

# Análisis bioético de la práctica farmacéutica comunitaria: del paciente invisible a la socio-disponibilidad del medicamento

**PÉREZ BENAÑAS, M. AMPARO**

Fecha de recepción: 25/08/2025 Fecha de aceptación: 29/10/2025

DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-714X20260004000010>

Farmacéutica Comunitaria, Valencia (España)

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los dilemas éticos en la práctica farmacéutica comunitaria española mediante la aplicación sistemática de los principios bioéticos de Beauchamp y Childress, desarrollando el concepto “socio-disponibilidad” como marco operativo que integra el acceso físico al medicamento con las dimensiones sociales, culturales y económicas para garantizar una atención farmacéutica equitativa.

**Metodología:** Análisis bioético cualitativo de casos clínicos representativos de farmacia comunitaria valenciana (abril-octubre 2024). Cuatro casos paradigmáticos fueron examinados sistemáticamente mediante los cuatro principios bioéticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia), empleando metodología fenomenológica e integrando marcos de evaluación OMS/HAI para la valoración de accesibilidad al medicamento.

**Resultados:** Se identificaron cuatro tipologías de vulnerabilidad de pacientes con fallos éticos correspondientes: pacientes invisibles (violaciones de justicia por aislamiento social), pacientes culpables (carencia de autonomía por atribución de culpa), pacientes económicamente desprotegidos (vulneraciones de no maleficencia por barreras financieras), y pacientes borrosos (deficiencias de beneficencia por fragmentación interprofesional). Cada tipología reveló dimensiones específicas de socio-disponibilidad que requieren intervenciones dirigidas.

**Conclusiones:** El marco de socio-disponibilidad contempla los principios bioéticos universales en la práctica farmacéutica comunitaria, permitiendo la transición desde la dispensación tradicional hacia una atención farmacéutica integral ética. La implementación requiere cambios estructurales: protocolos de detección de vulnerabilidad, sistemas de información individualizados, medidas de equidad económica y modelos de colaboración interprofesional para garantizar el acceso real al medicamento en poblaciones vulnerables.

**Palabras clave:** bioética farmacéutica, práctica farmacéutica comunitaria, accesibilidad del medicamento, vulnerabilidad social, atención farmacéutica, equidad sanitaria, principios bioéticos

## Bioethical analysis of community pharmacy practice: from the invisible patient to socio-availability of medication

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze ethical dilemmas in Spanish community pharmacy practice through systematic application of Beauchamp and Childress bioethical principles, developing "socio-availability" as an operational framework that integrates physical medication access with social, cultural, and economic accessibility dimensions to ensure equitable pharmaceutical care.

**Methods:** Qualitative bioethical analysis of representative clinical cases from Valencia community pharmacy (April-October 2024). Four paradigmatic cases were systematically examined using the four bioethical principles (autonomy, beneficence, non-maleficence, justice), employing phenomenological methodology and integrating WHO/HAI evaluation frameworks for medication accessibility assessment.

**Results:** Four patient vulnerability typologies were identified with corresponding ethical failures: invisible patients (justice violations through social isolation), guilty patients (autonomy undermining through blame attribution), economically unprotected patients (non-maleficence breaches via financial barriers), and blurred patients (beneficence deficiencies from interprofessional fragmentation). Each typology revealed specific socio-availability dimensions requiring targeted interventions.

**Conclusions:** The socio-availability framework operationalizes universal bioethical principles into community pharmacy practice, enabling transition from traditional dispensing toward comprehensive ethical pharmaceutical care. Implementation requires structural changes: vulnerability detection protocols, individualized information systems, economic equity measures, and interprofessional collaboration models to ensure real medication access for vulnerable populations.

**Keywords:** pharmaceutical bioethics, community pharmacy practice, medication accessibility, social vulnerability, pharmaceutical care, health equity, bioethical principles

## INTRODUCCIÓN

Los principios generales de bioética se formularon en 1978 en la Comisión Nacional para la Protección de las Personas Objeto de la Experimentación Biomédica. Posteriormente, Beauchamp y Childress los reformularon en *Principios de Ética Biomédica* (1979), estableciendo cuatro pilares universales: respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia<sup>1</sup>. Estos principios constituyen el marco ético de la práctica sanitaria contemporánea.

Si bien su alcance es universal, autores como Siurana subrayan su carácter intercultural, al señalar que la bioética es un concepto ancestral presente en diversas culturas y religiones, adaptable a cada contexto sociocultural y económico. Los cuatro principios se constituyen como “elementos de un lenguaje moral común”<sup>2</sup>. En esta línea, la International Pharmaceutical Federation (FIP) destaca que la ética farmacéutica debe ser culturalmente sensible y contextualmente apropiada<sup>3</sup>.

La evolución conceptual en farmacia comunitaria ha seguido un recorrido significativo: Beauchamp & Childress (1979) como marco fundacional, Hepler & Strand (1990) con el concepto de *pharmaceutical care*<sup>4</sup>, Wingfield et al. (2004) con la validación empírica internacional<sup>5</sup>, y Strand et al. (2012) con la consolidación metodológica<sup>6</sup>. En España, Sánchez Caro destacó la transición desde la beneficencia hacia los principios de autonomía y justicia<sup>8</sup>, materializada en iniciativas como el portal bioético-legal de SEFAC<sup>9</sup>.

No obstante, persiste una brecha conceptual entre los principios universales y su aplicación cotidiana en la atención farmacéutica. Los códigos deontológicos y propuestas normativas han intentado cubrir este vacío, pero suelen carecer de la granularidad necesaria para abordar las vulnerabilidades específicas de los pacientes en contextos reales de dispensación.

## Tipologías de pacientes y el concepto de socio-disponibilidad

El Dr. Víctor Montori, en *We Revolt*, inspiró la definición de tipologías de pacientes que guían este trabajo: “el paciente invisible”, “el paciente borroso”, “el paciente culpable” y “el paciente económicamente desprotegido”. Su planteamiento de situar a los pacientes más vulnerables en el vértice de la pirámide asistencial constituye un marco crítico para repensar el rol de la farmacia comunitaria<sup>7</sup>.

Estas tipologías encuentran resonancias en la literatura internacional: el paciente culpable refleja el

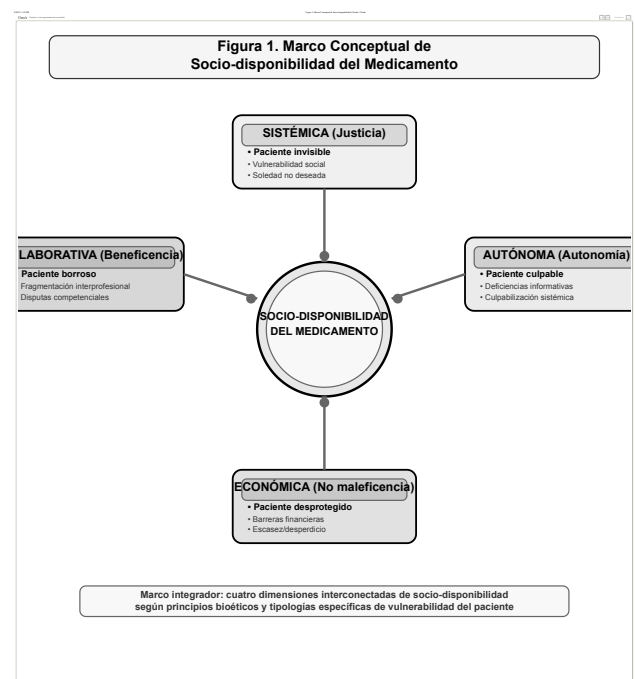
dilema entre culpabilización y empoderamiento; el paciente económicamente desprotegido evidencia la tensión entre viabilidad comercial y responsabilidad social; y el paciente borroso se relaciona con la confusión de roles e interprofesionalidad<sup>5</sup>.

De este análisis emerge el concepto de socio-disponibilidad del medicamento, definido como la capacidad del sistema farmacéutico para garantizar no solo la presencia física del fármaco, sino también su acceso funcional, cultural y éticamente adecuado según las circunstancias de cada paciente. Este marco integra cuatro dimensiones mostradas en la **figura 1**. La socio-disponibilidad se plantea así como un instrumento operativo que transforma los principios bioéticos clásicos en herramientas prácticas para identificar y resolver vulnerabilidades en la farmacia comunitaria.

## METODOLOGÍA

Se realizó un análisis bioético reflexivo mediante el método de casos paradigmáticos extraídos de la práctica diaria en farmacia comunitaria. Los casos fueron seleccionados por su representatividad, complejidad ética y frecuencia en la práctica farmacéutica comunitaria española.

**Figura 1. Marco Conceptual de Socio-disponibilidad del Medicamento. Marco integrador de cuatro dimensiones interconectadas según principios bioéticos y tipologías específicas de vulnerabilidad del paciente.**



## Selección de casos

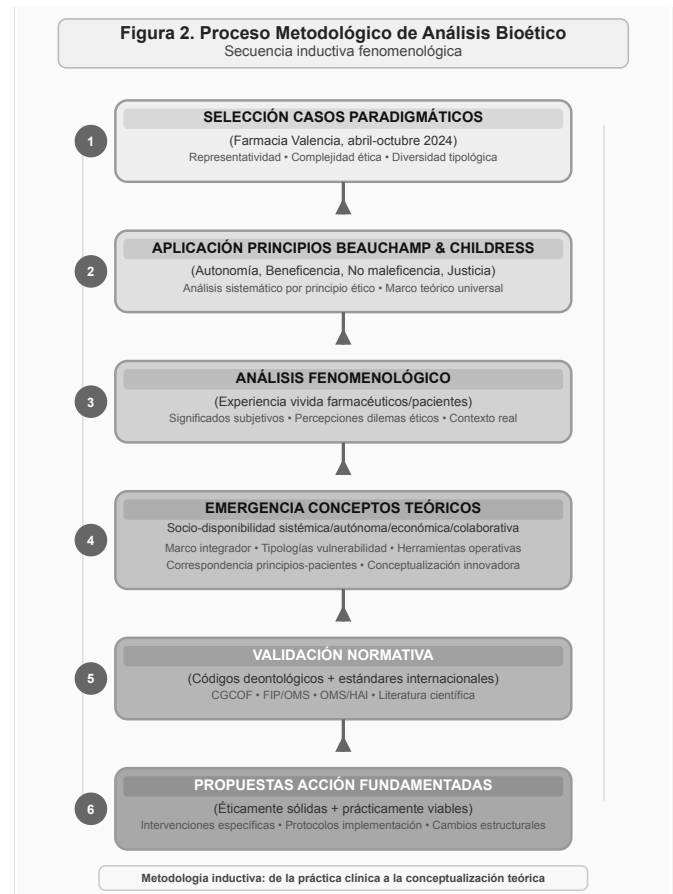
Los casos proceden de una farmacia comunitaria situada en Valencia (España), recogidos entre abril y octubre de 2024. Los criterios de selección fueron: (i) frecuencia de aparición en la práctica diaria, (ii) complejidad ética que justificara análisis bioético profundo, (iii) diversidad en tipologías de vulnerabilidad y (iv) posibilidad de anonimización completa. La estrategia de muestreo fue intencional, priorizando casos paradigmáticos definidos en el marco teórico.

Este estudio cumplió con la normativa vigente de protección de datos (Reglamento General de Protección de Datos UE 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018) y los principios de la Declaración de Helsinki para investigación observacional con seres humanos. Todos los participantes otorgaron consentimiento informado expreso tras recibir información clara sobre los objetivos académicos, el carácter anónimo del análisis y su derecho de retirada. Los datos clínicos se obtuvieron exclusivamente mediante observación directa durante la práctica farmacéutica comunitaria habitual, sin requerir acceso a historias clínicas hospitalarias ni sistemas de información sanitaria externos. La metodología garantizó que la recogida de datos no interfirió con la atención farmacéutica usual, manteniendo la anonimización completa y el respeto a la dignidad, autonomía y confidencialidad de los pacientes durante todo el proceso de investigación.

## Marco analítico integrado

La secuencia analítica fue inductiva y se muestra en la **figura 2**. Estos conceptos se validaron posteriormente mediante contraste con códigos deontológicos, estándares internacionales y literatura científica. El análisis se estructuró en torno a los cuatro principios de Beauchamp y Childress como marco bioético universal<sup>1</sup>, complementados con documentos de buenas prácticas de la FIP/OMS y el Código Deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos<sup>10</sup>. Para reforzar el componente de justicia distributiva se incorporó la teoría de igualdad de oportunidades de Daniels<sup>11</sup>, mientras que la metodología OMS/HAI permitió operacionalizar indicadores de accesibilidad al medicamento<sup>12,13</sup>. La perspectiva intercultural se enriqueció con el marco de adherencia de la Organización Panamericana de la Salud<sup>14</sup>. Asimismo, se integraron las directrices conjuntas de la OMS y la FIP sobre buena práctica farmacéutica como estándar internacional para la calidad de los servicios de farmacia<sup>15</sup>.

**Figura 2. Proceso Metodológico de Análisis Bioético. Secuencia inductiva fenomenológica: metodología inductiva de la práctica clínica a la conceptualización teórica.**



Esta aproximación fenomenológica permite que la teoría surja de la experiencia vivida en lugar de imponer marcos conceptuales a priori, garantizando que las **propuestas para la acción** sean simultáneamente éticamente sólidas y prácticamente viables. Esta metodología asegura la coherencia, manteniendo la fidelidad al enfoque fenomenológico declarado mientras construye conceptos transferibles a otros contextos farmacéuticos.

## RESULTADOS Y ANÁLISIS BIOÉTICO

### EL PACIENTE INVISIBLE: Principio ético de la justicia social

El sistema de dispensación electrónica en España asegura disponibilidad universal de medicamentos, pero falla al no contemplar vulnerabilidades sociales que impiden su uso efectivo. En estas circunstancias, el paciente se vuelve invisible para el sistema.

### Caso clínico: Luisa

Luisa, de 79 años, viuda y sin hijos, vive sola en Valencia. Rechaza ayudas domiciliarias y presen-

ta pérdidas de memoria recientes: extravió de llaves, olvido de pagos en la farmacia y dificultad para encontrar derivaciones médicas. Aunque cuenta con médicos en sanidad pública y privada, su recogida errática de medicación genera dudas sobre la adherencia (Farmacia del Mercat, abril 2024).

### **Análisis bioético integrado**

La FIP/OMS establece que el farmacéutico debe garantizar accesibilidad y disponibilidad de medicamentos<sup>15</sup>. Sin embargo, la OMS recuerda que la equidad en salud implica ausencia de diferencias evitables o injustas<sup>16</sup>. Beauchamp advierte que el avance tecnológico y el individualismo pueden amenazar la justicia social, dejando atrás a los vulnerables<sup>17</sup>. El caso de Luisa ilustra cómo la soledad y el deterioro cognitivo incipiente crean barreras invisibles que el modelo clásico no aborda.

### **Emergencia del concepto: socio-disponibilidad sistémica**

De este análisis surge el concepto de *socio-disponibilidad sistémica*, entendido como la capacidad del sistema farmacéutico para identificar y responder a vulnerabilidades sociales que comprometen el acceso funcional al medicamento. Este concepto distingue entre disponibilidad física universal (el medicamento está en la farmacia) y acceso funcional equitativo (el paciente puede utilizarlo eficazmente). Representa a miles de mayores solos que quedan invisibles para un sistema diseñado para sujetos con plena autonomía social<sup>18</sup>.

### **Respaldo deontológico e intercultural**

El Código Deontológico del CGCOF establece la obligación de promover tratamientos eficaces y seguros, priorizando este deber frente a otras consideraciones<sup>10</sup>. Además, prohíbe la discriminación por edad<sup>10</sup>. A nivel internacional, la FIP ha identificado al *isolated elderly patient* como fenómeno global, con manifestaciones culturalmente específicas<sup>3</sup>. En España, la soledad no deseada se expresa en pérdidas de autonomía para gestionar la medicación tanto en entornos urbanos como rurales.

### **Propuestas para la acción**

La socio-disponibilidad sistémica requiere **protocolos de detección de vulnerabilidad** social y creación de redes colaborativas de todos agentes implicados en el sistema de salud y la comunidad, con indicadores objetivos.

La **dispensación domiciliaria** debería incluir no solo entrega de medicamentos, sino supervisión del uso correcto y detección de necesidades sociales. Los sistemas de dosificación personalizada requieren acompañamiento humano y llamadas de seguimiento que verifiquen adherencia y brinden apoyo social.

Finalmente, la sostenibilidad exige **modificar la remuneración profesional** para reconocer servicios diferenciados que reduzcan desigualdades en salud.

### **EL PACIENTE CULPABLE: Principio ético de autonomía del paciente**

El sistema sanitario etiqueta al “paciente culpable” de su fracaso terapéutico cuando no es “adherente” o no “cumple” las órdenes médicas, ignorando las deficiencias informativas que generan desconfianza y miedo.

### **Caso clínico: José Luis y Agnes**

José Luis, antiguo atleta de 70 años, convive con Agnes, francesa, con quien alterna residencia entre París y Valencia. José Luis padece cardiopatía y ha visto sustituido Eliquis por genérico de apixabán, lo que le genera temor al leer en internet dudas sobre seguridad de los genéricos. Su estilo de vida activo dificulta cumplir estrictamente la pauta médica. Agnes, con historial de alergias a medicamentos, ha abandonado tratamientos por decisión propia tras leer noticias alarmantes en línea. Ambos buscan información digital ante la ausencia de explicaciones profesionales suficientes (Farmacia del Mercat, mayo 2024).

### **Análisis bioético y perspectiva intercultural**

Se estima que un 40% de pacientes crónicos no siguen adecuadamente su tratamiento, con consecuencias de 18.000 muertes prematuras y un sobrecoste de 11.000 millones de euros en España. En 2023 se notificaron 60.000 reacciones adversas a medicamentos, un 20% graves<sup>19,20</sup>. La función 4 de la FIP/OMS exige que el farmacéutico gestione tratamientos garantizando seguridad y eficacia<sup>21</sup>. Sin embargo, imponer la prescripción sin empoderar al paciente vulnera el principio de autonomía.

José Luis y Agnes ejemplifican cómo la falta de información estructurada convierte la autonomía en mera formalidad. La OPS identifica la culpabilización por incumplimiento como fenómeno transcultural, presente en contextos occidentales como responsabilización individual y en otros como estigmatización

comunitaria<sup>14</sup>. Esta culpabilización contradice la autonomía sustantiva, que requiere información comprensible y culturalmente apropiada.

### **Emergencia del concepto: socio-disponibilidad autónoma**

De este análisis surge la *socio-disponibilidad autónoma*, entendida como la capacidad del sistema farmacéutico para ofrecer información estructurada, clara y adaptada que permita decisiones autónomas reales. Implica diferenciar entre autonomía formal (firma de consentimientos) y autonomía sustantiva (comprensión real y capacidad de elección). José Luis necesita confianza en la bioequivalencia de los genéricos y adaptación de pautas a su vida activa, mientras Agnes requiere acompañamiento frente a alergias sin abandonar terapias esenciales.

### **Respaldo normativo e intercultural**

El Código Deontológico del CGCOF, en sus artículos 16-18, reconoce el derecho a información y consentimiento informado, reforzando el deber de respetar convicciones y contrarrestar desinformación<sup>10</sup>. La FIP enfatiza que el empoderamiento debe ser culturalmente competente y contextual<sup>3</sup>.

### **Propuestas para la acción: Hacia la socio-disponibilidad autónoma del paciente culpabilizado**

La socio-disponibilidad autónoma requiere **protocolos de dispensación informada estructurada**, que incluyan evaluación de comprensión, detección de miedos y provisión de información adaptada. El seguimiento farmacoterapéutico debe **medir resultados en salud, no solo adherencia**. Superar la etiqueta del paciente culpable exige transformar la práctica hacia un modelo que priorice empoderamiento y autonomía real sobre la obediencia formal.

### **SI NO HAY DINERO NO HAY MEDICINAS: El principio ético de la no maleficencia**

Aunque el sistema sanitario español garantiza cobertura amplia mediante copago diferenciado, persisten situaciones donde presiones comerciales y desabastecimientos comprometen el acceso real al medicamento.

### **Casos clínicos: Eloina y Pilar**

Eloina, de 85 años, tratada con Trulicity 1,5 para diabetes, lleva dos meses sin poder acceder a su medicación por desabastecimiento de GLP-1. El coste privado (100-300 €/mes) supera el umbral del 30%

de ingresos mínimos definido por la OMS como no asequible. Pilar, de 78 años, acumuló 16 cajas de analgésicos genéricos caducados debido a cambios frecuentes de marcas y falta de continuidad terapéutica (Farmacia del Mercat, enero 2024).

### **Análisis bioético integrado**

Ambos casos reflejan vulnerabilidades económicas distintas —la injusticia distributiva derivada de la escasez y la iatrogenia económica por confusión— que sitúan al paciente en riesgo de daño. El principio de no maleficencia exige no solo evitar perjuicios directos, sino también actuar frente a inequidades estructurales que perpetúan barreras en el acceso a medicamentos. En este contexto, se identifican tres dimensiones críticas: la **equidad económica**, que demanda impedir que el coste o el desabastecimiento discriminen el acceso a tratamientos esenciales; la **eficiencia terapéutica**, que requiere prevenir desperdicio y confusión mediante dispensaciones continuas y coherentes;

### **Emergencia del concepto: socio-disponibilidad económica**

De este análisis surge la *socio-disponibilidad económica*, definida como la capacidad del sistema farmacéutico para garantizar acceso real mediante gestión ética de escasez y eficiencia terapéutica. La **disponibilidad sostenible** implica priorizar indicaciones principales frente a usos secundarios en periodos de escasez, como reservar GLP-1 para diabéticos antes que para obesidad privada, evitando daños por maleficencia indirecta. La **eficiencia terapéutica** exige gestionar la multiplicidad de genéricos con criterios de continuidad, evitando acumulaciones inútiles y pérdidas económicas.

### **Validación normativa**

El Código Deontológico del CGCOF respalda este enfoque: el Art. 5.3 obliga al uso racional de recursos, el Art. 21 reconoce el derecho al medicamento y el Art. 15.1 exige priorizar tratamientos seguros y eficaces<sup>10</sup>. La metodología OMS/HAI proporciona herramientas empíricas para evaluar precios, disponibilidad y asequibilidad<sup>12,13</sup>. Daniels fundamenta teóricamente la obligación de garantizar acceso universal a un “conjunto razonable de servicios” que preserve oportunidades vitales<sup>22</sup>.

### **Propuestas para la acción gestionando la socio-disponibilidad económica del paciente.**

Dos protocolos permiten implementar la socio-disponibilidad económica: **Gestión ética de es-casez**: registro sistemático de desabastecimientos, trazabilidad desde el origen con priorización automatizada según criterios clínicos, y comunicación transparente de alternativas. **Continuidad terapéutica**: favorecer libertad de marca con continuidad clínica, notificación clara al paciente sobre equivalencia, seguimiento post-cambio y documentación estandarizada de modificaciones.

Estas medidas fortalecen la no maleficencia al prevenir daño económico y garantizar acceso justo, consolidando una farmacia comunitaria éticamente responsable.

### **EL PACIENTE BORROSO: El principio de la beneficencia al paciente**

El paciente se vuelve “borroso” cuando se fragmenta la atención sanitaria. Esta fragmentación vulnera el principio de beneficencia al subordinar el bienestar del paciente a conflictos competenciales.

#### **Caso clínico: Sinforiano**

Sinforiano, 85 años, emigrante manchego residente en Valencia, sufre dolor de rodilla crónico. A pesar de múltiples citas y derivaciones, lleva un año esperando radiografía. La falta de coordinación entre hospital, centro de salud y especialistas lo mantiene en un bucle burocrático. No comprende bien las llamadas telefónicas por hipoacusia, el tratamiento analgésico pautado no controla su dolor, y solo encuentra alivio acudiendo cada quince días a urgencias para recibir inyecciones de corticoides (febrero 2024, farmacia del Mercat, Valencia).

#### **Análisis bioético integrado**

El caso de Sinforiano ejemplifica cómo la fragmentación asistencial vulnera la beneficencia, generando sufrimiento evitable. Mientras el sistema debate competencias —enfermeras prescribiendo en España, farmacéuticos diagnosticando en Reino Unido—, el paciente permanece atrapado sin solución a su dolor<sup>23,24,25</sup>. La beneficencia implica compasión y acción activa en beneficio del paciente; aquí se observa: comunicación deficiente, falta de coordinación y uso de urgencias como única vía resolutoria. Para Sinforiano no importa quién prescribe, sino que el sistema actúe cohesivamente.

La función 4 de la FIP/OMS establece mejorar el desempeño en colaboración con otros profesionales<sup>26</sup>. La realidad muestra que el trabajo interprofe-

sional no amenaza la identidad profesional, sino que constituye requisito ético para materializar la beneficencia en pacientes complejos.

### **Emergencia del concepto: Socio-disponibilidad colaborativa**

De este análisis surge la “socio-disponibilidad colaborativa”: capacidad del sistema para integrar competencias interprofesionales y garantizar atención coordinada, evitando que el paciente sea víctima de disputas corporativas. El concepto distingue entre competencia individual (propia de cada disciplina) y competencia sistémica (coordinación efectiva centrada en el paciente).

#### **Validación normativa**

El Artículo 28 del Código Deontológico sobre práctica colaborativa obliga al farmacéutico a cooperar con otros profesionales. Los Artículos 29-31 refuerzan la ética de superar fragmentaciones que perjudiquen al paciente, y el Artículo 15.1 exige anteponer tratamientos eficaces sobre disputas. La FIP/OMS valida la socio-disponibilidad colaborativa como estándar internacional<sup>26</sup>.

#### **Propuestas para la acción**

La implementación requiere **protocolos interprofesionales** que fortalezcan la coordinación asistencial. El desarrollo de **especialización en farmacia comunitaria** facilitaría formación en colaboración, legitimando la participación en equipos multidisciplinares. El **acceso regulado a historia clínica compartida** permitiría continuidad terapéutica evitando duplicidades. Asimismo, el **prácticum colaborativo** en formación sanitaria promovería cultura interprofesional desde etapas tempranas, priorizando la beneficencia del paciente sobre delimitaciones corporativas.

### **DISCUSIÓN**

El análisis bioético de cuatro tipologías de pacientes en farmacia comunitaria —invisible, culpable, económicamente desprotegido y borroso— muestra que la aplicación sistemática de los principios de Beauchamp y Childress permite identificar vulnerabilidades no contempladas en el modelo tradicional de dispensación. La OMS reconoce que los determinantes sociales de la salud —condiciones en que las personas nacen, crecen, viven y trabajan— generan desigualdades evitables que afectan la equidad<sup>27</sup>. Sobre esta base, iniciativas como el Institute for Healthcare

Improvement (IHI) promueven herramientas prácticas para operacionalizar estos principios mediante enfoques centrados en la equidad, la salud poblacional y el uso consciente del lenguaje profesional<sup>28,29</sup>.

El concepto de **socio-disponibilidad** se propone como una extensión bioética que adapta la visión de los determinantes sociales para orientar acciones farmacéuticas concretas hacia una atención más justa y sensible a la vulnerabilidad. Este enfoque cuestiona la suficiencia del modelo centrado en la dispensación técnicamente correcta y plantea la necesidad de evolucionar hacia una atención integralmente ética. El Código Deontológico del CGCOF y los estándares FIP/OMS respaldan las cuatro dimensiones identificadas (sistémica, autónoma, económica y colaborativa), aunque evidencian la falta de marcos integrados que vinculen principios bioéticos con la práctica diaria. Su aplicabilidad transcultural, sustentada en experiencias OPS y metodologías internacionales, sugiere potencial de generalización más allá del contexto español.

En términos de **validación empírica**, la metodología OMS/HAI proporciona una base sólida, pero su transferencia a contextos diversos requiere estudios multicéntricos. La aplicabilidad al ámbito iberoamericano es plausible, aunque depende de validaciones empíricas que contemplen particularidades socioeconómicas y organizativas. La **metodología de casos paradigmáticos**, aunque adecuada para un análisis exploratorio, limita la generalización estadística; no obstante, la triangulación con literatura y marcos normativos refuerza la consistencia de los hallazgos. Futuros estudios deben abordar la validación cuantitativa de indicadores, la evaluación de costo-efectividad, la implementación en contextos culturales diversos y el uso de *patient-reported experience measures* (PREM) para medir impacto real.

Los resultados tienen implicaciones formativas y políticas. En la educación farmacéutica, es necesario incorporar competencias para la detección de vulnerabilidades sociales y la gestión ética de dilemas complejos. En el ámbito regulatorio, se requieren marcos que reconozcan y remuneren servicios diferenciados dirigidos a poblaciones vulnerables. La institucionalización de la socio-disponibilidad como estándar de calidad asistencial demanda coordinación intersectorial y recursos específicos. Finalmente, este estudio amplía el debate bioético en farmacia, invitando a la comunidad iberoamericana a desarrollar una ética farmacéutica intercultural orientada al bien común y al bienestar ciudadano.

## CONCLUSIÓN

El concepto de socio-disponibilidad amplía el alcance de la accesibilidad al medicamento, integrando dimensiones sociales, económicas y colaborativas que revelan vulnerabilidades específicas. Este enfoque muestra que la evolución hacia una atención farmacéutica integralmente ética, validada por normas internacionales, constituye un paso imprescindible para garantizar justicia, autonomía, no maleficencia y beneficencia en la práctica comunitaria.

## AGRADECIMIENTOS

Al Grupo de Investigación en Bioética de la Universidad de Valencia y a su director, Dr. Juan Carlos Siurana, por la supervisión académica de este trabajo. A Enrique Soler que me animó a publicarlo. A los pacientes que, de forma anónima, han contribuido con sus experiencias al desarrollo de este análisis bioético.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *Am J Bioeth.* 2019;19(11):9-12.
2. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas.* 2010;22(22):121-57.
3. International Pharmaceutical Federation. Professional ethics in pharmacy: practice standards [Internet]. The Hague: FIP; 2023 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://www.fip.org/file/4704>.
4. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47(3):533-43.
5. Wingfield J, Bissell P, Anderson C. The scope of pharmacy ethics—an evaluation of the international research literature, 1990–2002. *Soc Sci Med.* 2004;58(12):2383-96.
6. Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
7. Montori VM. *Why We Revolt: A Patient Revolution for Careful and Kind Care*. Rochester: The Patient Revolution; 2017.
8. Sánchez-Caro J. Bioética y farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España.* 2010;2(1):29-34.
9. Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria. SEFAC Bioéticolegal [Internet]. Madrid: SEFAC; 2023 [cited 2025 Aug 19]. Available from:

<https://www.sefac.org/sefac-bioeticolegal> .

**10.** Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Código de Deontología de la profesión farmacéutica. Madrid: CGCOF; 2023.

**11.** Daniels N. Just Health: Meeting Health Needs Fairly. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

**12.** World Health Organization, Health Action International. Measuring medicine prices, availability, affordability and price components. 2nd ed. [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/measuring-medicine-prices-availability-affordability-and-price-components> .

**13.** Cameron A, Ewen M, Ross-Degnan D, Ball D, Laing R. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *Lancet*. 2009;373(9659):240-49.

**14.** Organización Panamericana de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [Internet]. Washington: OPS; 2004 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3132> .

**15.** World Health Organization, International Pharmaceutical Federation. Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/joint-fip-who-guidelines-on-good-pharmacy-practice> .

**16.** Organización Panamericana de la Salud. Equidad en Salud [Internet]. Washington: OPS; 2023 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud> .

**17.** Beauchamp DE. La salud pública como justicia social. *Rev Esp Salud Pública*. 1999;73(3):329-36.

**18.** Esteve de Sagra J. La ética y el acceso a los medicamentos. *Offarm*. 2004;23(11):116-20.

**19.** Redacción Médica. El coste de saltarse la medicación. *El País* [Internet]. 2014 Feb 17 [cited 2025 Aug 19]. Available from: [https://elpais.com/sociedad/2014/02/17/actualidad/1392668520\\_994434.html](https://elpais.com/sociedad/2014/02/17/actualidad/1392668520_994434.html) .

**20.** García de Blas E. Cuando los medicamentos hacen enfermar: cómo reaccionar ante efectos secundarios. *El País* [Internet]. 2023 Nov 11 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://elpais.com/sociedad/2023-11-11/cuando-los-medicamentos-hacen-enfermar-como-reaccionar-ante-efectos-secundarios.html>

**21.** Chamorro M, Merino E, Jiménez E, Chamorro A, Martínez F, Dader M. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento

farmacológico. *Pharm Care Esp*. 2014;16(3):110-20.

**22.** Daniels N, Sabin JE. Justice and Access to Health Care [Internet]. In: Zalta EN, editor. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford: Stanford University; 2017 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://plato.stanford.edu/entries/justice-healthcareaccess/> .

**23.** González L. La batalla de las enfermeras por ganar competencias no se queda en prescribir ibuprofeno y paracetamol. *El País* [Internet]. 2024 Jan 22 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://elpais.com/sociedad/2024-01-22/la-batalla-de-las-enfermeras-por-ganar-competencias-no-se-queda-en-prescribir-ibuprofeno-y-paracetamol.html> .

**24.** Europa Press. Las enfermeras podrán prescribir ibuprofeno y paracetamol para tratar la fiebre. *El País* [Internet]. 2024 Jan 3 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://elpais.com/sociedad/2024-01-03/las-enfermeras-podran-prescribir-ibuprofeno-y-paracetamol-para-tratar-la-fiebre.html> .

**25.** Redacción Médica. El Reino Unido permite a las farmacias diagnosticar dolencias comunes para reducir la presión en la atención primaria. *El País* [Internet]. 2023 May 9 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://elpais.com/sociedad/2023-05-09/el-reino-unido-permite-a-las-farmacias-diagnosticar-dolencias-comunes-para-reducir-la-presion-en-la-atencion-primaria.html> .

**26.** García-Romero R, González-López E. Las relaciones entre profesionales en los códigos de deontología de diversas profesiones de la salud. *Rev Bioét*. 2019;27(3):465-73. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/875/87557374005/html/> .

**27.** World Health Organization. Social determinants of health: overview [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>.

**28.** Institute for Healthcare Improvement. Pathways to Population Health: Framework [Internet]. Boston: IHI; 2023 [cited 2025 Aug 20]. Available from: [https://www.ihl.org/sites/default/files/2023-09/Pathways-to-Population-Health\\_Framework.pdf](https://www.ihl.org/sites/default/files/2023-09/Pathways-to-Population-Health_Framework.pdf) .

**29.** Institute for Healthcare Improvement. Words matter: making sense of health equity terminology [Internet]. Boston: IHI; 2023 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.ihl.org/library/blog/words-matter-making-sense-health-equity-terminology>.

