enfoque comunitario y de DSS, no difieren mucho de una actividad clínica. Por lo tanto, es necesario preguntarnos qué hay realmente de comunitario en esos servicios.

Tabla 1. Evolución histórica de la definición de Atención Farmacéutica.

Así, y trascendiendo el marco español, la evolución histórica de la definición de Atención Farmacéutica (AF) (Tabla 1) y de sus contenidos (Tabla 2), adolecen de limitaciones derivadas de una falta de una perspectiva que tenga en cuenta los DSS y el abordaje comunitario tan presente en las FC que además, han evolucionado a peor, perdiendo la concisión, la exactitud y la *finezza* necesarias en cualquier definición destinada a establecer los marcos de actuación de toda una profesión.

Tabla 2. Contenido de la Atención Farmacéutica y los SPFA.

	Año y ref.
"seguimiento farmacológico en el paciente, con los objetivos de responsabilizarse con el paciente de que el medicamento le va a hacer el efecto deseado por el médico que lo prescribió o por el farmacéutico que lo indicó y de estar atento para que a lo largo del tratamiento no aparezcan o aparezcan los mínimos problemas no deseados, y si aparecen, resolverlos entre los dos o con la ayuda de su médico"	Faus. 1999 ⁽¹⁵⁾
"aquellas actividades sanitarias prestadas desde la FC por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos. Dichas actividades, alineadas con los objetivos generales del sistema sanitario, tienen entidad propia, con definición, fines, procedimientos y sistemas de documentación, que permiten su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad"	Foro AF-FC 2019 ⁽⁷⁾

Enfoques basados en DSS y en la Comunidad

Existen diversos ejemplos de servicios dentro de la FC que parten de un enfoque basado en los DSS. En Estados Unidos, Foster et al. (2021) encontraron que la incorporación de trabajadores sociales y comunitarios, por una parte, y la formación de un miembro del personal de la farmacia como especialistas en DSS, por otra, fueron dos modelos utilizados en las farmacias para abordar los DSS. Además, en sus resultados destacan la necesidad de construir alianzas entre las farmacias, las organizaciones comunitarias y los departamentos de salud pública⁽¹⁶⁾. Una revisión bibliográfica en el mismo contexto señala el conocimiento de recursos comunitarios, junto con un proceso planificado y alineado a la Atención Farmacéutica como claves de éxito en el cribado de pacientes por vulnerabilidad social desde la farmacia⁽¹⁷⁾. Así, encontramos ejemplos que se han desarrollado a nivel internacional donde la FC asume un papel dentro de los sistemas comunitarios de cuidados, en áreas como la prevención del suicidio o la atención a la demencia.

Apoyándose en el potencial comunitario que posee la FC, en España se han puesto en marcha iniciativas como la "Mascarilla-19"⁽¹⁸⁾ para la prevención de la violencia de género durante los períodos de confinamiento decretados por la pandemia del Covid-19. En una línea parecida, el proyecto RADARS⁽¹⁹⁾ en Barcelona constituye un excelente ejemplo de la colaboración entre las FC y los servicios sociales con el objetivo de identificar a personas mayores con riesgo de aislamiento y exclusión social⁽²⁰⁾. Liderado por los servicios sociales, pero en continúa coordinación con diferentes agentes locales, el proyecto está basado en la cooperación y corresponsabilidad de todos los actores. Así, se construye una iniciativa desde lo cotidiano del tejido comunitario y es en este territorio donde las FC aparecen como "radares especializados", con actividades que van desde la identificación y comunicación de situaciones de riesgo, mediación y educación sanitaria.

Aunque hay una serie de actividades asociadas a los SPFA que se han hecho en otros países en torno a la salud mental, como el apoyo a la adherencia al tratamiento o la revisión del uso de medicamentos⁽²¹⁾, existen una serie de experiencias más participativas, integradas y con una orientación a la comunidad. En este sentido, el modelo de los guardianes comunitarios o facilitadores se encuadra dentro de una estrategia de prevención secundaria del suicidio. Se basa en la idea de que los intercambios sociales informales suelen ser más frecuentes que los formales (por ejemplo, las citas con el médico) y por lo tanto, mejor posicionados para detectar determinados problemas. Los facilitadores en la comunidad representarían un grupo heterogéneo de profesionales, entre los que se podrían encontrar profesores, trabajadores sociales, farmacéuticos y figuras religiosas⁽²²⁾. A pesar de que muchas de estas personas tienen contacto diario con personas en riesgo de suicidio o con un potencial diagnóstico de depresión, rara vez se les considera un gru-

po objetivo para las intervenciones de salud pública, aunque la evidencia sugiere que son efectivos⁽²³⁾. Centrándonos en el papel de la FC, investigadores en Reino Unido señalaron que los equipos de FC ya apoyan a las pacientes en relación con las autolesiones y el suicidio, a menudo basándose en su experiencia personal en ausencia de una formación formal⁽²⁴⁾. Si existiese una formación adecuada basada en la evidencia y vías de derivación claras, los autores consideran que podría ser mucho más eficaz. A pesar de existir cada vez más experiencias, la evidencia científica acerca del papel de las FC en la prevención del suicidio es aún limitada⁽²⁵⁾. En el marco de la salud mental existen experiencias igualmente interesantes como el programa "Farmacia adaptada a la demencia"⁽²⁶⁾ en este proyecto en dos fases, se avanzó hacia la creación de redes de cooperación con los servicios locales, así como el desarrollo de iniciativas destinadas a aumentar la visibilidad de la atención a la demencia y a crear redes comunitarias para facilitar el acceso a los diferentes servicios, tanto para personas con demencia como para sus cuidadores. Al conceptualizar la demencia como una responsabilidad profesional y comunitaria, la creación de alianzas comunitarias desde la FC permitió mejorar la navegación por un sistema asistencial comunitario, que en la mayoría de los casos se encuentra en un estado fragmentado y desajustado⁽²⁷⁾, para alcanzar una mejor atención a las necesidades de las pacientes.

La farmacia comunitaria en Reino Unido ofrece, quizás, el ejemplo más amplio de alineación de la FC y los objetivos de la salud pública basados en los DSS, en una orientación comunitaria y un sistema de incentivos que lo hagan sostenible⁽²⁸⁾.

En 2017 había en Inglaterra 833 servicios de salud pública funcionando en FC a iniciativa de autoridades locales⁽²⁹⁾, si bien una parte de esos servicios ya se vienen implementando en la AF en España⁽³⁰⁻³³⁾, con alta frecuencia de iniciativas piloto, nula implicación de la administración pública y sin continuidad, los aspectos más innovadores de la experiencia británica y que van en la línea de nuestras propuestas son:

- El Marco Contractual de la Farmacia Comunitaria del National Health Service (NHS) constaría de manera general de tres niveles de servicios: esenciales, avanzados y mejorados junto a los que se adjudican a nivel local. Para el Marco Contractual que va desde 2019 a 2024, con una dotación presupuestaria de 15.000 millones de euros y que dará estabilidad empresarial y sostenibilidad a los proyectos durante 5 años, además de establecer la obligación de cumplir el estándar de la "Healthy Living Pharmacies" (HLP) a partir de 2021⁽³⁴⁾.
- La coordinación con actores y actrices de la comunidad, que va más allá de la relación bidireccional con el centro de salud, pues se entiende que la promoción de la salud, sobre todo desde la perspectiva comunitaria y teniendo en cuenta las desigualdades en salud, debe implicar la participación de más protagonistas de la comunidad.

- La formación del personal de la FC, con la creación de la figura de “*Health Champion*”, que tiene la función de conectar con el resto de partes interesadas a nivel local, como los profesionales de salud, servicios comunitarios, autoridades locales y otros miembros de la comunidad, y, por último, contar con el entorno adecuado para facilitar las intervenciones de promoción de la salud con una zona dedicada a ello.⁽³⁵⁾
- Al igual que en el modelo francés, las FC en Inglaterra cobrarán progresivamente menos por la dispensación de medicamentos, pero el presupuesto se mantendrá similar para las actividades relacionadas con farmacia comunitaria, ya que se planea reinvertir el dinero que se ahorrará en los distintos servicios que llevan a cabo las farmacias.⁽³⁶⁾ En España también existen incipientes experiencias de enfoques centrados en la comunidad y en la salud comunitaria. Así, en Bee y cols. (2021)⁽³⁷⁾, tenemos la prueba de cómo se es capaz de liderar la salud comunitaria desde la farmacia, a través de un proceso de diagnóstico comunitario y mapeo de recursos que ha dado lugar a un marco de coordinación de entidades comunitarias con amplia participación farmacéutica. Dependiendo de las necesidades concretas de ciertos grupos de pacientes, también se puede llevar a cabo mapeos de activos y recursos específicos⁽³⁸⁾.

Nuevo Paradigma: Farmacia Catalizadora de Salud Comunitaria

Además de ensanchar, concretar y dotar de contenido añadiendo dos bloques al marco de actividades descritas anteriormente como muestra la Figura 4, el modelo de Farmacia Catalizadora de Salud Comunitaria pretende, con su enfoque basado en los DSS y la Acción Comunitaria, permear todos los SPFA y especialmente la AF. Entendemos que es precisamente dentro de los servicios de AF donde es más necesario este enfoque, pues es el espacio donde es posible la transformación de la práctica clínica en sí misma, frente al reto la creciente medicalización de la vida y las inequidades en salud para cuya solución la FC reúne claves importantes. En ese sentido, el nivel acción 1 de los tres propuestos por Armas y cols. (2018), para mejorar la Salud de la comunidad, se denomina nivel Asistencia individual y familiar con orientación comunitaria: “pasar consulta mirando a la calle” y forma parte de la práctica asistencial diaria, eso sí, basada en los DSS e incluye, entre otros elementos, la recomendación de activos, el abordaje biopsicosocial, la perspectiva de la equidad en salud, la atención centrada en la persona y su contexto⁽³⁹⁾. Y lo que nos interesa en esta propuesta es que en ella ningún ámbito de la práctica sanitaria queda como exclusivamente clínico, sino que existe una orientación comunitaria de todos los servicios.

Las limitaciones de la AF aludidas no se deben solo a la ausencia de actividades comunitarias, sino sobre todo a que ésta se basa en un modelo biome-

dicalizador. El tercer y cuarto bloque de actividades del modelo de Farmacia Catalizadora responde al concepto de Atención Farmacéutica Comunitaria, entendida como "la participación activa de la Farmacia en la asistencia a su comunidad." Consistente en poner en el centro a los DSS a lo largo de todo el proceso de Atención Farmacéutica, así como su enfoque comunitario a la hora de abordarlos. A nivel concreto, al hablar de transformar la AF, nos referimos a prácticas como la detección de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos de la Medicación (RNM) ya contemplada por la AF tradicional, en la que no se realiza una evaluación de los mismos de cara a conocer "las causas de las causas"⁽⁴⁰⁾, es decir los factores estructurales que los originan y generan una determinada distribución de estos en la población. Nos referimos también a prácticas como la derivación al médico, donde es importante señalar que en el Centro de Salud existen otros servicios como Trabajo Social y Enfermería Comunitaria de Enlace. Estos servicios tienen la capacidad de impactar muy positivamente en los procesos de salud-enfermedad-cuidados, además del resto de agentes comunitarios que intervienen en diversas dimensiones y condiciones que atraviesan al paciente, partiendo de que "el Centro de Salud no es el único centro de salud"⁽⁴¹⁾. Y de cara a no perder de vista la necesidad de unos Servicios Profesionales Farmacéuticos, en el nivel tres y cuatro de la Atención Farmacéutica Comunitaria el modelo de Farmacia Catalizadora de Salud Comunitaria propone (Tabla 3).

Tabla 3. Actividades de la atención farmacéutica comunitaria.

Nivel III	
Actividad	Ejemplos
Realización de cribados por Determinantes Sociales de la Salud, necesidades sociales o vulnerabilidades sociales	Detectar la exclusión sanitaria de pacientes migrantes Detectar situaciones de soledad no deseada, como en Proyecto Radars Detectar situaciones de violencia de género, como en "Mascarilla 19"
Creación de relaciones colaborativas en el territorio	Acuerdos de colaboración con organizaciones implantadas en el territorio.
Coordinación comunitaria, una vez identificadas las problemáticas que requieren abordaje intersectorial	Creación de un espacio de coordinación más o menos formal (desde un grupo de whatsapp) hasta una mesa de salud.
Derivaciones a la comunidad y sus recursos/actores	Mediante procedimientos normalizados de trabajo que permitan comunicaciones fluidas.
Nivel IV	
Actividad	Ejemplo
Participación activa en la realización de mapeos de activos y diagnósticos participativos de salud	Identificar las personas, lugares, entidades e instituciones que trabajan en violencia de género.
Catalización de procesos comunitarios de promoción de la salud	Conexión de personas dentro del barrio que son activos de salud con el objetivo de crear sinergias y potencialidades.

Entendemos el mapeo de activos para la salud como la identificación de las riquezas y los recursos de la comunidad que generan salud entre sus integrantes a través de un proceso participativo y centrado en lo que nos hace estar sanos⁽⁴²⁾ y a la Catalización de procesos comunitarios como la aceleración de los procesos ya existentes o la creación de las condiciones necesarias para que esos procesos se produzcan (Figura 3). El conocimiento del barrio, de sus problemáticas y de sus integrantes a lo largo todas sus etapas vitales además de sus relaciones y de sus potencialidades hacen a la FC un excelente catalizador de estos procesos.

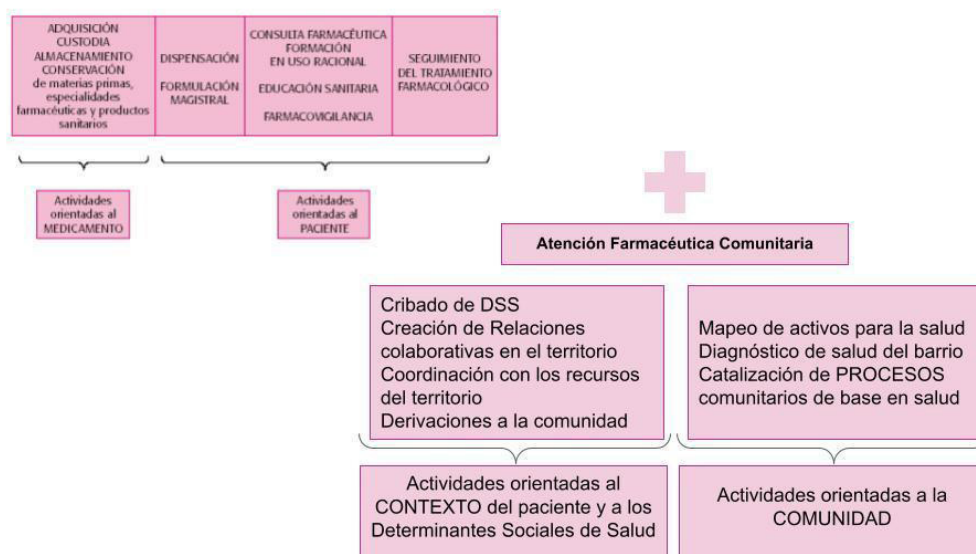


Figura 3. Propuesta de ensanche de las distintas funciones asistenciales del farmacéutico.

La Atención Farmacéutica Comunitaria integrada por los servicios orientados al contexto de cada paciente, a los DSS y a la Comunidad tienen, *per se* efectos en la práctica farmacéutica diaria que se transforma profundamente para contemplar otros elementos, que influyen en torno al medicamento y a la experiencia farmacoterapéutica (Figura 4). Siguiendo a Cofiño, podríamos llamar ejercer la práctica farmacéutica mirando a la calle⁽³⁹⁾.

Mirar a la calle, trabajar en espacios locales de salud en coordinación con otros recursos y personas que trabajan por el bienestar de la comunidad, además de una osadía, es la revolución necesaria que la profesión farmacéutica debe transitar en las próximas décadas y para la que tiene las mejores condiciones.

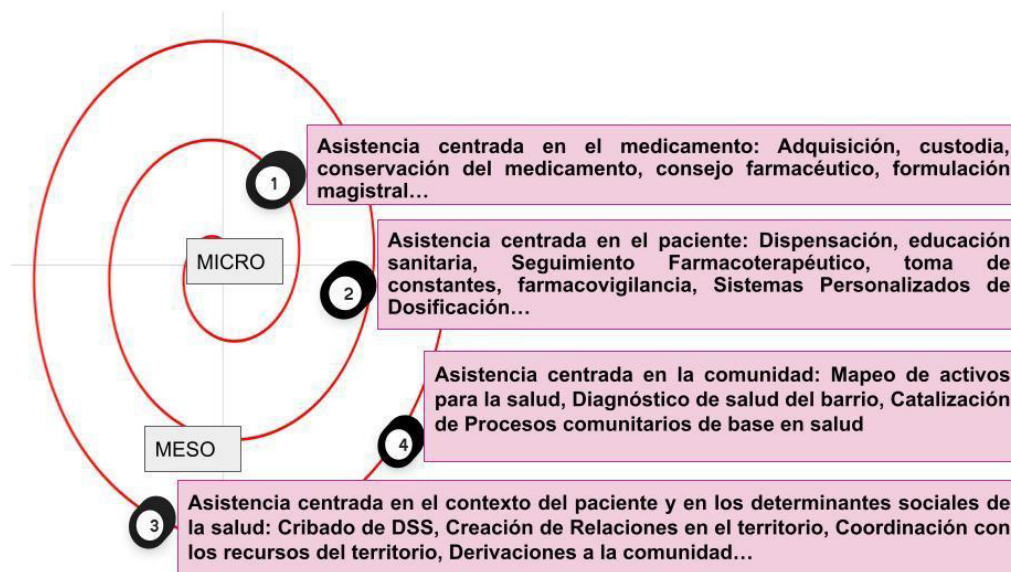


Figura 4. Marco conceptual de Atención farmacéutica teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud.

Bibliografía

- Hayden JC, Parkin R. The challenges of COVID-19 for community pharmacists and opportunities for the future. *Ir J Psychol Med.* 2020;37(3):198-203. doi:10.1017/ipm.2020.52.
- Vega Solís, C. et al. (eds.) Cuidado, comunidad y común: experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida. *Traficantes de Sueños*; 2018 [Acceso 21 Julio 2022]. Disponible en: https://dev.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/TDS-UTIL_cuidados_reducida_web.pdf#page=148
- Llanes de Torres R, Aragón Peña A, Sillero Quintana MI, Martín Ríos MD. ¿Ir al centro de salud o bajar a la farmacia? Las oficinas de farmacia como recurso de atención primaria. *Atención Primaria*, 2000; 26(1):11–15. doi:10.1016/s0212-6567(00)78598-2.
- Gutiérrez EMM. Espacio, memoria y vínculo social. *Urban*, 2014; (7): 7-23. [Acceso: 06/04/2023]. Disponible en: <http://polired.upm.es/index.php/urban/article/view/3079/3147>
- Degnen C. Socialising place attachment: place, social memory and embodied affordances. *Ageing and Society.* 2016;36(8):1645-1667. doi:10.1017/S0144686X15000653
- Street A, Coleman S. Introduction: Real and Imagined Spaces. *Space and Culture*, 2012; 15(1): 4–17. doi:10.1177/1206331211421852
- Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2019.
- Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 533-43.

9. Grupo de Expertos (2001). Consenso sobre atención farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm#indice>
10. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva 2008.
11. Benson C, Wang X, Dunn KJ, et al. Antiretroviral Adherence, Drug Resistance, and the Impact of Social Determinants of Health in HIV-1 Patients in the US. *AIDS Behav.* 2020; 24: 3562–3573. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02937-8>
12. Allemann SS, et al. Pharmaceutical Care: the PCNE definition 2013. *Int J Clin Pharm.* 2014; 36:544–5555 DOI 10.1007/s11096-014-9933-x
13. Munroe WP, Rosenthal TG. Implementing Pharmaceutical Care: Evolution vs. Revolution: Both driving forces and restraining forces are changing pharmacy; a new style of practice can meet changing needs. *American pharmacy.* 1994; 34(4): 57-69.
14. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Documento de Consenso 2008 en Farmacéuticos: revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, ISSN 1135-2388, Accesible desde: <https://www.farmacéuticos.com/farmacéuticos/farmacia/farmacia-asistencial/foro-de-atencion-farmacéutica/>
15. Faus MJ, Martínez F. La Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. *Pharm Care Esp.* 1999; 1:52-61.
16. Foster AA et al. Addressing social determinants of health in community pharmacy: Innovative opportunities and practice models. *J Am Pharm Assoc.* 2021; Sep-Oct;61(5):e48-e54. doi: 10.1016/j.japh.2021.04.022.
17. Kiles TM, Borja-Hart N, Wofford BR, Renfro CP. Screening for social determinants of health in community pharmacy: Identifying best practices, barriers, and strategies for success. *J Am Pharm Assoc.* 2021; Sep-Oct;61(5):e59-e63. PMID: 34078562. doi: 10.1016/j.japh.2021.05.004.
18. Instituto Canario de Igualdad. Informe preliminar del impacto nacional e internacional de Mascarilla-19. 2020 [Acceso 3/02/2023]. Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/igualdad/documentos/estadisticas/INFORME-PRELIMINAR-DEL-IMPACTO-NACIONAL-E-INTERNACIONAL-DE-MASCARILLA-19.pdf>
19. Morales Morales E, Peralta Andrés P, Subirats I, Ribes B, Bonafont Castillo M, Sala Mozos E. Proyecto de Acción Comunitaria Radars para las personas mayores. *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.* 2014; 203:120-129. Disponible en: https://www.academia.edu/30235363/Proyecto_de_Acc%C3%B3n_comunitaria_Radars_para_las_personas_mayores_pdf
20. Col·legi de Farmacèutics de Barcelona. COFB, Radars. [Internet]. [Consultado 29 Jul 2022]. Disponible en: <https://www.cofb.org/es/que-ofrecemos/ciudadanos/servicios-profesionales/radars>

- 21.** Rubio-Valera M. et al. New roles for pharmacists in community mental health care: a narrative review. *International journal of environmental research and public health*. 2014; 11(10): 10967-90. 21 doi:10.3390/ijerph111010967
- 22.** Arensman E, et al. Effectiveness of Depression–Suicidal Behaviour Gatekeeper Training among police officers in three European regions: Outcomes of the Optimising Suicide Prevention Programmes and Their Implementation in Europe (OSPI-Europe) study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2016; 62(7): 651–660.
- 23.** Navío M, Pérez V, coord; Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) y la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM). *Depresión y suicidio. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental*. 2020 [Acceso 12/02/2023]. Disponible en: <https://bienestaryproteccioninfantil.es/depresion-y-suicidio-2020-documento-estrategico-para-la-promocion-de-la-salud-mental/>
- 24.** Gorton HC et al. Current and potential contributions of community pharmacy teams to self-harm and suicide prevention: A qualitative interview study. *PLoS One*. 2019 Sep 9;14(9):e0222132. DOI: 10.1371/journal.pone.0222132
- 25.** Murphy, Andrea Lynn et al. A scoping review of community pharmacists and patients at risk of suicide. *Canadian pharmacists journal*. 2017; 150(6):366-379. doi:10.1177/1715163517733482
- 26.** Plunger P et al. Developing dementia-friendly pharmacies in Austria: a health promotion approach. *Health Promot Int*. 2020;35(4):702-713. doi: 10.1093/heapro/daz063.
- 27.** Schulmann K, Ilinca S, Leichsenring K. *Community care for people with dementia: A handbook for policymakers*, EURO.CENTRE.REPORT no. 10. European Centre, Vienna; 2017. [Acceso 12/02/2023] Disponible en:<https://www.euro.centre.org/downloads/detail/1593>
- 28.** Department of Health. *Vision for pharmacy in the new NHS*. Department of Health, London 2003. [Acceso 12/02/2023] Disponible en: <http://data.parliament.uk/DepositedPapers/Files/DEP2009-0485/DEP2009-0485.pdf>
- 29.** Mackridge AJ, Gray NJ, Krska J. A cross-sectional study using freedom of information requests to evaluate variation in local authority commissioning of community pharmacy public health services in England. *BMJ Open*. 2017 Jul 10;7(7):e015511. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015511.
- 30.** Gastelurrutia MA. El rol de la farmacia comunitaria en salud pública. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2012;4(2):78-83. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/FC/article/view/332916>
- 31.** Cortí V, et al. Factores que influyen en la cesación tabáquica: la cooximetría como instrumento de motivación. *Prev Tab*. 2011; 13 (1):14-19.
- 32.** Castillo D, et al. COPD case finding by spirometry in high-risk customers of urban community pharmacies: a pilot study. *Respir Med*. 2009;103(6):839-45. doi: 10.1016/j.rmed.2008.12.022.

- 33.** Gorostiza I, Elizondo López de Landache I, Braceras Izagirre L. Programa de cribado de VIH/sida en las oficinas de farmacia en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Gac Sanit.* 2013 Mar-Apr;27(2):164-6.
- 34.** NHS England. Community Pharmacy Contractual Framework 2019-2024." n.d. NHS England. [Accessed July 29, 2022]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/primary-care/pharmacy/community-pharmacy-contractual-framework/>.
- 35.** Pharmaceutical Services Negotiating Committee. HLP - Introduction and background [Internet]. London: PSNC; 2022 [Acceso 02/02/2023]. Disponible en: <https://psnc.org.uk/national-pharmacy-services/essential-services/healthy-living-pharmacies/hlp-introduction-and-background/>
- 36.** Wickware C. Five important features of the new community pharmacy contract. *The Pharmaceutical Journal* [Internet]. 2019 [Acceso 06/04/2023]. Disponible en: <https://pharmaceutical-journal.com/article/feature/five-important-features-of-the-new-community-pharmacy-contract>
- 37.** Bee Nchama NM, Villafaina Barroso A, Correa Magdalena N, Rodríguez Delgado L, Reyes Estévez D, Vicente Cardoso J. Diagnóstico inicial de salud desde la farmacia comunitaria en el barrio de San Isidro de Granadilla de Abona (Tenerife). *Comunidad.* 2021;23(2):3.
- 38.** Adsuar-Meseguer GM. Resultados de elaboración de mapas de activos en salud para pacientes con enfermedad cardiovascular a través de profesionales de la salud y pacientes de la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia de la Farmacia La Barbera (Villajoyosa). Trabajo de Fin de Máster. Zaragoza: Universidad San Jorge; 2019. Disponible en: www.farmaciasquesada.es
- 39.** Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018; 32(S1):5-12. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.07.005.
- 40.** Cofiño Fernández R, Llanes J, Blanco D, Hernán M. Mejorar la salud comunitaria: acción comunitaria basada en activos. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria.* 2019; 26:10-17. DOI:10.1016/j.fmc.2019.07.001.
- 41.** Cofiño Fernández R. Tú código postal es más importante para tu salud que tu código genético (1)." *Atención Primaria.* 2013;45(3):127. DOI: 10.1016/j.aprim.2013.02.001
- 42.** Hernán et al. Formación en salutogénesis y activos para la salud [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; [Acceso 06/04/2023]. Disponible en: <http://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>