



Revisión

Evolución de la farmacia comunitaria asistencial en España. De la Atención Farmacéutica a los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales

Evolution of the spanish community pharmacy. From the Pharmaceutical Care to the Professional Pharmaceutical Assistance Services

Martín-Calero MJ^{1*}, de la Matta-Martín MJ², Ferrer I³

¹Departamento de Farmacología, Universidad de Sevilla

²Farmacia Comunitaria

³Farmacia de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud

*Correspondencia: calero@us.es

Recibido: 15.05.2022; aceptado: 07.07.2022

Resumen: Objetivo: Describir y comentar el desarrollo de la Atención Farmacéutica (AF) en España desde sus orígenes hasta la actualidad, así como los diferentes Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) y su implicación en la farmacia. Metodología: Se han analizado las principales fuentes bibliográficas sobre Pharmaceutical Care y AF, las diferentes leyes, decretos ley, resoluciones autonómicas, comunicados de Comités de Consenso, Foro Farmacéutico, y de las instituciones farmacéuticas más relevantes que avalan y han permitido el desarrollo de estos procedimientos de trabajo. Resultados y discusión: La AF implicó un cambio en la filosofía del farmacéutico, orientado a “prevenir, detectar y resolver los problemas relacionados con la farmacoterapia” (PRM) mediante un proceso protocolizado. Definidos como problemas de salud, se agruparon en seis categorías relacionadas con la necesidad, efectividad y seguridad del tratamiento farmacológico. Finalmente, se consideraron como causa de resultados negativos de la medicación (RNM). En el año 2000 se publica el Método DADER, para realizar el seguimiento farmacoterapéutico (SFT). Desde 2012 se imparte la AF en el Grado de Farmacia. Foro de AF, integrado por las principales instituciones de la profesión, emite periódicamente desde 2004, informes y protocolos de trabajo dirigidos a los distintos niveles asistenciales de la farmacia. En 2013, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) desarrolla los SPFA que clasificó como esenciales, complementarios y colaborativos. La Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) y el propio CGCOF, posteriormente realizan una clasificación más precisa incluyendo todas las actividades asistenciales farmacéuticas. La determinación de parámetros clínicos, sistemas personalizados de dosificación, SFT y revisión del uso de la medicación son los SPFA más demandados aunque está aún por resolver su financiación. Conclusiones: La AF significó pasar de centrar la gestión en el medicamento a centrarla también en el paciente. Aunque inicialmente no se extendió demasiado, después se ha ido implementando simultáneamente a los SPFA.

Abstract: Aims: To describe and comment on the development of Pharmaceutical Care in Spain from its origins to the present, as well as the different Professional Pharmaceutical Care Services (PPCS) and their involvement in pharmacy. Methodology: The main bibliographical sources on Pharmaceutical Care, the different laws, decrees, regional resolutions, statement from Consensus Committees, the Pharmaceutical Forum, and the most relevant pharmaceutical institutions that support and have enabled the develop-

ment of these working procedures have been analysed. Results and discussion: Pharmaceutical Care implied a change in the pharmacist's philosophy aimed at "prevent, detect and resolve drug therapy related problems" (DRP) through a protocolised process. These constitute a health problem caused by pharmacological treatment and were grouped into six categories related to the necessity, effectiveness and safety of such treatment. Finally, they were considered as a cause of negative medication outcomes (NMO). In 2000, the DADER method for pharmacotherapeutic follow-up (PTF) was published. Since 2012 the Pharmaceutical Care has been taught in the Bachelor's Degree of Pharmacy. Since 2004, the PC Forum, made up of the profession's main institutions, has regularly issued reports and working protocols aimed at the different levels of pharmacy care. In 2013, the General Council of Official Associations of Pharmacists (GCOAP) developed the PPCS, which it classified as essential, complementary and collaborative. The Spanish Society of Community Pharmacy (SSCP) and the GCOAP itself subsequently made a more precise classification including all pharmaceutical care activities. The determination of clinical parameters, personalised dosing systems, PTF and review of medication use, are the most demanded PPCS, although their funding is still to be resolved. Conclusions: Pharmaceutical Care meant a shift from a focus on the drug to a focus on the patient. Although initially not very widespread, it has since been implemented simultaneously with PPCS.

Palabras clave: Farmacia comunitaria, atención farmacéutica, servicios profesionales farmacéuticos asistenciales, atención primaria de salud. **Keywords:** Community pharmacy, pharmaceutical care, professional pharmaceutical care services, primary health care.

1. Introducción

El origen de la Atención Farmacéutica es casi paralelo al de la Farmacia Clínica, que se inicia en algunos hospitales de EEUU en la década de los 60 del pasado siglo. Ya entonces se habla de "Servicios Farmacéuticos estructurados con la finalidad de satisfacer las necesidades de pacientes, médicos y enfermeros en relación a los medicamentos" en un intento de optimizar los efectos de la farmacoterapia. Estas inquietudes se recogen en el denominado *Millisreport*, publicado en 1975 por la *American Association of Colleges of Pharmacy*, texto en el que se detecta la preocupación de los farmacéuticos ante los rápidos avances científicos en la farmacoterapia y la laguna de conocimientos sobre el proceso asistencial que debería garantizar óptimos resultados de los medicamentos en los pacientes minimizando su uso inadecuado. En 1985, el Prof. Hepler de la Universidad de Florida (EEUU), introduce por vez primera el término *Pharmaceutical Care* considerando que los farmacéuticos podrían proporcionar "cuidados asistenciales" a los pacientes, del mismo modo que lo hacen los médicos y enfermeros, e implicarse en los resultados de los tratamientos prescritos y dispensados [1].

La primera aproximación al concepto actual de *Pharmaceutical Care* la expusieron los Prof.

Strand, Cipolle y Morley de la Universidad de Minnesota, cuando en 1988 presentaron una herramienta, *Pharmacist's Workup of DrugTherapy*, cuya finalidad era estandarizar, en una base de datos, la documentación aportada por los farmacéuticos clínicos sobre la farmacoterapia y los planes terapéuticos de los pacientes [1].

Es en 1990, cuando Hepler y Strand, publican y definen el concepto de *Pharmaceutical Care* como "la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente" [2]. Este concepto alcanzó una rápida difusión en unos momentos en los que la farmacia parecía estar afianzada en la mera dispensación y en la gestión de medicamentos. El término *Pharmaceutical Care* se tradujo como Atención Farmacéutica (AF) en numerosos países entre ellos España y comenzó la adaptación a una nueva forma de trabajo orientada hacia la responsabilidad que adquiere el farmacéutico al dispensar los medicamentos que utilizará el paciente a fin de conseguir los mejores resultados en su salud.

Esta nueva filosofía fue acogida desde sus inicios con gran ilusión en todos los ámbitos asistenciales: Hospital, Atención Primaria (AP) y Farmacia Comunitaria (FC). Sin embargo, su implementación en esta encontró una serie de

dificultades debido, en parte, a los propios farmacéuticos conscientes del esfuerzo que suponía (formación adecuada del personal, desembolso económico añadido, falta de tiempo para realizarla, adecuación del espacio de atención a los pacientes) y de otros profesionales sanitarios que consideraban esta práctica como una intromisión en su área de trabajo [3-5]. A pesar de estos inconvenientes, una serie de instituciones farmacéuticas procedieron a protocolizar los servicios asistenciales que se ejercían habitualmente en las farmacias, dispensación, indicación farmacéutica, farmacovigilancia y propusieron otros diferentes a los habituales, todos relacionados con la AF, que se denominaron Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA), encaminados a mejorar la calidad asistencial de los pacientes y a establecer vías de comunicación eficaces con los equipos de salud [6].

2. Objetivos

La finalidad de este trabajo es describir y comentar el desarrollo de la AF en España desde sus orígenes hasta la actualidad, así como los diferentes SPFA y su implicación en la FC.

3. Metodología

Para realizar este estudio, se han consultado las principales fuentes bibliográficas sobre *Pharmaceutical Care* y AF; se han revisado las leyes y decretos ley que regulan las actividades de la profesión farmacéutica tanto a nivel nacional como autonómico; también se han analizado los diferentes Consensos de los Comités de Expertos, los comunicados periódicamente emitidos por el Foro de AF, así como los documentos publicados por las instituciones farmacéuticas más relevantes y por las Sociedades Científicas Farmacéuticas.

4. Resultados y discusión

4.1. Desarrollo de la Atención Farmacéutica en España:

4.1.1. Inicios y evolución

Los orígenes en España se remontan a la década de los años 80 del siglo anterior, cuando algunos farmacéuticos asumen este concepto. Es especialmente relevante la figura del Dr. Joaquín Bonal, que tras su visita a varios servicios de Far-

macia Hospitalaria de EEUU en 1976, importó sus procedimientos en la Farmacia del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona, donde era Jefe, y fueron un referente no solo para otros servicios de farmacia hospitalaria, sino también para algunos farmacéuticos comunitarios de la época [7]. Precisamente en este ámbito de la FC, podría destacarse la figura del Dr. Francisco Martínez Romero, que asumió esta nueva filosofía e implementó en su farmacia uno de los primeros servicios de AF que hubo en España [8]. Ya en 1985, el Dr. Santiago Cuéllar propone y define el término "Farmacia asistencial" en la primera edición de su libro "Manual de la Farmacia" dedicando una parte importante de su trabajo a la difusión de la AF [9].

Fueron otros muchos los farmacéuticos que abrazaron esta nueva filosofía y contribuyeron a iniciar su implementación, sin duda, todos relevantes y cuyo listado obviamos para evitar posibles omisiones.

Una fecha destacada es 1995 cuando se celebra el V Congreso de Ciencias Farmacéuticas en Alcalá de Henares (Madrid) y se invita como ponente al Prof. Hepler que dicta una conferencia magistral sobre *Pharmaceutical Care* [10]. A partir de esta fecha comienza a extenderse la nueva filosofía de trabajo y, en 1998, un grupo de farmacéuticos muy interesados en este movimiento crean la Fundación *Pharmaceutical Care* España, cuyo primer Presidente fue el Dr. Bonal ya mencionado, con el fin de implementar, promocionar, desarrollar la AF, promover la investigación en esta área, y ofrecer formación y asesoramiento a los profesionales, entre otros objetivos [11].

La AF, al menos teóricamente, tuvo una amplia repercusión, era una nueva forma de entender y practicar la profesión y una parte destacada de farmacéuticos decidieron que era el momento del cambio. En 1999 tuvo lugar el I Congreso Nacional de Atención Farmacéutica en San Sebastián al que asistieron como invitados los Prof. Hepler, Strand y Cipolle de EEUU y el Dr. van Mil de la Universidad de Groningen (Holanda) que expusieron la necesidad de la AF y las directrices para realizar proyectos de investigación en este área: la práctica de *Pharmaceutical Care* de un modo integral (Strand) y la monitorización de resultados terapéuticos en determi-

Tabla 1. Cronología del desarrollo de la Farmacia Asistencial en España

Año	Medicamento	Resultados
1995	V Congreso Nacional de Ciencias Farmacéuticas	Se expone la filosofía de pharmaceutical care. Comienza su difusión como atención farmacéutica (AF)
1998	Fundación Pharmaceutical Care Primer Consenso sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM)	Se crea con el objetivo de implementar, promocionar y desarrollar la AF Definición del concepto de PRM y clasificación en seis categorías: dos de necesidad, dos efectividad y dos de seguridad
1999	I Congreso Nacional de Atención Farmacéutica	Se consigue una amplia difusión de la filosofía de la AF y se exponen algunos proyectos para su realización. A partir de ese año los Congresos se realizan bianualmente
2000	Método DADER	Metodología específica y protocolizada para desarrollar la AF en diferentes ámbitos asistenciales
2001	Documento de Consenso sobre AF	Se introduce el término "seguimiento farmacoterapéutico" (SFT), se define y se establece la diferencia con el concepto de AF
2002	Segundo Consenso sobre PRM	Se amplía y aclara el concepto de PRM. Se mantiene la clasificación en seis categorías aunque se redefinen las mismas
2004	Foro de Atención Farmacéutica (FAF)	El CGCOF junto a otras instituciones farmacéuticas, crean el FAF para consensuar, definir, clasificar y protocolizar los diferentes servicios asistenciales que se pueden ofertar en farmacia de hospital, comunitaria y de atención primaria
2006	FAF	Se introduce el término "resultados negativos de la medicación" (RNM). Se define y se establecen las diferencias con el concepto de PRM
2007	Tercer Consenso sobre PRM	Se reclasifican conservando las seis categorías anteriores pero sustituyendo el término PRM por el de RNM
2008	FAF. Documento de Consenso	Se protocolizan los servicios de dispensación, indicación farmacéutica y SFT en farmacia comunitaria (FC), farmacia de hospital y en farmacia de atención primaria. Se adopta el método DADER y los acuerdos del tercer Consenso sobre PRM
2009	FAF para FC (FAF-FC)	Se constituye para protocolizar los servicios asistenciales que se pueden ofrecer en las FC. Lo constituyen el CGCOF, SEFAC, GIAF-UGR y Fundación PC. Desde 2018 también participa la Conferencia de Decanos de las Facultades de Farmacia
2010	FAF-FC	Se publica la Guía Práctica para protocolizar la dispensación, indicación farmacéutica y SFT en FC
2011	FAF-FC. Quinto Comunicado	Definición de la Cartera de Servicios Farmacéuticos en la FC
2016	FAF-FC. Sexto Comunicado	Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) en FC. Definición y clasificación

nados grupos de riesgo, para poder relacionar la práctica con resultados de morbimortalidad debida a la farmacoterapia (Hepler), proyectos TOM (*Therapeutic Outcomes Monitoring*). Por su parte, van Mil consideró cómo se podían complementar ambos aspectos [12].

Sin embargo, no se sabía exactamente cómo realizarla y aunque hubo intentos de aplicar estas teorías no obtuvieron demasiado éxito. De otro lado, un número importante de farmacéuticos

no estaba muy de acuerdo con esta forma de ejercer la profesión sin encontrar motivos para el cambio y los médicos se opusieron abiertamente desde el principio por considerar la práctica de la AF un intrusismo en su campo, a pesar de estar reconocida esta función del farmacéutico en la ley del Medicamento de 1990 [13]. Para intentar un avance, en 1999, un reducido número de farmacéuticos, entre los que había algunos profesores de universidad, concertaron un curso intensivo de metodología

práctica en el *Peter's Institute* de la Universidad de Minnesota. Lo impartieron los Prof. Strand y Cipolle y sirvió para conocer la forma de hacer AF. La metodología propuesta fue adaptada a nuestro sistema sanitario por el grupo de Investigación de la Universidad de Granada (GIAF-UGR), coordinados por la Prof. M^a José Faus que diseñaron el *Método DADER* [14] para implementar la AF en la FC.

Aunque su uso se extendió rápidamente, pronto surgieron discrepancias al considerar que el término AF era demasiado amplio ya que en él podrían incluirse toda la gama de servicios que se ofrecen desde la farmacia. Por esta causa, en 2001, se reunieron una serie de expertos pertenecientes a todos los ámbitos institucionales farmacéuticos y redactaron el Primer Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica, en el que se diferenciaron las "actividades orientadas al medicamento" de las "actividades orientadas al paciente", que a su vez se agruparon en tres bloques conteniendo los dos primeros las actividades asistenciales habituales en la FC (Figura 1). En el tercer bloque solo se incluyó el *Seguimiento de la Farmacoterapia* (SFT) que se definió como la "práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con aquellos, de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del equipo de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente"[15]. Así, desde 2001, en España el concepto pharmaceutical care de Hepler y Strand se identificó con el SFT.



Figura 1. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Actividades orientadas al medicamento y al paciente.

Fuente: Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Madrid 2001.

En 1997, la Ley de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, especifica las funciones básicas de la misma y, aunque no define claramente la AF incluye sus actividades, que debe desarrollar el farmacéutico [16]. En 2006, la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios viene a refrendar el actual modelo de Farmacia e incorpora el concepto de AF en su articulado, reconociendo así la labor del farmacéutico como agente de salud [17]. Además, las diferentes leyes autonómicas de ordenación farmacéutica establecen también las funciones de las oficinas de farmacia, incorporando nuevas actividades y potenciando las labores de AF [18].

Para desarrollar adecuadamente todos los servicios contemplados en la legislación, numerosas Instituciones presididas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Real Academia Nacional de Farmacia, el CGCOF, las Sociedades Españolas de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP), de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC) y de Farmacia Hospitalaria (SEFH), la Fundación Pharmaceutical Care España y el GIAF-UGR, constituyen el Foro de Atención Farmacéutica (Foro de AF, 2004). Su finalidad era consensuar, definir, clasificar, describir y desarrollar, es decir, establecer criterios uniformes y protocolizar los servicios que se pueden realizar en los diferentes ámbitos asistenciales farmacéuticos.

En 2008, Foro de AF publica el Documento de Consenso en el que se recomendaron las normas a seguir en los procesos de dispensación, indicación farmacéutica y SFT en la FC, de hospital y en el ámbito de la Atención Primaria [19]. En él se recogían los principios básicos del primer Documento de Consenso sobre AF (2001) [15]. A este documento, le siguió la Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria (2010) en la que se volvían a describir los tres servicios anteriores pero adaptados a la FC [20]. En todos estos documentos, para desarrollar el SFT, se adoptó la metodología DADER [14, 21]. Desde entonces, Foro de AF ha seguido manteniendo reuniones periódicas y emitiendo propuestas siempre orientadas a mejorar el servicio ofrecido por los profesionales farmacéuticos.

Desde sus comienzos, todo este proceso coincidió con el desarrollo de las nuevas tecnologías

informáticas que contribuyeron a su difusión. Se organizaron blogs y grupos de internet para intercambio de experiencias, comenzaron a diseñarse programas y plataformas para el registro de datos de los pacientes, se facilitó el acceso a bases de datos especializadas que permitió obtener bibliografía actualizada y fiable sobre los medicamentos.

Una de las aplicaciones más significativas de la digitalización fue el inicio, en 2006, de la implementación de la receta médica electrónica que, a través de una intranet, hizo posible la dispensación por el farmacéutico de las prescripciones realizadas por el médico. Esta modalidad, actualmente difundida en todo el territorio español, presenta una serie de ventajas: minimizar errores de dispensación, detectar interacciones clínicamente relevantes, pautar correctamente los fármacos y conocer, en tiempo real, la prescripción y dispensación de medicamentos. Además, informa sobre las notas que emite la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y facilita la prescripción al paciente crónico disminuyendo los desplazamientos al centro médico para adquirir receta. También permite generar instrucciones para los pacientes y evitar cautelarmente una dispensación que pudiera suponer un riesgo para ellos. Ha conseguido mejorar la calidad asistencial, disminuir la burocracia en las consultas médicas y de enfermería, y genera un ahorro para el sistema. Otra ventaja es que permite la comunicación farmacéutico-médico-enfermero para solucionar problemas que puedan surgir con la farmacoterapia de los pacientes, no obstante, esta herramienta está muy infrautilizada, en parte porque es desconocida por muchos médicos, por la falta de interés de muchos farmacéuticos y porque, en ocasiones, no está suficientemente implementada [22, 23].

4.1.2. Desde los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) hasta los resultados negativos de la medicación (RNM)

En 1990, Strand et al., introducen el concepto de *drug related problem*, que en España se tradujo como Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) que está recibiendo el paciente y que los autores definieron como “aquella experiencia indeseable del paciente que involucra a la terapia farmacológica y que interfiere real o poten-

cialmente con los resultados deseados del paciente” [24]. La práctica de *pharmaceutical care* supone tres funciones primordiales: 1) identificar PRM reales y potenciales, 2) resolver PRM reales y 3) prevenir PRM potenciales. Los autores, clasificaron los PRM en 8 categorías que redujeron a 7 en 1998 al suprimir las interacciones por considerarlas causa de PRM más que un PRM en sí mismo [25].

En España, el Primer Consenso sobre Problemas Relacionados con los Medicamentos (Granada), partiendo del modelo de Strand, redefinió el concepto de PRM como un problema de salud asociado al tratamiento farmacológico y los agrupó en seis categorías relacionadas con la indicación, la efectividad y la seguridad del fármaco prescrito [26]. Esta clasificación fue rápidamente aceptada. Su amplia utilización, permitió que se detectaran algunas deficiencias en la definición de PRM que se solventaron en el Segundo Consenso de Granada (2002) que continuó manteniendo la misma clasificación en seis PRM pero modificó y mejoró la definición de los mismos, aclarando que eran un problema de salud vinculado al resultado no esperado de la farmacoterapia [27].

En 2006, se produce un cambio de paradigma al considerar los PRM como fallos en el proceso de uso de los medicamentos que pueden conducir a resultados no deseados en la salud del paciente. Se introduce el concepto de Resultados Negativos de la Medicación (RNM) y Foro de AF publica un nuevo documento en el que aparecen las definiciones actualizadas de PRM y RNM, así como un listado de PRM [28]. Todos estos conceptos se recogen en el Tercer Consenso de Granada en el que el término PRM es sustituido por RNM que siguen agrupados en seis categorías y responden a los criterios básicos de necesidad, efectividad y seguridad [29]. Definitivamente, se asume la entidad de los PRM como elementos de proceso y como causas de RNM.

4.1.3. Implicación de las Instituciones Farmacéuticas y de la Universidad

Desde sus orígenes, este movimiento atrajo la atención de todas las instituciones de la Farmacia. La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del entonces Ministerio de Sanidad y Consumo se involucró en la redac-

ción del Primer Consenso de AF (2001) [15]. El CGCOF, los Consejos Autonómicos y los Colegios Oficiales Provinciales de Farmacéuticos, crearon áreas, secciones y/o comisiones de AF que agrupaban a los colegiados interesados en desarrollarla en sus farmacias, en los hospitales y en la AP. En muchos de ellos se impartieron cursos y se organizaban eventos para fomentar su aprendizaje y difusión. El CGCOF diseñó un amplio Programa de Formación Continuada que sigue impartándose actualmente y en todas las materias existe un apartado de AF [30]. Algunas empresas de distribución y laboratorios farmacéuticos organizaron cursos de formación y colaboraron en la organización de Jornadas, Simposios, Congresos y publicaciones.

Las Sociedades Científicas de Farmacéuticos de Hospital (SEFH) y de Atención Primaria (SEFAP) también participaron desde el comienzo en su desarrollo y aplicación. Los farmacéuticos comunitarios, que no estaban integrados en ninguna asociación científica, fueron conscientes de su necesidad y en 2001, el Dr. Martínez Romero junto a otros farmacéuticos, crea la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC), de la que fue su primer Presidente, que desde sus orígenes ha participado muy activamente, organizando Congresos bianuales para intercambio de conocimiento y proyectos entre sus asociados, concediendo becas, fomentando la investigación en FC, diseñando herramientas informáticas para facilitar el ejercicio de la farmacia asistencial, estableciendo conciertos con sociedades médicas de AP, con Universidades y grupos de investigación, entre otras cosas [31].

La Universidad desde el principio estuvo presente aunque, inicialmente, fueron personas aisladas las que sacaron adelante tanto la docencia como la investigación en el área de la AF. A partir de 1997, comienzan a ofertarse cursos y Máster de postgrado (Valencia, Granada, Sevilla) con gran éxito de matriculaciones; actualmente casi todas las facultades los imparten y, aunque con diferentes denominaciones, en todos se incluye el aprendizaje del SFT. Eran títulos propios de cada Universidad que se impartían a licenciados y graduados y algunos se transformaron en títulos Oficiales (Sevilla, 2007). También se programó el Máster Europeo en Atención Farmacéutica (Euro Pharm Nes)

desarrollado y aprobado en el marco de la colaboración de instituciones europeas.

Sin embargo, la Universidad no se planteaba la docencia de AF en los estudios de Grado de Farmacia. Puntualmente, algunas Facultades diseñaron asignaturas de libre configuración curricular (Sevilla) y optativas (Valencia, Madrid). Ante el auge y la gran demanda que tuvo esta práctica entre la profesión, en 2005 se reunió la Conferencia de Decanos de Farmacia de España y redactaron el Libro Blanco de la Farmacia [32] en el que se recogían las orientaciones para adecuar los planes de estudio del Grado a las normativas impuestas por la UE en lo que se denominó Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), cuya finalidad principal fue *“promocionar la movilidad y el empleo de los ciudadanos europeos mediante la armonización de los sistemas de educación superior de los países pertenecientes a la UE”* [33]. La reestructuración del sistema universitario en Europa, que tuvo sus orígenes en la declaración de Bolonia de 1999, culminó en 2010 logrando la compatibilidad entre los diferentes países de la Unión. El Libro Blanco incluía la asignatura *“Atención Farmacéutica”* y a partir de 2012, se inicia su docencia oficial. Al principio, fueron muy pocas las Facultades que incorporaron esta materia como obligatoria (Sevilla), la mayoría la incluyeron como asignatura optativa, aunque el criterio se fue transformando y actualmente se imparte como obligatoria en casi toda la Universidad española. Además, las Facultades de Farmacia conscientes del peso de esta materia en el futuro desarrollo profesional de los egresados, le dieron especial relieve a la docencia práctica incorporando *“farmacias”* reales o virtuales en las que los alumnos aprenden a desempeñar los diferentes servicios asistenciales farmacéuticos. Para impartir esta docencia se cuenta, a veces, con profesionales destacados que aportan la experiencia de la práctica diaria.

Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido desde su implementación, la docencia de la AF, en la mayor parte de las Facultades de Farmacia públicas, está incluida en las Áreas de Farmacia y Tecnología Farmacéutica y de Farmacología. Se podría destacar la creación en 1988, por el Prof. Eduardo Mariño, de la Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia (actualmente *“y Atención Farmacéutica”*) de la Universidad de Barcelona [34]. A pesar de ser conscientes de

las dificultades administrativas y burocráticas que conlleva la creación de una nueva Área de Conocimiento, esta sería deseable para poder agrupar adecuadamente todas las materias que se imparten en el Grado de Farmacia relacionadas con la práctica asistencial.

4.2. Servicios Asistenciales Farmacéuticos. Definición y marco legal:

4.2.1. Necesidad y justificación

La gran difusión de la filosofía de la AF en España, unida a la entrada en vigor de la ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento en 2006 [13], impulsó la profesionalización de los servicios asistenciales. El elevado coste del gasto farmacéutico [35] unido al progresivo envejecimiento de la población, que origina el perfil de paciente pluripatológico y polimedcado consumidor de un elevado número de fármacos, hace imprescindible el uso racional de los mismos. De otro lado, la morbimortalidad asociada al uso de los medicamentos, la falta de adherencia a los tratamientos y el incumplimiento terapéutico, constituyen un auténtico problema de salud pública causante de numerosos ingresos hospitalarios que, en muchos casos, podrían evitarse [36]. Todos estos factores contribuyen, entre otros, a dificultar la sostenibilidad del sistema sanitario en el tiempo.

Por ello, se consideró imprescindible prestar actividades encaminadas a optimizar el uso de la farmacoterapia. A pesar de que la dispensación es el servicio más demandado, el más visible por el público, al que se dedica más tiempo y el que genera la mayor parte de los ingresos de la FC, es evidente que los objetivos de optimización del proceso de uso de los medicamentos no pueden alcanzarse únicamente a través de una correcta dispensación. Así lo entendieron las instituciones farmacéuticas y los propios farmacéuticos no solo en España, sino en una gran parte de países del mundo, propiciados por el Manual publicado conjuntamente (2006) por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) en el que se resalta la nueva dimensión de la práctica farmacéutica basada en la AF. Destaca la necesidad de prestar nuevos servicios asistenciales de calidad que garanticen el acceso a la farmacoterapia de forma adecuada, efectiva y segura, que favorezcan la adherencia a los tra-

tamientos, y permitir la monitorización de los resultados [37].

Todas estas actividades, además de la dispensación y la indicación farmacéutica para el tratamiento de síndromes menores o la formulación magistral, que se consideran esenciales, comenzaron a denominarse Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF).

En 2011, Foro de AF en FC en su 5º comunicado definió la denominada Cartera de Servicios de la FC como *“las diferentes actividades sanitarias, independientes entre sí, con estructura, definición, objetivos, procedimientos consensuados y sistemas de documentación que se desarrollan en el interior de la farmacia comunitaria por parte del personal que realiza su trabajo en la misma. Estas actividades se deben prestar de manera integrada en el sistema sanitario y de forma coordinada con otros profesionales de la salud para contribuir a la mejora de la salud de los ciudadanos”*. Se publicó un listado no exhaustivo ni excluyente, de SPF intentando orientar y homogeneizar el sentido de una farmacia más profesional y asistencial [6].

4.2.2. Clasificación de los SPF

En el año 2013, el CGCOF emitió un informe con un análisis bastante completo de los servicios *“que pueden prestarse en la farmacia a partir de las funciones y las capacidades del farmacéutico”* con el marco normativo vigente [38]. Los clasifica como:

- **Servicios esenciales o básicos**, inherentes a la condición de farmacéutico comunitario, y están definidos como sus funciones básicas.
- **Servicios complementarios**, relacionados con programas de salud pública. Estos son voluntarios y requieren formación y acreditación previa.
- **Servicios colaborativos**, los que se pueden desarrollar en colaboración con otros profesionales sanitarios. También son voluntarios y requieren un convenio y acreditación previa.
- De cada uno de estos servicios (Figura 2) se muestra una ficha detallada en la que figura su descripción y clasificación, objetivos y características, así como las posibilidades de remuneración y los resultados esperados.

Clasificación	Concepto	Servicio
Servicios esenciales o básicos	Custodia de medicamentos	Adquisición y control de medicamentos
	Elaboración de medicamentos	Formulación magistral y preparados medicinales
	Dispensación de medicamentos	Dispensación de medicamentos y productos sanitarios
	Indicación farmacéutica	Indicación farmacéutica
	Información personalizada del medicamento	Información y verificación del cumplimiento del tratamiento
	Farmacovigilancia	Detección y notificación de efectos adversos
Servicios complementarios	Programas específicos de salud pública	Soporte al autocuidado
		Educación en el ámbito de la salud pública
		Identificación de factores de riesgo cardiovascular
Servicios colaborativos	Uso de medicamentos	Identificación pretest de patologías
		Programa de Mantenimiento con Metadona
		Apoyo y formación a escuelas y entidades asociadas
Subsistencia	Verificación de parámetros biológicos	SPD
		Seguimiento farmacoterapéutico

Figura 2. Clasificación de los Servicios básicos, colaborativos y complementarios que presta la farmacia comunitaria

En 2015, se publica el Real Decreto Legislativo 1/2015 que reafirma el papel asistencial del farmacéutico resaltando que “el trabajo que los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios realizan en los procedimientos de atención farmacéutica también tiene una importancia esencial ya que asegura la accesibilidad al medicamento ofreciendo, en coordinación con el médico, consejo sanitario, seguimiento farmacoterapéutico y apoyo profesional a los pacientes” [39]. En este contexto, Foro de AF-FC en su 6º comunicado (2016), amplía el término a Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA) y los define como “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” [40].

Los clasifica en dos grupos: 1) Servicios de AF y 2) Servicios relacionados con la Salud Comunitaria. Entre los Servicios de AF distingue los orientados al proceso de uso de los medicamentos (dispensación, indicación farmacéutica, formulación magistral, revisión del uso de los medicamentos y asesoramiento sobre medicamentos, entre otros) de los orientados a evaluar y mejorar los resultados de los medicamentos en salud y en estos incluye el SFT y la Farmacovigilancia (Figura 3a).

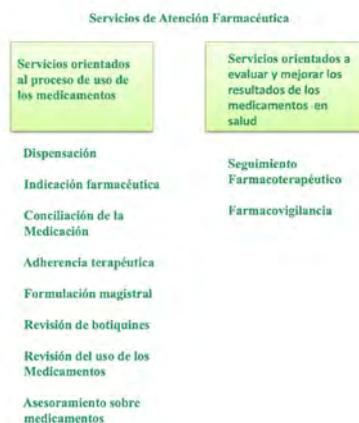


Figura 3a. Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en Farmacia Comunitaria. Servicios de Atención Farmacéutica.

Fuente: Guía Práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2019.

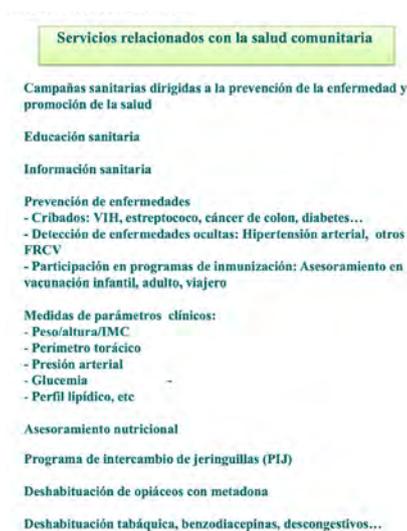


Figura 3b. Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en Farmacia Comunitaria relacionados con la salud comunitaria.

Fuente: Foro AF-FC. Guía Práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2019.

Los servicios relacionados con la salud comunitaria abarcan una serie de actividades voluntarias que no todas las FC las incorporan en su oferta, pero que aportan un valor añadido de gran interés sanitario. Son los que se indican en la Figura 3b [41].

A su vez, SEFAC emite en 2013 una Propuesta sobre Servicios Profesionales Farmacéuticos en FC [42] clasificándolos en tres grupos: 1) SPF

relacionados con el medicamento (y productos sanitarios), 2) SPF relacionados con la salud pública y 3) otros. En cada uno de estos grupos proponen una serie de "categorías" que generan los diferentes SPF.

1. El grupo 1 incluye seis categorías (fabricación, distribución, prescripción, dispensación, administración y evaluación), cada una de las cuales genera uno o varios servicios:

- Categoría *fabricación* (preparación individualizada de medicamentos): corresponde al servicio de formulación magistral.
- Categoría *distribución* (gestión de stock) incluye dos servicios: adquisición, custodia, almacenamiento y conservación de medicamentos y devolución de caducados, en mal estado y alertas.
- Categoría *dispensación* (proceso de uso de los medicamentos) abarca no solo la dispensación, también la revisión del uso de medicamentos (RUM), de la farmacoterapia (RF), de botiquines, conciliación de la medicación y adherencia al tratamiento.
- La *educación sanitaria*, consulta farmacéutica y manejo de medicamentos complejos, son tres servicios encuadrados en la supracategoría "Formación e información" que, a su vez, se incluye en las categorías dispensación y administración.
- Categoría *administración* (administración de medicamentos) engloba otros cuatro servicios: vacunación, tratamientos directamente observados (TOD), sistemas personalizados de dosificación (SPD) y dosis unitarias (DU).
- Categoría *evaluación* incluye cuatro SPF: Detección de reacciones adversas (Farmacovigilancia), SFT, cesación tabáquica y deshabituación de benzodiazepinas, descongestivos...

En total se contemplan 24 SPF.

2. En el grupo de *servicios relacionados con la salud pública* SEFAC incluye:

- *Medidas de parámetros antropométricos* (peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, índice tobillo-brazo...),

fisiológicos (presión arterial (PA), espirometría, coximetría...) y *bioquímicos* (glucemia, hemoglobina glicosilada (HbA1c), perfil lipídico...).

- *Asistencia en sustancias de abuso*: Detección de cannabinoides, opiáceos, anfetaminas, benzodiazepinas...; asistencia a la deshabituación de opiáceos con metadona.
 - *Asesoramiento en vacunación* infantil, adulto, viajero
 - *Campañas sanitarias* dirigidas a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud: en materia de sanidad ambiental (olas de calor o de frío, niveles de polen, campos electromagnéticos vinculados a la telefonía móvil, tatuajes y piercing...), en materia de seguridad alimentaria (alimentos funcionales, alertas...)
 - *Programas de intercambio de jeringuillas* (PIJ)
 - *Recomendaciones dietéticas y nutricionales*
 - *Cribado de enfermedades ocultas*: Test de VIH, cáncer de colon, diabetes, hipertensión...
3. SEFAC considera un tercer grupo que denomina "otros SPF" en los que incluye dos categorías:
- *Docencia*: Prácticas tuteladas que realizan los alumnos de grado en las farmacias siguiendo las normativas de la UE, formación especializada, formación a otros profesionales sanitarios...
 - *Investigación*: Participación en estudios piloto u otro tipo de estudios.

La protocolización de todos estos servicios es esencial para su implementación ya que se facilita al farmacéutico la herramienta necesaria para su desarrollo. No obstante, esta implementación tiene una serie de obstáculos. El hecho de que en España la Sanidad esté transferida a las Comunidades Autónomas, implica cierto desconcierto para el farmacéutico ya que para registrar los datos de los pacientes, se ve obligado a elegir entre distintas plataformas digitales: El CGCOF ofrece una a nivel nacional; los Consejos Autonómicos de Farmacéuticos, presentan otras diferentes, y las Sociedades Científicas aportan las suyas. En muchas ocasiones, el farmacéutico se ve obliga-

do a utilizar más de una plataforma de registro simultáneamente dependiendo de los servicios que realice y/o de los proyectos asistenciales en los que participe.

4.2.3. Remuneración de los SPFA

Un servicio de calidad exige una adecuada planificación, la acreditación de las personas que lo realizan, una inversión en personal, espacio y materiales. Todo esto implica un gasto que debe ser reembolsado al farmacéutico para poder asegurar su continuidad.

En España, la retribución de los medicamentos dispensados con receta a cargo de la sanidad pública (Sistemas Autonómicos de Salud) los asume la administración sanitaria, siendo el pago un margen sobre los medicamentos dispensados. Los pacientes aportan un porcentaje del importe de la receta (copago) que depende del nivel de sus ingresos, desde gratuidad total hasta un máximo del 60 %. El resto de los servicios básicos, como información, consejo y verificación del cumplimiento del tratamiento, detección de reacciones adversas (Farmacovigilancia) y educación en el ámbito de la salud pública, se suponen inherentes a la función del farmacéutico y están incluidos en el mismo margen. La elaboración y dispensación de fórmulas magistrales, al ser considerado servicio esencial, también corre a cargo de la administración que retribuye al farmacéutico los honorarios recogidos en los conciertos oficiales.

Sin embargo, los servicios complementarios y colaborativos no tienen una regulación estatal o autonómica. Aunque Foro de AF-FC incluye la retribución en la definición de los SPFA [40] esta materia no está resuelta.

Según las características del servicio, existen diferentes tipos de financiación (pago por prueba realizada, por paciente/mes o por intervención), de financiador (el propio paciente, administración sanitaria, las compañías aseguradoras e, incluso, la industria farmacéutica) o, sencillamente, se realizan de forma gratuita (Tabla 2). Sin embargo, esta alternativa de gratuidad lleva implícita la no continuidad en el tiempo. Numerosos autores, han denunciado la necesidad de remuneración: Un servicio debe generar rentabilidad a quien lo presta, en términos económicos y de satisfacción profesional, a quien lo recibe

(pacientes) en términos de salud o calidad de vida, y a quien lo paga [43]. El pagador puede correr con el gasto si detecta un problema de salud pública que puede resolverse mediante el servicio (contribución a la deshabituación de pacientes drogodependientes -programas de mantenimiento con metadona- o cribados de VIH, cáncer de colon, diabetes u otras patologías); otras veces, el paciente asume el pago si percibe claramente un beneficio (determinación de parámetros biológicos: control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), o simplemente por autocuidado: IMC, PA, glucemia, perfil lipídico, etc.).

Para que las administraciones sanitarias consideren la financiación de dichos servicios como una inversión y no como un gasto, es necesario demostrar mediante estudios farmacoecológicos la relación coste/beneficio. En España se llevó a cabo un proyecto para demostrar las ventajas del SFT, no solo en resultados en salud de los pacientes sino también en beneficios económicos para el sistema. El estudio conSIGUE (2014) demostró una disminución significativa de problemas de salud no controlados después de 12 meses de seguimiento (54 %), también de ingresos en urgencias (53 %) y de hospitalizaciones (60 %) sin apenas modificar el número de medicamentos que recibe el paciente (una disminución de 0,35 en un año). Por el contrario, se puso de manifiesto un aumento de la calidad de vida autopercebida superior a 6,50 puntos (IC95 %: 5,04, 8,09; $p < 0,001$) en una escala de 0-100. Además, el servicio generó un ahorro de 273 euros/paciente/mes y unos beneficios de entre 3 y 6 euros por cada euro invertido, demostrando que el seguimiento es coste/efectivo [36, 44]. Sin embargo, las administraciones públicas, por ahora, no se plantean el pago/paciente o el pago por intervención.

No existe un organismo oficial que regule las tarifas de los diferentes SPFA. La situación actual en España se muestra en la Tabla 2.

4.2.4. SPFA no esenciales de mayor implantación en España

1. La determinación de parámetros antropométricos (peso/talla de adultos y niños, IMC, perímetro abdominal...) y fisiológicos (PA, espirometría, coximetría). Los parámetros bioquímicos (glucemia capilar, HbA1c, colesterol total, triglicéridos,

Tabla 2. Financiación de Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF) no esenciales

SPF	Tipo de SPF	Tipo de financiación	Entidad financiadora/paciente
Identificación de FRCV: Medidas de PA, IMC, Glucemia, HbA1c, parámetros lipídicos, MAPA, etc	Complementario	Precio/ prueba realizada	Paciente
Cribados: VIH, cáncer de colon, diabetes...	Complementario	Precio/prueba realizada	Administración autonómica que propone el programa
Detección de enfermedades ocultas: HTA, diabetes...	Complementario	Precio/prueba realizada	Paciente
Conciliación de la medicación	Complementario	Precio/intervención	Sin definir
Revisión de botiquines	Complementario	Precio/intervención	Sin definir
Revisión del uso de los medicamentos (RUM)	Complementario	Precio/intervención	Sin definir
Deshabitación de opiáceos: Programa de mantenimiento con metadona (PMM)	Complementario	Precio/paciente/mes	Administración autonómica que propone el programa
Programa de intercambio de jeringuillas (PIJ) a los usuarios de drogas vía parenteral	Colaborativo	Precio/jeringuilla intercambiada	Administración autonómica que promueve el programa
Apoyo y formación a escuelas y entidades asociativas	Complementario	Precio por actuación Tarifa/contrato apoyo	Sin definir
Servicio personalizado de dosificación (SPD)	Colaborativo	Precio/intervención	Paciente
Seguimiento farmacoterapéutico (SFT)	Colaborativo	Precio/paciente/mes Precio/intervención	Gratuito
Verificación de parámetros biológicos	Colaborativo	Precio/intervención	Paciente
Cesación tabáquica	Colaborativo	Precio/paciente/mes	Administración autonómica que promueve el programa
Programas de inmunización	Colaborativo	Precio/intervención	Administración autonómica
Campañas sanitarias: Sanidad ambiental, seguridad alimentaria, prevención de enfermedades		Documentación de apoyo: carteles para exhibir, folletos para entregar a pacientes	CGCOF, Consejos Autonómicos de Farmacéuticos, Sociedades Científicas

lipoproteínas de alta y baja densidad (HDLc), (LDLc)) los suelen solicitar los pacientes preocupados por su salud cardiovascular o, simplemente, por autochequeo. El coste de estas determinaciones corre a cargo del paciente y al no existir una regulación estándar cada farmacia marca sus tarifas.

2. Los sistemas personalizados de dosificación (SPD) cada vez son más aceptados por

pacientes crónicos polimedicados que tienen dificultad con el proceso de uso de los medicamentos (los confunden, no son capaces de seguir correctamente las pautas posológicas, tienen lapsus de memoria) y/o no adherentes. El hecho de que el farmacéutico les entregue un blíster semanal con el tratamiento completo ordenado según la pauta prescrita, les facilita en gran manera el cumplimiento ya que disminuye significativamente la

complejidad de la administración [45]. Este servicio requiere, además de la capacitación del farmacéutico que lo realiza [46], una serie de instalaciones en la farmacia: zona de atención personalizada (ZAP) para realizar las entrevistas y el seguimiento del paciente (o cuidador), zona de preparación, zona de almacenamiento, material básico para la elaboración del SPD. El paciente es el pagador del servicio, aunque tampoco existe un precio establecido.

3. Seguimiento farmacoterapéutico (SFT), cuya finalidad es prevenir, detectar y resolver PRM/RNM. Ha sido el primer SPFA protocolizado, con el que comenzó el desarrollo de la AF en España y el que más difusión ha tenido. Ha demostrado su utilidad no solo en la optimización de la farmacoterapia de los pacientes, sino también por sus beneficios para el sistema sanitario [36]. Actualmente son pocas las farmacias que cobran por este servicio, la gran mayoría lo ofrecen de forma gratuita
4. Revisión del uso de la medicación (RUM) consiste en la revisión estructurada de los medicamentos que utiliza el paciente y del uso que hace de los mismos. El objetivo es que los pacientes y/o cuidadores mejoren el conocimiento, la adherencia y el proceso de uso de los medicamentos. También es un servicio transversal ya que se utiliza en el SFT, SPD, revisión de botiquines, conciliación de la medicación, entre otros. En caso de identificar algún problema, el farmacéutico debe informar al paciente (o cuidador) sobre posibles cambios y, si fuese necesario, comunicarlos al médico prescriptor mediante un formulario específico [47]. SEFAC ofrece la posibilidad de capacitación a través del programa REVISA [48]. En la actualidad solo un número reducido de farmacias cobra por este servicio.
5. Detección de enfermedades ocultas también cada vez más extendido:
 - a. Hipertensión arterial (HTA), que puede detectarse cuando el paciente acude a la farmacia para hacerse una determinación de PA. Si el farmacéutico observa cifras que se desvían de la normalidad, puede aconsejar el autocontrol, si el paciente tiene tensiómetro

(automedida de la presión arterial, AMPA), o que acuda a la farmacia para repetir las medidas en días determinados. El objetivo es el registro de los valores de PA para poder mostrarlos al médico que será quien determine la instauración o no del tratamiento adecuado. Si los valores de PA no se normalizan, a pesar de mantener hábitos de vida saludables, el farmacéutico puede ofrecer al paciente la realización de una MAPA (medida ambulatoria de PA). Consiste en el registro continuo y automático (cada 20 minutos) de la PA durante 24 horas utilizando un monitor multiparamétrico que proporciona una serie de datos que, en un informe protocolizado del farmacéutico, ayudará al médico para hacer un diagnóstico preciso. El programa ImpactHta promovido por SEFAC, capacita al farmacéutico para realizar estas medidas [49]. Tanto la determinación de PA, como la MAPA, son servicios que abona el paciente.

- b. Cribados de patologías de amplio calado en la salud pública: Virus de inmunodeficiencia humana, VIH (con posibilidad de prueba de sífilis asociada), cáncer de colon, diabetes... Suelen ser servicios demandados por las administraciones sanitarias que cuentan con farmacias acreditadas y capacitadas para tal fin, financiados por los Sistemas de Salud correspondientes (precio/prueba realizada) y cofinanciados por los laboratorios que proporcionan al farmacéutico los test y el material necesario para su realización.
6. Asistencia en nuevos medicamentos (ANM). Es de gran utilidad en pacientes en los que se instaura un tratamiento y consiste en concertar con él dos citas tras la dispensación del medicamento nuevo, la primera a los 7 días de la dispensación y la segunda entre los 14 y 21 días siguientes. La finalidad es detectar posibles dificultades de uso, efectos secundarios o interacciones que, si se previenen o solucionan al inicio, pueden favorecer la adherencia y mejorar el plan terapéutico. El servicio está protocolizado (PNT) y la capacitación para realizarlo la proporciona el Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos [50]. Actualmente ni el paciente ni las administraciones lo financian salvo en el contexto de estudios de investigación

7. Asistencia a la cesación tabáquica desde la FC. De gran ayuda al fumador que desea dejar de consumir tabaco. Se trata de un servicio colaborativo entre diferentes profesionales sanitarios, cuyo programa de capacitación para farmacéuticos, CESAR, cuenta con una hoja de derivación completa y consensuada por SEFAC con varias sociedades médicas [51]. Se contempla la "intervención breve" del farmacéutico (8-10 minutos) que, en los pacientes que muestren interés por el servicio, debe hacerse en la ZAP [52]. La actuación será diferente en cada paciente dependiendo de su interés por dejar el tabaco. Estos programas encaminados a mejorar la salud de la población y la salud ambiental ("espacios libres de humo") son avalados por los gobiernos autonómicos y financiados por la administración sanitaria.

4.3. Beneficios que aportan los SPFA y perspectivas de futuro

La implementación de los SPFA en la FC, además de beneficiar al paciente, contribuye a resaltar el papel del farmacéutico como miembro del equipo de salud y su capacidad en la toma de decisiones. Además, favorece la percepción social del farmacéutico como profesional clínico sanitario y abre nuevas vías de desarrollo profesional [41].

Durante la pandemia que se produjo en 2020, prácticamente todos los niveles profesionales incluido el farmacéutico, fueron desbordados y tuvieron que modificar su forma de trabajo asumiendo, en muchos casos, roles que antes no se contemplaban. En este período, se han evidenciado las ventajas del trabajo coordinado entre los diferentes niveles asistenciales, cuando hubo que recurrir a la intercomunicación y

los contactos entre ellos a través de vías que funcionaron en las etapas más duras del confinamiento al ser anuladas las consultas médicas presenciales. Sin embargo las farmacias siempre permanecieron abiertas y los pacientes encontraron en ellas atención, servicios y profesionalidad.

El futuro inmediato de la Farmacia pasa por su integración en el sistema sanitario y por mantener su estrecha colaboración con los niveles asistenciales de la AP a fin de que el paciente, protagonista que recibe los beneficios del sistema, pueda ser asistido de una forma integral y coordinada que contribuirá al beneficio de su salud.

5. Conclusiones

La aplicación del *Pharmaceutical Care* y su desarrollo metodológico, supuso un cambio de paradigma en la Farmacia española. Todos los niveles asistenciales farmacéuticos la incorporaron a su forma de trabajo. En la FC supuso pasar de centrar la gestión en el medicamento a centrarla también en el paciente y, si bien en sus inicios muchos farmacéuticos no encontraban razones suficientes para justificar este cambio, con el paso de los años se ha ido aceptando y la mayoría, aunque no realizan el SFT como se definió en sus comienzos, sí que centran su atención en procurar el beneficio de los pacientes. A este cambio ha contribuido la tecnología digital, que ha facilitado bastante la recogida y almacenamiento de datos.

Las instituciones farmacéuticas, han participado activamente al favorecer la implementación de los SPFA lo que supone un paso adelante en la profesionalización del farmacéutico. Todo esto implica una serie de ventajas que pasan por optimizar el uso racional del medicamento y la sostenibilidad del sistema sanitario.

Referencias bibliográficas

1. Berenguer CB, La Casa C, de la Matta MJ, Martín-Calero MJ. Pharmaceutical care: past, present and future. *Curr Pharm Des.* 2004;10:3931-46. doi: 10.2174/1381612043382521
2. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in the pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47:533-43.
3. Hidalgo J, Cámara D, Baena MI, Fajardo PC, Martínez-Martínez F. Barreras para la implementación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Granada (España). *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005;3(3):144-9.

4. Lugo GB, Vera ZC, Aguilar-Rabito A, Samaniego LR, Maldana de Larroza GM. Barreras que impiden la implementación efectiva de la Atención Farmacéutica. *Ars Pharm.* 2019;60(4):199-204. doi:10.30827/ars.v60i4.9403
5. Ilardo ML, Speciale A. The community pharmacist: Perceived barriers and patient-centered care communication. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(2):536-52. doi:10.3390/ijerph17020536
6. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (FAF-FC). Quinto comunicado. Cartera de Servicios Farmacéuticos en la FC. *Farmacéuticos.* 2011;371:42-3.
7. Bonal de Falgás J, Castro I. Manual de formación para farmacéuticos clínicos. Barcelona: Díaz de Santos; 1989. 304 p.
8. Pla F. Francisco Martínez Romero. Pionero de la Atención Farmacéutica en España. *El Farmacéutico.* 2016;538:6-7.
9. Cuéllar S. Manual de la Farmacia. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 1985. 675 p.
10. López-Cuello M, Cabezas MD, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA. Origen de la atención farmacéutica en España: el Congreso de Ciencias Farmacéuticas de Alcalá de Henares de 1995. *Ars Pharm.* 2010;51(sup 3):15-21.
11. Fundación Pharmaceutical Care. ¿Qué es la Fundación Pharmaceutical Care España?. Madrid. [Consultado 14 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.pharmaceutical-care.org/controler.php?secc=index>
12. Cordobés A. La evolución del concepto de atención farmacéutica y su repercusión en España. *Offarm.* 2002;21(5):136-40.
13. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. BOE núm. 306, de 22 de diciembre de 1990, p 38228 - 38246. Madrid. [Consultado 02 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1990/12/20/25>
14. Faus MJ. El programa Dader. *Pharm Care Esp.* 2000;2(2):73-4.
15. Grupo de Expertos. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *Ars Pharm.* 2001;42:221-41.
16. Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia. BOE núm. 100, de 26 de abril de 1997, p 13450 - 13452. [Consultado 02 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1997/04/25/16>
17. Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. BOE núm.178, de 27 de julio de 2006, p 8-99. [Consultado 02 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/07/26/29/con>
18. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Portalfarma. La farmacia comunitaria en España. Madrid: CGCOF, 2017. [Consultado 28 enero 2022]. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/profesional/es/organizacionfcolegial/profesionfarma/paginas/colegiaciondatestadisticos.aspx>
19. Foro de Atención Farmacéutica, Panel de Expertos. Documento de Consenso. Madrid. CGCOF, 2008. 10 p.
20. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (FAF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: CGCOF, 2010. 56 p.
21. Sabater D, Silva MM, Faus MJ. Método DADER. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. 3ª ed. Granada: GIAF-UGR, 2007. 128 p. [Consultado 18 diciembre 2021]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/33051/guadader2007.pdf?sequence=1&isallowed=y>
22. Cordobés A. Receta electrónica. Proyecto PISTA y repercusiones sobre la Oficina de Farmacia. *Offarm.* 2002;21(8):142-50.
23. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Interoperabilidad de la Receta Electrónica en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. [Consultado 12 febrero 2022]. Disponible en: <file:///e:/cap%c3%8dtulos%20de%20libros/experiencias%20en%20farm%20clin/bibli/cap%c3%adtulo%20af/receta%20electr%20en%20el%20sns.pdf>

24. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Drug Intell Clin Pharm.* 1990;24:1093-7.
25. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice.* New York: McGraw-Hill, 1998.
26. Panel de Consenso ad hoc. Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Pharm Care Esp.* 1999;1:107-12.
27. Comité de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharm.* 2002;43(3-4):175-8.
28. Foro de Atención Farmacéutica. PRM y RNM: conceptos. *Farmacéuticos.* 2006;315:28-9.
29. 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.
30. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Plan Nacional de Formación Continuada. *Portalfarma.* [Consultado 16 enero 2022]. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/inicio/formacioncontinuada/cursos/paginas/cursos.aspx>
31. SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria). Historia. [Consultado 21 enero 2022]. Disponible en: <https://www.sefac.org/historia>
32. ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación). Libro Blanco. Título de Grado en Farmacia. Madrid: ANECA; 2005. 251 p.
33. Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). [Consultado 14 diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.educaweb.com/contenidos/educativos/espacio-europeo-educacion-superior-eees/es-espacio-europeo-educacion-superior/>
34. Mariño EL, Modamio P, Sebarroja J, Lastra CF. La Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia de la Universidad de Barcelona: 20 años. [Consultado 05 Julio 2022]. Disponible en: http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/Enlaces_FarmaciaClinica.pdf
35. Díaz A. Evolución anual del gasto del Sistema Nacional de Salud en recetas dispensadas a través de oficinas de farmacia en España de 2010 a 2019. *Salud e Industria Farmacéutica.* 2020. [Consultado 17 noviembre 2021]. Disponible en: [sistema nacional de salud: gasto en recetas de farmacia 2010-2019 | statista.](https://www.instituto-nacional-de-estadisticas.com/sistema-nacional-de-salud-gasto-en-recetas-de-farmacia-2010-2019)
36. CGCOF, GIAF-UGR. Informe Consigue (2011-2014). Medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedicados, en la farmacia comunitaria española. Madrid: CGCOF; 2014. 149 p.
37. FIP/WHO. Desarrollo de la práctica de la farmacia centrada en la atención del paciente. Manual. Ginebra: WHO; 2006. 124 p. [Consultado 17 diciembre 2021]. Disponible en: www.fip.org/statements
38. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Servicios Farmacéuticos: definición y remuneración. Madrid, 2013. [Consultado 25 noviembre 2021]. Disponible en: https://www.portalfarma.com/profesionales/organizacioncolegial/profesionfarma/planfuturofarmaciacomunitaria//documents/servicios%20farmaceuticos_mayo%202013.pdf
39. Real Decreto legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. BOE núm. 177 de 25 de junio de 2015. [Consultado 13 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/07/24/1/con>
40. Foro Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (FAF-FC). Sexto Comunicado. Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales. 2016. [Consultado 25 noviembre 2021]. Disponible en: https://www.pharmaceutical-care.org/archivos/2833/sextocomunicado_foro_affc_spf_a_y_clasificacion_v4_160628.pdf
41. Foro Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (FAF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: CGCOF; 2019. 62 p.

42. Baixauli VJ, Satué E, Gil M, Roig JC, Villasuso B, Sáenz de Buruaga S. Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) sobre Servicios Profesionales Farmacéuticos en Farmacia Comunitaria. *Farmacéuticos comunitarios*. 2013;5(3):119-26.
43. Gastelurrutia MA. Remuneración de los servicios profesionales farmacéuticos. *El Farmacéutico*. 2017;55:14-8.
44. Jodar-Sánchez F, Malet-Larrea A, Martín JJ, García-Mochón I, López del Amo MP, Martínez-Martínez F et al. Cost-utility analysis of a medication review with follow-up service for older adults with polypharmacy in community pharmacies in Spain: the Consigue program. *Pharmacoeconomics*. 2015;33(6):599-610. doi: 10.1007/s40273-015-0270-2
45. Luis-Amado AM, Abrio C, de la Matta MJ, Lorenzo RM, Martín-Calero MJ. Evaluación del Servicio de Sistemas Personalizados de Dosificación en farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp*. 2019;21(5):253.
46. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). *Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD)*. Protocolo normalizado de trabajo. Madrid: CGCOF; 2013. 22 p.
47. Baixauli VJ. Revisión del uso de los medicamentos (RUM), un nuevo servicio profesional en la farmacia comunitaria española. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2015;7(4):3-4.
48. Campus SEFAC. Programa de capacitación REvisa para la prestación del servicio de Revisión de Uso de los Medicamentos (RUM) en farmacias comunitarias. 2020. [Consultado 17 febrero 2022] Disponible en: <https://www.campussefac.org/revisa/inicio>
49. Molinero A, Gómez JC, Iracheta M, Martínez SR, Martell N. Programa impacHta: formación SEFAC y SEH-LELHA en hipertensión y riesgo vascular y capacitación SEFAC para la prestación de servicios de hipertensión y riesgo vascular a farmacéuticos comunitarios. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2016; 8 (Suplemento1). 2016. [Consultado 22 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.farmacéuticoscomunitarios.org/es/journal-article/programa-impachta-formacion-sefac-seh-lelha-hipertension-riesgo-vascular>
50. Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos (CACOF). ANM, el servicio del CACOF para ayudar a los pacientes a iniciarse en sus tratamientos. 2017. [Consultado 22 de febrero 2022]. Disponible en: w.adherencia-cronicidad-pacientes.com/adherencia/anm-el-servicio-del-cacof-para-ayudar-a-los-pacientes-a-iniciarse-en-sus-tratamientos/
51. Mendoza A, Cobián B, Gómez J, Cano M, Baixauli VJ. Especificaciones del servicio de cesación tabáquica. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2016;8(1):32-8.
52. Arias M, Cano M, Chaves M, Gaztelurrutia L, Lladós JR, Mendoza A, Muñoz E. Documento de intervención en cesación tabáquica en la farmacia comunitaria. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) 2014. 90 p.

Este trabajo debe ser citado como:

Martín-Calero MJ, de la Matta-Martín MJ, Ferrer I. Evolución de la farmacia comunitaria asistencial en España. De la Atención Farmacéutica a los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales. *Rev Esp Cien Farm*. 2021;3(1):90-106.